

Darf's noch etwas mehr sein?

In Zeiten von Propagandafloskeln, die zu Informationen erklärt werden, in Zeiten, in denen statt durch abgewogen und nachhaltig begründete Argumente Politiker sich nur durch Schlagzeilen Gehör verschaffen, kann ein einzelner Berufsstand wohl keinen Sonderweg gehen. Ärzte sind Teil dieser Gesellschaft, in der offensichtlich nur Geld und Macht zählt. Das ist nun mal so. Oder?

Nein, ich bin sicher, dass die weitaus meisten unserer Berufskollegen sich eben nicht dem Tanz ums goldene Kalb angeschlossen, ihre Werte nicht dem Kommerz geopfert haben. Aber wer fragt sie denn, wo finden sie Gehör? Wer vertritt Gegenpositionen, stellt zum Beispiel in Frage, dass wir das von Ulla Schmidt propagierte Milliardenprojekt Gesundheitskarte mitfinanzieren sollen? Man behauptet jetzt, die Ärzteschaft könne durch ihren (nach oben übrigens völlig offenen) Beitrag die Elektronik der Zukunft mitgestalten. Dazu sage ich: Erstens sind wir Ärzte und keine Elektronikentwickler und zweitens sind der gläserne Informationstresor (Patientendaten) und das dazugehörige Schloss (Gesundheitskarte) gesetzlich durch andere vorgegeben. Damit ist der Schlüssel (elektronischer Arztausweis) festgelegt, da gibt's ärztlich nichts zu gestalten, nur zu zahlen.

Oder nehmen wir die Aufgaben nach dem neuen Arzneimittelgesetz. Ethikkommissionen sollen danach zu Verbraucherschutzorganisationen mit Behördencharakter werden. Dieses (millionenschwere Risiko-) Projekt sei Sache der Ärzteschaft, sagte man. Völlig falsch. Es ist Sache eines durch Gesetz festgelegten unabhängigen Gremiums,



Foto: Käse

Dr. med. Gerhard Andersen

... ist Kinderarzt und Geschäftsführer der Ärztekammer Berlin.

das weisungsungebunden Studien der Pharmaindustrie zulässt oder ablehnt. Ein Einfluss der Ärzteschaft bzw. ihrer Selbstverwaltung ist verboten. Wer also diese Aufgabe will, will Verwaltungs- und Bürokratiestrukturen aufbauen. Ärztlich ist da nichts zu gestalten, nur zu zahlen.

Und drittens: der Ärztemangel. Natürlich haben unsere Kollegen in den neuen Ländern mit dem Hinweis Recht, dass künftig regionale Probleme entstehen oder schon bestehen, wenn Ärzte nicht dorthin kommen, weil ärztliche Leistung sich nicht lohnt. Aber das ist nicht Ergebnis eines angeblich „dramatischen“ Rückgangs der Arztzahlen in Deutschland. In Wirklichkeit haben wir immer noch einen zahlenmäßigen Zuwachs. Wir müssten den jungen Kolleginnen und Kollegen die Konsequenz aufzeigen, dass noch mehr Ärzte eher noch weniger verdienen werden. Das heißt, gefordert sind hier nicht mehr Studienplätze, sondern die Politik und die für den Sicherstellungsauftrag zuständigen KVen.

Aber was das Wichtigste ist: Durch noch mehr Ärzte wird die Gesellschaft nicht weniger krank. Was in unseren Wartezimmern an Erwartungen besteht, was die Patienten täglich von ihrem Arzt erhoffen, ist nur zum Teil durch ärztliches Handeln zu erreichen. Mit dem Cassandra-Ruf des allgemeinen Ärztemangels hätte Rudolph Virchow bei der

Cholera-Epidemie 1892 in Hamburg eine Vervielfachung der Arztzahl fordern können. Hat er aber nicht. Er sah den Gesamtkontext und wusste, dass sich die Ärzteschaft verheben würde.

Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen mussten sich ändern: sauberes Wasser, ausreichende Ernährung, gesunde Wohnverhältnisse.

Wir sollten ehrlich sein; wir kennen auch heute die Ursachen von Krankheit und sollten einsehen, dass wir als Ärzte nicht alle beheben können, seien wir nun 277.000 oder beliebig mehr aktive Ärzte in Deutschland. Die Menschen brauchen soziale Zusammenhänge. Netze, die Krankheit verhindern, die Befindlichkeitsstörungen und Lebenskrisen nicht automatisch zur Krankheit erklären, die ärztlicher Behandlung bedarf. Das sollten wir und unsere Vertreter klar und deutlich sagen und die notwendigen gesellschaftlichen Veränderungen fordern, anstatt uns weiter systemerhaltend zu überfordern.

Der 108. Deutsche Ärztetag vom 3. bis 6. Mai in Berlin gibt uns Gelegenheit, hierzu einen offenen Diskurs zu führen. Zum Beispiel unter dem TOP Krankheit und Armut. Weil wir allein die Gesellschaft und deren Krankheit nicht heilen können, empfiehlt sich auch nicht, dies zu versprechen. Erkennen wir unsere Möglichkeiten und richten wir unser Augenmerk selbstbewusst doch einfach auf unsere Patienten.

Ihr

MEINUNG

Darf's noch etwas mehr sein?

Von Gerhard Andersen3

BERLINER ÄRZTE aktuell6

Zur medizinischen Situation nach der Flutkatastrophe

Mitteilungen des Tropeninstituts11

Leserbriefe12 und 23BERUFS- UND
GESUNDHEITSPOLITIK....**Harte Diskussion um die Hinterbliebenenrenten**

Bericht von der Delegiertenversammlung am 2. März 2005

Von Sybille Golkowski20

Beim IGeLn überzogen?

Ein Brief der Patientenbeauftragten Helga Kühn-Mengel zeigt, dass beim Thema IGeLn einiges schief läuft. Hier noch einmal die wichtigsten Essentials zum Thema26

PERSONALIEN

Bestandene Facharztprüfungen

November 2004 bis Februar 200528

Jürgen Hammerstein

wird 7522

Die Berliner Ärzteschaft trauert um ihre im Jahr 2004 verstorbenen Kollegen30**Zum Tode**

von Jochen Sachse31

Nachruf für

Bernd Schönberger32

FORTBILDUNG

Infarkt- und Insultprävention

Die Sortis-Debatte spülte das Thema ganz nach oben: Welche arzneithera-

TITELTHEMA **Der „schwierige“ Patient**

Wer kennt sie nicht, die Patienten, die man am liebsten gleich wieder los wäre. Dabei geht es oft nicht so sehr um Fälle, die medizinisch schwer zu „knacken“ sind, sondern mehr um solche, die – aus welchen Gründen auch immer – bei ihren Ärzten negative Gefühle wecken. Oft ist die Gesprächsführung hier nicht „rund“. Was an der Interaktion zwischen Arzt und Patient zu beachten ist beschreibt Adelheid Müller-Lissner 14

peutischen Optionen sollten in der kardiovaskulären Prävention gewählt werden? Hierbei ist die Rolle der Statine kritisch zu überdenken.

Von Rosemarie Stein32

FEUILLETON

Robert Gernhardt, Thumorist

.... der Heine-Preisträger las Ende Februar im Kaiserin-Friedrich-Haus aus seinen K-Gedichten. In knappen Zeilen beschrieb er dem gebannt lauschenden Publikum den Krieg gegen die lebensbedrohliche Krankheit.

Unter den Zuhörern war unsere Feuilletonistin Rosemarie Stein 34

MITTEILUNGEN

Änderung der Satzung der Berliner Ärztesversorgung35**Impressum**..... 42**Rätsel gelöst?**

Dann schicken Sie die Lösung bis zum 30.4. 2005 per Post an die Ärztekammer Berlin, Redaktion BERLINER ÄRZTE, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin oder per E-Mail an: e.piotter@aekb.de. Die unter den richtigen Einsendungen ausgelosten drei Sieger bekommen von uns eine kleine Überraschung.

Rettungsstellen

Chaos bei der Praxisgebühr



Die KV Berlin beklagt einen laxen Umgang der 47 Rettungsstellen in den Berliner Krankenhäusern mit der Praxisgebühr. Über 35.000 Patienten haben dort im zweiten Quartal 2004 keine Praxisgebühr bezahlt. In den Arztpraxen sind dagegen nur 0,5 Prozent der Patienten (9000) säumig. Kein Wunder, dass sich deshalb rund 80 % der Mahnschreiben, die die KV seit Einführung der Praxisgebühr verschickt hat, auf Behandlungen in Rettungsstellen beziehen.

Offenbar geht es bei der Buchführung zur Praxisgebühr in den Kliniken zuweilen drunter und drüber. Auf der einen Seite berichtet KV-Chefin Angelika Pohn von Fällen, bei denen „Patienten, die in der Rettungsstelle die 10 € entrichten wollten, die Annahme des Geldes verweigert wurde.“ Auf der anderen Seite passiere es, dass Krankenhäuser Patienten als säumige Zahler melden, die ihre Gebühr aber bereits entrichtet haben und

die auf Mahnschreiben der KV dann heftig protestierten. Das kann dadurch passieren, dass die Rettungsstellen Zahlungsaufforderungen erst Monate später herauschicken (statt sie dem Patienten gleich nach Behandlung mitzugeben), wie die KV aus Patientenberichten weiß. Später werden dann noch eintrudelnde Zahlungseingänge nicht penibel genug an die KV weitergemeldet. Vivantes-Finanzchef Jörg-Olaf Liebetrau (immerhin betreibt sein Unternehmen 10 der 47 Einrichtungen) antwortete jedoch gegenüber der Berliner Morgenpost, ihm seien aktuell keine Probleme mit der Praxisgebühr bekannt.

KV-Chefin Angelika Pohn hofft nun auf Unterstützung der Aufsichtsbehörde, die den Kliniken schärfer auf die Finger sehen soll. Besonders ärgerlich für die KV: Das aufwändige Mahnverfahren verursacht hohe Kosten.

Pro Vorgang entstehen allein 4 € Mahngebühren. Das dem folgende gerichtliche Mahnverfahren vor dem Sozialgericht kostet gar 150 € pro Fall, die die KV aus den Beiträgen ihrer Mitglieder aufbringen müsste, so KV-Sprecherin Annette Kurth. Um dies zu vermeiden, zieht die KV vorerst noch nicht vor Gericht. Da das jedoch auf Dauer die Zahlungsmoral der Patienten unterhöhlen würde, wird an einer neuen Lösung gearbeitet.

Tsunami-Opfer?

Vermisst...

... wird seit Ende Dezember 2004 der Berliner Arzt Dr. med. Hannes von Kugelgen. Dies meldete der Berliner Kurier Mitte Februar. Der in Moabit niedergelassene Chirurg hielt sich zum Zeitpunkt der Tsunami-Katastrophe in Südostasien auf. Seine Frau wurde mittlerweile unter den Opfern identifiziert, Hannes von Kugelgen nicht.

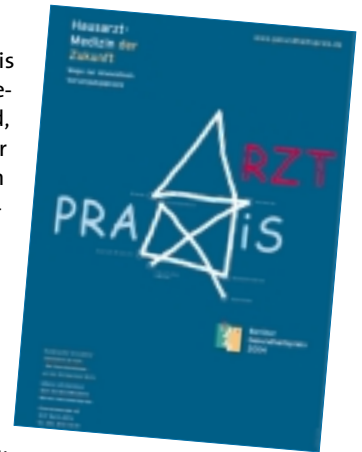
Der Vermisste ist bislang das einzige mögliche Tsunami-Opfer in der Berliner Ärzteschaft, von dem KV und Ärztekammer Berlin erfahren haben. Andere Informationen liegen bei den Körperschaften derzeit nicht vor.

Berliner Gesundheitspreis 2004

Preisverleihung

Der Berliner Gesundheitspreis 2004, gemeinsam ausgeschrieben von AOK Bundesverband, AOK Berlin und Ärztekammer Berlin wird in Kürze im Rahmen einer feierlichen Preisverleihung übergeben.

Gesucht wurde die „Hausarzt-Medizin der Zukunft - Wege zur innovativen Versorgungspraxis“. Der Preis will dazu beitragen, die hausärztliche Versorgung in Deutschland angesichts großer gesellschaftlicher und ökonomischer Herausforderungen weiterzuentwickeln und zu stärken. Die Bewerbungsfrist endete am 30. September 2004. Aus 46 Einsendungen wurden von der Jury 5 ausgewählt, die sich das Preisgeld von insgesamt 50.000 € teilen.



Die Preisverleihung findet statt am 2. Mai 2005, 15.30 bis 18 Uhr in der Vertretung des Landes Sachsen-Anhalt beim Bund Luisenstraße 18, 10117 Berlin.

Für die Veranstaltung ist wegen begrenzter Platzzahl eine Voranmeldung und Registrierung notwendig.

Interessenten wenden sich bitte an die Geschäftsstelle Berliner Gesundheitspreis, Tel. 030/ 2531-1009 oder per E-Mail an berliner.gesundheitspreis@bv.aok.de.

Handreichung des Justizministeriums zum Verfassen individueller Patientenverfügungen

Ärzttekammer stellt Verteilung eigener Formulare ein

In einer Entscheidung vom März 2003 hatte sich der Bundesgerichtshof u.a. mit der Rechtswirksamkeit von Patientenverfügungen befasst (Wir berichteten). Er konstatierte, dass Patientenverfügungen als erklärter Wille eines Patienten rechtlich verbindlich sind. In der Folge nahm sich das Bundesjustizministerium des Themas an und richtete im September 2003 eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe ein, die im Juni 2004 einen Abschlussbericht mit konkreten Vorschlägen für eine Änderung des Betreuungsrechts präsentierte.

Im November wurde dann vom Bundesjustizministerium basierend auf den Vorschlägen der Arbeitsgruppe ein Gesetzesentwurf vorgestellt sowie eine kostenlose Handreichung für Patienten herausgegeben, mit

deren Hilfe eine entsprechende Patientenverfügung erstellt werden kann. Diese Broschüre ist erfreulich praxisbezogen. Sie weist auf die Notwendigkeit hin, in der Verfügung zum einen die Situation, in der sie zur Anwendung kommen soll, konkret zu beschreiben - wie auch die gewünschte bzw. nicht mehr gewünschte Behandlung. Zum anderen empfiehlt sie den Verfassern einer Verfügung ausdrücklich eine persönliche Auseinandersetzung mit dem Thema - möglichst unter Inanspruchnahme einer fachkundigen Beratung. Bei Vorliegen einer schweren Erkrankung wird zudem eine ärztliche Beratung empfohlen.

Die Ärztekammer Berlin gibt seit 1997 eigene Formulare für Patientenverfügungen heraus. Dieses Angebot ging auf ent-

sprechende dringende Anfragen seitens Patienten und Ärzten zurück - es gab damals so gut wie keine verwendbaren und leicht zugänglichen Formulare - und stellte insofern eine „Notmaßnahme“ der Kammer dar. Inzwischen sind Patientenverfügungen weit verbreitet und für Interessierte über das Internet, aber auch über den Einzelhandel und verschiedene Verbände in zahlreichen Varianten zugänglich. Diese Tatsache in Verbindung mit der sich ändernden Rechtslage ist Anlass für die Ärztekammer, die Herausgabe eigener Formulare einzustellen, die im Übrigen ohne grundlegende Überarbeitung der aktuellen Rechtslage nicht mehr entsprechen.

Außerdem schließt sich die Kammer der Auffassung des Bundesjustizministeriums an,

dass eine Patientenverfügung individuell vom Patienten angefertigt werden sollte, möglichst verbunden mit einer persönlichen Beratung. Letztere kann die Ärztekammer schon allein wegen eines möglichen Verstoßes gegen die Vorschriften des Rechtsberatergesetzes nicht leisten. Es wird deshalb auf das Angebot des Bundesjustizministeriums sowie hinsichtlich einer persönlichen Beratung auf die Verbraucherzentrale, zu medizinischen Fragen auf den Hausarzt, verwiesen.

Adressen:

Bundesjustizministerium,
Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Mohrenstr. 37,
11015 Berlin www.bmj.de

Verbraucherzentrale Berlin e.V.
Bayreuther Str. 40, 10787 Berlin
Tel. 21485260

Arzthelferinnen

Ambulantes Operieren

Einen 60-stündigen Lehrgang „Ambulantes Operieren für Arzthelferinnen“ bietet das Bildungswerk für Gesundheitsberufe e.V. in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzthelferinnen und der Ärztekammer Berlin an.

Diese Fortbildungsmaßnahme wendet sich an Arzthelferinnen mit Berufserfahrung. Grundlage ist das Curriculum der Bundesärztekammer mit abschließender Prüfung.



Der 60-Stunden-Lehrgang findet in vier Blöcken im Hause der Ärztekammer Berlin statt:

15.-17. April
11.-12. Juni
13.-14. August sowie
17.-18. September 2005.

Für Mitglieder des Berufsverbandes betragen die Kosten 600 €, für Nichtmitglieder sind es 900 €. Weitere

Informationen erhalten Interessenten bei der Ärztekammer Berlin, Frau Vogel, Tel. 40806-2204 oder beim Bildungswerk für Gesundheitsberufe e.V. c/o BdA, Postfach 10 04 55, 44004 Dortmund



Frühjahrskonzert

Das Berliner Ärzteorchester lädt zu seinem traditionellen Frühjahrskonzert am Sonntag, 1. Mai 2005 um 15.30 Uhr in den Kammermusiksaal der Philharmonie, Herbert-von-Karajan-Str. 1, 10785 Berlin.

Programm:

Debussy: *Prélude à „L'après-midi d'un faune“*
Saint-Saëns: *Danse Macabre op.34*
Holst: *„The Planets“ op. 34*

Dirigent: Kevin McCutcheon

Karten zum Preis von 12 € und 9 € (erm. 6 €) können bestellt werden unter Tel. 275 18 18 oder über E-Mail: info@aerzteorchester-berlin.de.

Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

DRK Kliniken/Westend

Seit dem 3. Januar 2005 haben das Augenzentrum Westend unter Leitung von Professor Dr. med. Heinrich Bleckmann sowie eine Belegabteilung für Augenheilkunde, die von Professor Dr. med. Manfred Tetz geleitet wird, ihre Arbeit aufgenommen. Bleckmann war zuvor Chefarzt der Augenabteilung der Schlosspark-Klinik. Professor Tetz ist niedergelassener Augenarzt und war bis 2003 an der Charité tätig.

DRK-Kliniken Köpenick

Neue Chefarztin der Neurologischen Klinik ist seit dem 1.1.2005 PD Dr. med. Sabine Fitzek. Sie war zuvor als Oberärztin in der Neurologischen Universitätsklinik in Jena tätig und löst Prof. Dr. med. Günter Hertel ab, der sich in den Ruhestand verabschiedet hat.

DRK-Kliniken Mark Brandenburg

PD Dr. med. Paul Schneider ist seit 1.1.2005 neuer Chefarzt der Chirurgischen Klinik des Hauses. Er kommt aus der Klinik für Allgemein-, Gefäß- und Thoraxchirurgie der Charité, Campus Benjamin Franklin und war dort seit 1997 Leitender Oberarzt des Bereiches Thoraxchirurgie der Chirurgischen Klinik I. Sein Vorgänger, Prof. Dr. Dietmar Clevert, ging in den Ruhestand.

Schlosspark-Klinik

Neuer Chefarzt für Plastische- und Handchirurgie ist seit Anfang Januar PD Dr. med. Thomas Muehlberger. Er löst in dieser Position Dr. med. Friedrich-Wilhelm von Hesler ab, der in das Klinikum Emil von Behring wechselte. Muehlberger war zuvor Leitender Oberarzt der Klinik für Plastische-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie der medizinischen Hochschule Hannover und ist bereits seit Mai letzten Jahres Leitender Arzt der Plastischen Chirurgie in der Park-Klinik Weißensee.

Park-Klinik Weißensee

Seit Anfang Januar 2005 hat PD Dr. med. Michael Muschik die Leitung der Abteilung Orthopädie in der Park-Klinik Weißensee übernommen. Sein Vorgänger Prof. Dr. med. Bodo Paul wurde im November 2004 Geschäftsführer der Schlosspark-Klinik und der Park-Klinik Weißensee. Muschik, ehemals Ärztlicher Direktor der Orthopädischen Klinik am Seehospital Sahlenburg in Cuxhaven und Chefarzt des Norddeutschen Wirbelsäulenzentrums hat darüber hinaus auch die Leitung des neuen Funktionsbereichs Knochen- und Gelenkchirurgie in der Charlottenburger Schlosspark-Klinik übernommen.

HELIOS Klinikum Berlin-Buch

Neuer Chefarzt der Klinik für Physikalische Medizin, Rehabilitation und Naturheilverfahren ist seit dem 1. April Prof. Dr. med. Michael N. Berliner. Der Facharzt für Innere Medizin, physikalische und Rehabilitative Medizin war bisher stellvertretender Leiter der medizinischen Klinik und Poliklinik des Universitätsklinikums Gießen. Sein Vorgänger, Dr. med. Jürgen Rohde, hat sich in den Ruhestand verabschiedet.

Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Chefarztpositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause.

Tel. 40 80 6-1600/-1601, Fax: -1699.

E-Mail: e.piotter@aekb.de oder s.golkowski@aekb.de

Fortbildung

Kammer testet neues Lernfeedback per TED

Systeme zur Erhöhung der Interaktivität und zur Lernerfolgskontrolle testet die Ärztekammer Berlin derzeit in einigen ihrer Fortbildungsveranstaltungen. Im Testeinsatz wurde jetzt zweimal ein so genanntes TED-System ausprobiert. Mit dessen Hilfe kann man am Ende eines Vortrags Fragen an die Zuschauer stellen und damit eine Lernerfolgskontrolle durchführen. Alle Kursteilnehmer werden zu Vortragsbeginn mit Hand-Sendern ausgerüstet. Diese haben eine Nummerntastatur mit mehreren Auswahlmöglichkeiten. Nach Ende aller Vorträge werden Fragen an die Leinwand projiziert und die Teilnehmer können mit Hilfe der Sender ihre Antworten geben.

Der erste Testeinsatz eines TED erfolgte im Rahmen der interdisziplinären Fortbildungsreihe für Haus- und Fachärzte. Diese Veranstaltungsreihe ist auf niedergelassene Ärzte und deren interdisziplinären Austausch zugeschnitten. Anhand von Fallbeispielen wird dabei von jeweils einem Allgemeinmediziner und zwei weiteren Fachvertretern praxisrelevantes Wissen vermittelt. Die ausgewählten Fallbeispiele aller drei Ärzte bieten dabei interdisziplinäre Anknüpfungspunkte und widerspiegeln den „State of the Art“ der Behandlung im Rahmen der Möglichkeiten in der Praxis. Eine Fallvorstellung wird in kurzen Ergänzungen von den anderen Fachkollegen kommentiert, dann folgt eine Diskussion mit dem Auditorium. Im Mittelpunkt der Fortbildung mit TED-Test stand das Thema „Fieber“. Jeder Referent hatte drei Fragen mitgebracht, die dem

Publikum im Anschluss an das zehnminütige Referat gestellt wurden.

Das Ergebnis der einzelnen Befragungen lag sofort vor und wurde als Balkendiagramm präsentiert. Sofort wurde sichtbar, auf welchen Themenfeldern die Veranstaltung wichtige Lernziele ausreichend klar vermitteln konnte und wo dies nicht gelungen war. Weiterführender Austausch konnten sich anschließen und die Veranstaltung fachlich gezielt abrunden. Zudem wurde die Diskussion mit den Fachreferenten TED-unterstützt lebhafter.

Die befragten Kolleginnen und Kollegen begrüßten den Einsatz des TED-Systems (Median 1;

Mittelwert 1,7). Anfängliche Skepsis („Ja werden wir jetzt hier geprüft?“) konnte ausgeräumt werden. Positive Resonanz fand das TED-System auch während des zweiten Testeinsatzes, einem zehnstündigen Impfkurs. Auch hier dienten die zum Abschluss der Veranstaltung gestellten Fragen jedem Teilnehmer als persönliche Lernerfolgskontrolle – wobei die Ergebnisse anonym blieben. Der Moderator konnte bei Fragen, die z.B. nur von ca. 40 % der Teilnehmer richtig beantwortet wurden, noch einmal kurz nachfassen und den Themenkomplex rekapitulieren.

Die Ärztekammer Berlin testet derzeit verschiedene neue Veranstaltungs- und Präsen-
ta-

tionsformen in der Fortbildung. „Etwa die Hälfte aller anerkannten Fortbildungen sind Frontalveranstaltungen“, sagt Dr. Katrin Bräutigam, Referatsleiterin Fortbildung in der Ärztekammer. „Solche Veranstaltungen sehen keine aktive Beteiligung der Teilnehmer vor. Für das Lernergebnis ist das nicht optimal“. Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, dass Erkenntnisgewinn und Lernerfolg für den einzelnen Teilnehmer durch den abwechslungsreichen und sinnvollen Einsatz von Medien während einer Veranstaltung optimiert werden können. So wird z.B. die Aufmerksamkeit im Auditorium erhöht, wenn im Anschluss an oder innerhalb einzelner Vorträge Fragen an das Publikum gestellt werden. Das interaktive Element soll die Beteiligung der Teilnehmer erhöhen und ihnen ein schnelles Feedback über ihr persönliches aktualisiertes Wissen geben.

Der TED ist eine von vielen Möglichkeiten, Interaktivität in Veranstaltungen hineinzubringen. Ob die Ärztekammer Berlin das System in Zukunft regelmäßig einsetzen wird, ist derzeit noch offen. Die ersten Erfahrungen sind indes vielversprechend.

HINWEIS:

Die interdisziplinäre, themenspezifische Fortbildungsreihe wird am 05.04. 2005 fortgesetzt.

Thema ist die Harnkontinenz.

Patientenbeauftragte

Foto: Golkowski



Die neue Patientenbeauftragte Berlins, Karin Stötzner

Zu einem ersten Austausch lud die Ärztekammer Berlin Anfang März die neue Patientenbeauftragte des Senats, Karin Stötzner und ihre Mitarbeiterin Katrin Markau ein. Nach 100 Tagen im Amt konnten die beiden

Zahnärzte im Fokus der Patientenbeschwerden

ein erstes Resümee über die wichtigsten Patientenbeschwerden in Berlin ziehen. Offenbar beklagen sich diese zur Zeit häufiger über ihre Zahnärzte als über Haus- und Fachärzte. Stein des Anstoßes sind oft Privatrechnungen über Nicht-Kassen-Leistungen. Nicht selten weisen diese erheblich vom Kostenvoranschlag ab, sogar weiter als die gesetzlich noch erlaubten 20 %.

Viele Patientenfragen haben einen handfesten juristischen Hintergrund und beziehen sich auf sozialrechtliche und behindertenrechtliche Details. Hier gibt es ganz offensichtlich ein großes Beratungsdefizit auf Seiten der Kostenträger.

Erfreuliches Detail: Bislang sind bei der Berliner Patientenbeauftragten noch keine Beschwerden über zu frühzeitige Krankenhausesentlassungen gelaufen. Ein Sachverhalt, den die Kammer bei Karin Stötzner gezielt abfragte, da hier ärztlicherseits erhebliche Probleme gesehen werden (wir berichteten). Offenbar werden sie auf Patientenseite noch kaum bemerkt. Auch Aufklärungsmängel bei IGeL-Leistungen werden in Berlin selten beklagt. Kammer und Patientenbeauftragte sehen auf diesem Feld dennoch erhebliche Beratungsdefizite der Krankenkassen. Versicherte finden wenig Informationen, wann eine Leistung von der Kasse übernommen wird und in welchen Fällen

sie nur gegen Privatrechnung abgerufen werden kann. Karin Stötzner lobte noch einmal das Arzt-Such-System, das Kammer und KV auf ihren Homepages anbieten, um Patienten die Suche nach niedergelassenen Ärzten über Schlagworte zu erleichtern. Stötzner wünscht sich ein ähnliches System auch für den Klinikbereich. Eine klare Hausaufgabe für die Berliner Krankenhausgesellschaft, die dies bislang noch nicht vorhält. Auch eine berlinweite Gesamtübersicht über Spezialangebote der Krankenhäuser (Asthmasprechstunden, Allergiesprechstunden, Raucherentwöhnung, etc.) würde mehr Transparenz schaffen.

Transfusionsmedizin

Im Rahmen der Qualitätssicherung in der Transfusionsmedizin sucht die Ärztekammer Berlin Ärztinnen und Ärzte, die sich in einem zweitägigen Kurs zu Auditoren fortbilden lassen. In Frage kommen Transfusionsverantwortliche und Qualitätsbeauftragte aus Berliner Einrichtungen. Nachdem in der ersten Fortbildungsrunde vor allem Kollegen aus Kliniken ausgebildet wurden, werden jetzt verstärkt Ärzte aus dem ambulanten Bereich gesucht.

Der Begriff „Audit“ bezeichnet die Begehung und Überprüfung einer fremden Einrichtung nach einem vorgegebenen Auditprotokoll. Eine solche Begehung wird jeweils von zwei Auditoren durchgeführt und nimmt in einer Klinik etwa vier Stunden, in einer Praxis etwa zwei Stunden in Anspruch. Für jeden Besuch erhalten die Auditoren eine Aufwandsentschädigung. Mit ungefähr vier Einsätzen jährlich ist zu rechnen.

Als erste Kammer in Deutschland hat die Ärztekammer Berlin die Qualitätssicherung in der Transfusionsmedizin vor

einigen Jahren auf ein solches Audit-System umgestellt. Das System wird sehr gut angenommen und hat etliche Nachahmer gefunden.

Auditoren gesucht

„Nicht nur die begangenen Einrichtungen, auch die Auditoren selbst profitieren erheblich davon“, so Christa Markl, Referatsleiterin

Qualitätssicherung der Ärztekammer Berlin. „Oft ergeben sich für beide Seiten Denkanstöße, da die Beschäftigung mit Arbeitsabläufen in der Nachbareinrichtung immer auch eine Reflexion des eigenen Vorgehens mit sich bringt.“

Die Auditoren-Schulung findet statt am:

Freitag, 29. April, 13 bis 20 Uhr und

Samstag, 30. April, 9 bis 16 Uhr

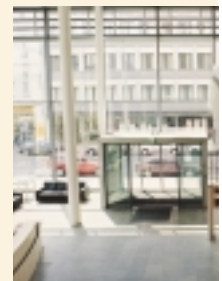
in der Ärztekammer Berlin.

Informationen und Anmeldung im

Referat Qualitätssicherung,

Tel. 40 80 6-1400/-1401, E-Mail:

c.markl@aekb.de oder r.drendel@aekb.de.



Zur medizinischen Situation nach der Flutkatastrophe

Die Flutkatastrophe vom 26. Dezember 2004 forderte nach neuesten Schätzungen etwa 290 000 Menschenleben. Nach wie vor sind die Einsatzkräfte wie auch die logistischen Kapazitäten der Hilfsorganisationen in hohem Maße gefordert. In der indonesischen Provinz Aceh wurde bereits sehr früh nach der Flutwelle ein medizinisches Surveillance-System etabliert. In einer Kooperation zwischen der Weltgesundheitsorganisation und dem indonesischen Gesundheitsministerium sind Daten zur Seuchenlage erhoben worden. Dies umfasste klinische Untersuchungen sowie Labordiagnostik.



Nach dem Auftreten sporadischer Masernerkrankungen wurde frühzeitig ein Impfprogramm initiiert. Anders als zunächst befürchtet, sind im Zuge der Flutkatastrophe keine größeren Cholera-Ausbrüche aufgetreten. Erwartungsgemäß wurden jedoch zahlreiche Fälle von unkomplizierten wässrigen Diarrhöen registriert. Auch fanden sich einige Patienten mit blutigen Stühlen, bei denen die Labordiagnostik eine Shigellen-Infektion ergab. Verunreinigtes Wasser beinhaltet nicht nur die Gefahr von Magen-Darm-Infektionen, sondern kann bei Kontakt mit Verletzungen oder nach Aspiration auch zu schweren Wund- bzw. Atemwegsinfektionen führen.

Am 24. Januar 2005 wurden mehr als 90 Personen mit Tetanus registriert. Alle hatten sich während des Tsunamis ausge dehnte Verletzungen zugezogen. Aus Meulaboh in Aceh und Phangnga in Südthailand wurden mehrere Fälle von Melioidose gemeldet. Bei der Melioidose handelt es sich um eine Infektionskrankheit, die durch das Bakterium *Burkholderia pseudomallei* hervorgerufen wird und sich in der Ausbildung multipler Abszesse manifestiert. Der Erreger kann über die Exkremente von Haustieren in das Wasser

gelangen. Bei mindestens drei Überlebenden der Flutkatastrophe wurde in Australien eine Mucormykose diagnostiziert. Dies ist eine Pilzinfektion, die unbehandelt in bis zu 80% der Fälle zum Tod führt. Besonders aggressiv verläuft die Erkrankung bei Immungeschwächten oder bei Patienten, die bereits an anderen Infektionen leiden. Der Erreger findet sich überwiegend im Erdboden und verrottenden Pflanzen; gelangt er in eine Wunde, so führt er zu ausgedehnten Nekrosen. Die Therapie besteht in der kompletten chirurgischen Entfernung des abgestorbenen und infizierten Gewebes. Ergänzend hierzu wird eine medikamentöse Therapie mit Antimykotika durchgeführt.

Die Flutkatastrophe hat zu einer großen Anzahl von Hilfsfreiwilligen geführt. Die Unterstützung der Katastrophenhilfe vor Ort sollte jedoch ausschließlich in Einbindung an seriöse Organisationen/Projekte erfolgen. Eine persönliche reisemedizinische Beratung sowie individuelle Impfungen sind grundsätzlich für alle Helfer zu empfehlen. Die wichtigste allgemeine Maßnahme im Katastrophengebiet stellt eine konsequente Nahrungsmittel- und Trinkwasserhygiene dar. Ebenfalls von großer Bedeutung ist ein ganztägiger Mückenschutz. Hierdurch kann das Risiko, an Malaria oder Dengue-Fieber zu erkranken, deutlich gesenkt werden.

Weitere Informationen bieten die deutschen Tropeninstitute, die Hilfsorganisationen sowie das Krisenreaktionszentrum des Auswärtigen Amtes (www.charite.de/tropenmedizin/index.html und auswaertigesamt.de/www/de/seebebenhelfer_html).

Tropeninstitut Berlin
Dr. med. Matthias Günther
PD Dr. med. Tomas Jelinek

Mai-Ausgabe: 6. April 2005

Mama, Papa – Arbeiten!?

BERLINER ÄRZTE 2/2005

„Abgeschlossene Familienplanung“? Wer weiß das schon!

Sicherlich ist es für Betroffene ein immenses Problem unserer Zeit, Familie und Karriere unter einen Hut zu bringen. Die Beschreibung des alltäglichen Lebens im Artikel „Mama, Papa – Arbeiten?!“ liest sich interessant. Dennoch möchte ich ein paar Kommentare zu diesem Artikel darstellen:

Das Argument, einfühlsamer zu sein (z.B. in der Pädiatrie), wenn man selbst Kinder hat, mag eine Seite der Medaille sein. Empathie wird ja auch im heilkundlichen Bereich als existenzielle Säule (berechtigt) gefordert. Meines Erachtens fehlt hier aber die andere Seite der Medaille: die kritische Distanz. Über großes Mitleid und Mitgefühl können fachliche (Handlungs-) Kompetenz, einen kühlen Kopf bewahren zu können, Leiden eines Patienten überhaupt ertragen zu können, etc. behindern.

Zum Schlussargument „...denn ist die Familienplanung erfolgreich abgeschlossen, gibt es kaum verlässlichere Ärztinnen und Ärzte als jene mit Kindern“: woher soll man denn die Sicherheit nehmen, dass die Familienplanung tatsächlich abgeschlossen ist? Mir fallen hier auch Paare mit Infertilitätsstörungen ein, gleichgeschlechtliche Paare, etc., bei denen sicherlich nicht noch ein „unvorhergesehenes“ Kind die Karriere erschweren könnte... Zudem werden Kinder auch bei abgeschlossener Familienplanung häufig krank und schon entstehen wieder Fehlzeiten der Eltern(teile)...

Zum Argument „...dass Kollegen und Kolleginnen, die keine Familie haben, länger als ich für die Arbeit brauchten. Die haben Zeit. Hier noch ein Zigarettchen...“: diese KollegInnen tun meiner Auffassung nach etwas für ihre psychische Gesundheit (nicht unbedingt für ihre somatische Gesundheit), denn Kurzpausen erfrischen zugunsten der zu bewerkstelligen Arbeit eindeutig. Schneller mit der Arbeit fertig zu sein ist demnach ein Muss für ÄrztInnen mit Kindern und nicht ein Faktum, dass man als ÄrztIn mit Kind tatsächlich stringenter arbeiten kann...

Dipl.-Psych. J. A. Mörcke, 16540 Hohen Neuendorf

Eltern wünschen flexible Arbeitszeit

Unlängst hat mich der Artikel Ihrer Mitarbeiterin Ulrike Hempel: „Mama, Papa – Arbeiten?!“ sehr angesprochen. Wie man an unserer Klinik, gelegen in Birkenwerder, Brandenburg, direkt am nördlichen Stadtrand von Berlin sieht, kann es auch anders gehen. In unserem Hause erhalten speziell wieder einstiegswillige Elternteile nach Elternzeit Jobangebote, gerne auch Teilzeit und mit flexibler Arbeitszeit. Ab Sommer dieses Jahres können wir zudem einen günstigen Betriebskindergarten aufweisen, in dem die Eltern die Möglichkeit erhalten sollen, mit Ihrem Sprössling Mittag zu essen oder ein Baby zu

stillen. Zudem lag es uns am Herzen, für anderweitig untergebrachte oder ansonsten privat betreute Kinder eine Notfallaufnahmeöglichkeit zu finden, dies soll dann ebenfalls im Betriebskindergarten möglich sein.

Ich bin mir sicher, dass diese Anstrengungen zufriedene Mitarbeiter und sinkende Ausfallzeiten erreichen werden. Gerade junge Mütter und Väter – das merken wir immer wieder – sind im Beruf überaus motiviert, wenn der Arbeitgeber eine gewisse Flexibilität aufzeigen kann und den dauerhaft vorhandenen Zeitstress lindern hilft.

Unser bisheriges Entgegenkommen und Engagement hat bisher nicht viel Mühe gekostet und noch weniger Geld, ich kann also anderen Betrieben nur Mut machen: Auch im Gesundheitswesen ist eine gewisse Flexibilität möglich!

Daniela Wolarz-Weigel, Geschäftsführerin der Asklepios-Klinik, 16547 Birkenwerder

Psychotherapeuten und Fachärztetopf

Meldung in

BERLINER ÄRZTE 2/2005

Unreflektierte Headline

Wir haben an der unreflektierten Überschrift („Psychotherapeuten wollen 66 Millionen Euro aus dem Fachärztetopf“, Die Red.) Anstoß genommen. Die heutige Situation war absehbar: Die Rechtmäßigkeit der unterbewerteten Psychotherapie-Vergütung wurde seit 2000 gerichtlich angezweifelt; die KV Berlin hat es im Gegensatz zu anderen KVen versäumt, Honoraranteile zurückzustellen und Rücklagen zu bilden.

Sie beschwört nun Szenarien vom Zusammenbruch der fachärztlichen Versorgung herauf nach dem Motto: Psychotherapeuten treiben Fachärzte in den Ruin. Von eigener Inkompetenz lenkt sie ab: Sie schiebt die Verantwortung auf die Kassen, die finanzielle Last auf die Fachärzte und sät Zwietracht zwischen Arzt- und Psychotherapeutengruppen.

Die heutige Misere ist Folge der Politik der Berliner KV, die nicht – wie andere KVen – rechtzeitig bilanziert und für Interessenausgleich gesorgt hat.

Dipl.-Psych. Lothar Eilers, Dr. med. Monika Sobottke, Gabriele Stuckmann

Keine KV hat für diesen Zweck Rücklagen gebildet. In einigen KVen hat die allgemeine Rücklage von 2% ausgereicht, um die Forderungen zu bedienen (s.BB). In Berlin aber hätten aufgrund der Größe der Psychotherapeuten-Gruppe bzw. der Honorarforderungen circa 10% der Honorare der FA-Gruppe zurückgestellt werden müssen. Im Übrigen verweisen wir auf das Editorial der KV-Vorsitzenden, Dr. Angelika Prehn, in Heft 3/05.

Dr. med. Elmar Wille, Vizepräsident der Ärztekammer Berlin

Spezialambulanz



Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge eröffnet. In der Ambulanz ist eine psychiatrisch-psychotherapeutische Untersuchung und Befundung möglich, psychiatrische Einzel- und Gruppenbehandlung, Ergo-, Musik- und Kunsttherapie sowie heilpädagogische Förderung.

Geistig behindert und psychisch krank?

Eine Spezialambulanz für Menschen mit geistiger Behinderung, die zudem noch eine psychische Krankheit aufweisen, wurde jetzt am

In Kooperation mit anderen Einrichtungen und niedergelassenen Nervenärzten kann im Einzelfall auch eine aufsuchende Behandlung organisiert werden.

Die Ambulanz im Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge ist zu erreichen unter Tel. 5472-4908/ -4909.

Geriatric

Forschungstipendien

Die Robert-Bosch-Stiftung hat ein Stipendienprogramm zur Geriatric ausgeschrieben. Vergeben werden für 2006 und 2007 bis zu zehn Kollegstipendien. Das Angebot richtet sich an promovierte, wissenschaftlich interessierte Ärzte in Weiterbildung, die ihre Berufsperspektive in der Geriatric sehen. Bewerbungsschluss ist der 30. April 2005.

Mehr Informationen unter www.forschungskolleg-geriatric.de

Ethik

Therapieabbruch

Eine Veranstaltung zum Thema „Therapieabbruch – Rolle von Flüssigkeit und Ernährung“ findet am

13. April 2005
in den DRK-Kliniken
Westend, Hörsaal,
Spandauer Damm 130,
19 bis 21 Uhr statt.

Die Problematik wird aus Sicht eines Intensivmediziners, einer Pflegerin, eines Medizinethikers und eines Juristen beleuchtet. Im Anschluss findet eine Podiumsdiskussion statt. Die Veranstaltung steht unter der Schirmherrschaft der Ärztekammer Berlin.

Der „schwierige“ Patient

Machen Sie
sich mal frei!



Warum Reden doch Gold ist

Von Adelheid Müller-Lissner

Die Voraussetzungen sind denkbar ungünstig: Der Patient, 38 Jahre alt, ledig, Hochschullehrer, ist von einer Freundin in die Praxis des Internisten Dr. B. geschickt worden. Die konnte es nicht mehr mit ansehen, wie der hochbegabte, sensible und vereinsamte Mann sich mit rasenden Kopfschmerzen, Übelkeit und Sehstörungen quälte, ohne fachliche Hilfe zu suchen. Zudem hält sie ihn für stark suizidgefährdet. Doch Dr. B. steht schnell vor einem recht gravierenden Problem: Eigentlich möchte sich dieser Herr N. überhaupt nicht behandeln lassen, er wurde nur zum Arztbesuch überredet. Und mit seinem Arzt über seine Schwierigkeiten zu reden, davon hält er nun schon gar nichts. Verschwiegenheit, Stolz und extremes Misstrauen gegenüber jeder Form von Autorität stehen dagegen. Zu allem Überfluss ist dieser Professor auch noch ziemlich mittellos. Diese Tatsache ist es jedoch, die den Arzt schließlich auf die zündende Idee bringt. Nach jeder ärztlichen Therapiestunde soll der gelehrte Patient sich mit einer Einheit fach-philosophischer Lebenshilfe revanchieren. Die Aussicht, eine Gegenleistung für das ärztliche Wirken anbieten zu können, motiviert den stolzen Akademiker dann doch, sich endlich behandeln zu lassen. Im Verlauf der intensiven psychoanalytisch-philosophischen Gespräche wird dann immer unklarer, wer da eigentlich Hilfe braucht, der angesehene Arzt oder sein besonderer Patient.

Das ist der Stoff für einen Roman. In Wirklichkeit sind sich der Arzt Dr. med. Josef Breuer, Internist, Hausarzt berühmter Wiener Bürger, Lehrer Sigmund Freuds und Entwickler einer neuen „Re-dekur“, und der Patient, der Philosoph Friedrich Nietzsche, nie begegnet. Dem amerikanischen Psychiater Irvin D. Yalom blieb es vorbehalten, sie für seinen Roman „Und Nietzsche weinte“ im Jahr 1882 in Wien zusammenzubringen – ein Lehrbeispiel für den Umgang mit einem schwierigen Patienten.

Und doch ist es mit seinem Happy End anders als die typischen Fälle, die Ärzte im Alltag nerven, über die sie manchmal schier verzweifeln: Da ist der Herr mit der dicken Krankenakte unterm Arm und dem misstrauigen Gesichtsausdruck, der das Sprechzimmer schon beim ersten Besuch mit den Worten betritt: „Ich glaub ja nicht, dass Sie mir helfen können. Von Ihren Kollegen konnte es jedenfalls noch keiner!“ Die nette, hilfsbedürftige alte Dame, die jede Woche aufs Neue über Gelenkschmerzen klagt, aber „auf keinen Fall was Chemisches“ dagegen einnehmen möchte. Oder der adipöse 50-Jährige mit metabolischem Syndrom, den sein Hausarzt seit Jahren erfolglos zum Abnehmen zu bewegen versucht. Die schöne junge Frau, die schon bei fünf Kollegen war und beim besten Willen nicht unter den Lipödemen der Beine leidet, die sie nach der Lektüre eines einschlägigen Zeitschriftenartikels bei sich selbst diagnostiziert hat.

„Der macht nicht, was ich will“

Was macht einen Patienten oder eine Patientin in den Augen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte „schwierig“? Es geht ja nicht um den schwierigen Fall,

der diagnostisch schwer zu „knacken“ ist oder für den keine wirksame Therapie existiert. Der schwierige Patient ist vielmehr „der Extremfall des unangenehmen und unbeliebten Patienten“, heißt es im Standardwerk „Arzt und Patient“ von Linus Geisler. Es fehlte nicht an Versuchen, die Unbeliebten in Kategorien einzuteilen: Der Psychiater James Groves etwa stellte im Jahr 1978 den „Ablehner“, der jeden Hilfsversuch mit der Präsentation neuer Symptome quittiert, den extrem zuwendungsbedürftigen „Abhängigen“, den „Forderer“ und den „Selbstdestruktiven“ vor. Unbequem sind sie allesamt.

„Wenn wir vom schwierigen Patienten reden, meinen wir meist: Der macht nicht, was ich will“, sagt Prof. Dr. med. Ulrich Schwantes, Leiter des Instituts für Allgemeinmedizin der Charité und Mitglied der dortigen Arbeitsgruppe „Ärztliche Gesprächsführung“. Der Eindruck des Schwierigen entstehe beim Arzt schon, „wenn die vom Patienten angebotene Beziehungsstruktur vom Arzt nicht wahrgenommen wird und er deswegen inadäquat auf ihn eingeht“. Schwierig sind zudem Patienten, die mit ihrer Geschichte und ihrem Verhalten bei Ärzten negative Gefühle und Abwehrmechanismen freisetzen. Paradebeispiel: Menschen mit einer Drogenkarriere. „Wenn man das schleifen lässt, kann eine schwierige Situation entstehen, aus der der Arzt sich am Ende nicht mehr befreien kann“, warnt der Facharzt für Allgemeinmedizin und Psychotherapeut.

Gesprächstechnik kann man lernen

Kann man eine Verständigung lernen und trainieren? Früher hätte man diese Frage glatt verneint. Wer es nach allge-

meiner Ansicht nicht konnte, hatte schlicht seinen Beruf „verfehlt“. Die Pläne moderner Curricula dagegen sind anderer Ansicht. Was in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient gefordert sei, das könne man sehr wohl lernen. Und dabei sei es nützlich, schon stud. med. Hänchen statt erst den fertigen Arzt Doktor Hans mit den nützlichen Techniken und der angemessenen Haltung auszustatten, Learning by doing.

Im Reformstudiengang der Charité lernen die Studenten „ihre“ Patienten deshalb schon im zweiten Semester kennen. Seit 2001 schreibt die Studienordnung der Charité „Gesprächsführung“ fest. Hier werden klare operationalisierbare Fakten gelehrt. Zum Beispiel Fragetechniken, von der offenen Anfangsfrage über nachforschende Sherlock-Holmes-Fragen bis zum abschließenden Paraphrasieren der Patientenantworten mit der Nachfrage: „Stimmt das so?“. „Das sind grundlegende Techniken der Gesprächsführung, und später kommt dann das spezielle Setting hinzu“, erklärt Schwantes. Dann wird auch Praxis oder Krankenhaus

Kurs auf dem Ärztekongress

Im Rahmen des Deutschen Ärztekongresses bietet die Ärztekammer Berlin eine eigene Fortbildungsveranstaltung zur Kommunikation an:

Schwierige Patienten?

Gesundheitsorientierte Gesprächsführung in Klinik und Praxis (mit Praktischen Übungen)

Dienstag, 10. Mai 2005
14.00 – 17.30 Uhr,
Berliner Congress Center
Alexanderplatz 3
(Alexanderstraße/ Karl-Marx-Allee)
Raum Co4

Tageskarte: 40 Euro
(Ermäßigung möglich)

Anmeldung unter MedCongress GmbH, Tel. 0711/ 72 07 12-0,

E-Mail:
info@deutscher-aerztekongress.de

Leitung:
Prof. Dr. U. Schwantes, Berlin,
Dr. M. Kampmann, Berlin

gespielt: Echte Medizinstudenten reden mit gut geschulten Simulationspatienten. Einige von ihnen haben das, was Ärzte „schwierig“ finden, ziemlich gut in ihrem schauspielerischen Repertoire.

Narrative-based medicine

Ziel des Kommunikationstrainings ist aber nicht, dass die Patienten fürderhin allem zustimmen, was der Arzt ihnen vorschlägt. Zunächst geht es vielmehr darum, sich ein Gesprächsverhalten anzueignen, das auf der Grundlage einer wertschätzenden Haltung bessere Chancen bietet, die Wünsche des Patienten überhaupt zu erkennen. Offenheit und Aufmerksamkeit sind die Voraussetzungen. Die Beschwerden ernst nehmen, zugleich aber nicht der Versuchung erliegen, sie schnell „einzuordnen“. Der Arzt sollte auch in der Gesprächsführung der Profi sein, das ist Schwantes wichtig. „Er sollte sich auch auf einer Metaebene die Frage stellen: Warum gestaltet sich diese Situation schwierig?“

Zum Beispiel in dem Fall, von dem Trisha Greenhalgh berichtet, Professorin für Primary-Health-Care am University College in London. Eine 33-jährige Frau, BMI 32, HbA1c bei 10 Prozent trotz Metformin und Sulfonylharnstoff, wird in der Diabetes-Ambulanz wegen des hohen Gesundheitsrisikos gewarnt, erneut schwanger zu werden. Zuvor müsse sie drastisch abnehmen. Für sie kommt in diesem Gespräch jedoch nur „rüber“, dass der smarte junge Arzt sie ablehnt und nicht versteht, dass sie ihrem dreijährigen Sohn möglichst bald ein Geschwisterchen schenken möchte. Er dagegen ist frustriert, weil sie all seine Warnungen in den Wind zu schlagen scheint. Greenhalgh rät, das evidenzbasierte Vorgehen in eine „narrative-based medicine“ einzubetten. Was der Arzt als „Adipositas“ und „Diabetes“ klassifiziert, ist schließlich Teil der Lebensgeschichte dieser Patientin. Nur wenn man ihre Signale aufnimmt und in ihre Erzählung „einsteigt“, hat man eine Chance, zu ihr vorzudringen.

„Die Kernfrage ist: Wie kann ich jemandem vermitteln, dass ich ihn ernst neh-

Gesprächstraining

In Berlin gibt es seit 1999 eine „Arbeitsgemeinschaft für Kommunikation und Interaktion in der Medizin“ (KIM). Sie entwickelt Kursveranstaltungen für Ärzte, mit deren Hilfe die Aus- und Weiterbildung in der ärztlichen Gesprächsführung verbessert werden soll. Für den Regelstudiengang Medizin an der Charité konzipierte KIM eine Veranstaltung zur ärztlichen Gesprächsführung. Und speziell für den Reformstudiengang wurde eine Lehrveranstaltung zum Aufklärungsgespräch mit schwer kranken Patienten (schlechte Nachrichten übermitteln) auf den Weg gebracht.

Doch auch für gestandene Ärztinnen und Ärzte mit Berufserfahrung bietet KIM in enger Zusammenarbeit mit der Professur für Ethik an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg regelmäßig Fortbildungen an. Die Kurse werden in der Regel interdisziplinär für Ärzte und Pflegekräfte durchgeführt. 2001 bekam KIM dafür den Oskar-Kuhn-Preis für Gesundheitskommunikation.

Inhaltlich bieten die Kurse vor allem die praktische Übung von Aufklärungsgesprächen in Form von Rollenspielen oder mit Simulationspatienten. In dem auf das Gespräch folgenden Feedback werden vor allem das Gesprächsverhalten des Arztes analysiert und alternative Vorgehensweisen für die Gesprächsführung diskutiert. Auch ethische und rechtliche Aspekte der Aufklärungsgespräche kommen hier zur Sprache.

Mehr Informationen unter: www.kim.arbeitsgemeinschaft.de

me und respektiere, gleichzeitig aber einen anderen Standpunkt vertrete?“, meint der Bonner Kommunikationswissenschaftlers Dr. phil. Nikolaus Nagel. Für seine Doktorarbeit (1) hat er ein Jahr lang Patienten und Ärzte nach der Konsultation (N=120) zu ihrer Zufriedenheit befragt und mehrere Arzt-Patienten-Gespräche zum Teil Wort für Wort ausgewertet. Stattgefunden haben sie zu Beginn der 90er Jahre in der Umweltmedizinischen Beratungsstelle des Instituts für Umwelthygiene in Düsseldorf. Teilweise muss es dort heiß hergegangen sein. Da war zum Beispiel die starke Raucherin, die sich nicht davon abbringen ließ, dass bei einer Renovierung freigesetzte Wohngifte ihre Atembeschwerden verursacht hätten. Aus der Sicht des Arztes eine Pseudoerklärung, mit der sie einer ernsthaften Verhaltensänderung entgehen wollte. „In einem solchen Fall stellt sich die Frage, wie man eine Erweiterung des Krankheitskonzepts erreicht.“ Nagels Resümee aus der Untersuchung: „Die Zufriedenheit der Patienten hängt – neben der Problemlösung und -lösung für den Patienten – im Wesentlichen von interaktiven Aspekten der Konsultation wie, ‚sich Zeit nehmen‘, ‚zuhören‘ und ‚den anderen ernst nehmen‘ ab. Mangelhafte Verständigung führt zu Fehldiagnosen, Unzufriedenheit und schlechterer Compliance“.

Auch nach Schwantes' Beobachtung wird es in der Beziehung zwischen Arzt und Patient besonders dann schwierig, „wenn die Denk- und Zielrichtungen, die beide haben, sehr schmal sind und sich nicht treffen können. Das Nicht-

(1) veröffentlicht unter dem Titel: „Nur zufriedene Patienten?“ im Shaker-Verlag Aachen 2001



Prof. Dr. med. Ulrich Schwantes

„Was da gefordert ist, das kann man lernen“

Kurzinterview mit Prof. Dr. med. Ulrich Schwantes, Institut für Allgemeinmedizin der Charité

BERLINER ÄRZTE: Die Teilnehmer des Reformstudiengangs haben im zweiten Semester schon Kontakt mit Patienten: Ist das nicht ein Praxisschock?

Schwantes: Sie sind nicht unvorbereitet: Vom ersten Semester an gibt es den obligaten Kurs „Interaktion“. Dort unterrichten wir die Grundbegriffe der Kommunikation.

BERLINER ÄRZTE: Im Regelstudiengang ist der Gesprächsführungskurs im ersten klinischen Semester eingebettet in den interdisziplinären Untersuchungskurs. Warum?

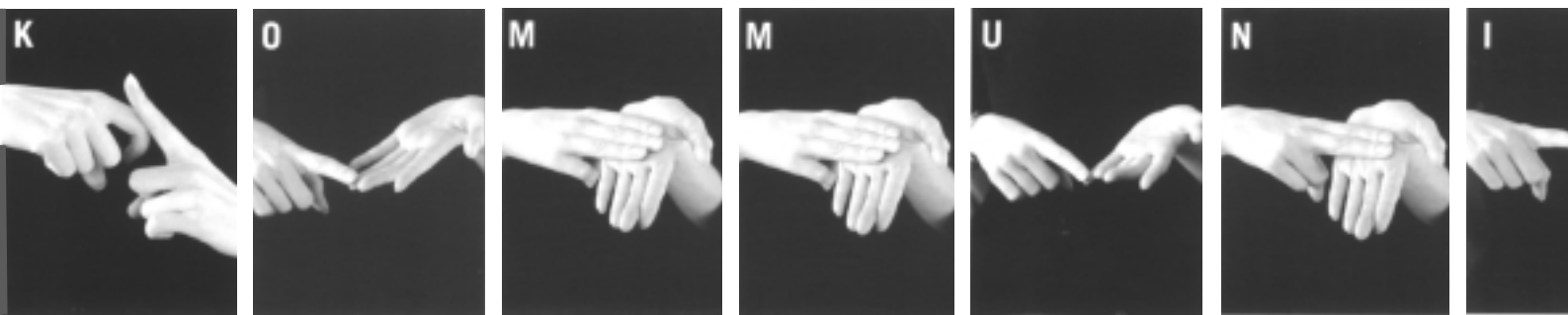
Schwantes: Wir haben bewusst gesagt, dass Untersuchung und Gespräch Dinge sind, die im Alltag ineinander übergehen und nicht künstlich getrennt werden sollten.

BERLINER ÄRZTE: Warum werden dabei Patienten-Darsteller eingesetzt?

Schwantes: Zunächst natürlich, weil wir Situationen wiederholbar machen wollen, ohne dass dadurch die Belastung für Kranke zu groß würde. Es gibt aber auch einen anderen Grund: Gerade an einer Uni-Klinik haben die Kranken oft schon eine lange Patientenkarriere hinter sich. Sie sind erfahren in einer solchen Situation. Sie glauben zu wissen, was Arzt oder Student erwarten, und signalisieren: „Hier sind meine Beschwerden, jetzt sind Sie dran. Sagen Sie mir, was ich wann einnehmen soll!“ Die auf Partnerschaft abzielende Frage „Was meinen Sie dazu?“ ruft da eher Verwunderung hervor. Bei den Simulationspatienten ist das etwas anders, aber auch sie sind natürlich bewusst so geschult, dass sie erst auf Aufforderung hin von ihrem persönlichen Hintergrund berichten.

BERLINER ÄRZTE: Ganz ehrlich: Haben Sie bei all dem nicht auch die Erfahrung gemacht, dass einzelne Studenten für die Kommunikation mit den Patienten nicht „begabt“ und ungeeignet sind?

Schwantes: Natürlich gibt es sehr unterschiedliche Einstellungen, vielleicht auch Charaktereigenschaften. Manche sind schon als junge Erwachsene sozial sehr kompetent, andere weniger. Aber dass jemand überhaupt nicht geeignet wäre für den Umgang mit Patienten, habe ich noch nicht erlebt. Was da gefordert ist, das kann man lernen. Wir wollen, dass bestimmte Grundfertigkeiten da sind, deshalb sind diese Lerninhalte obligatorisch.



einverstandensein des Patienten bewirkt, was dann als Non-Compliance bezeichnet wird, und es führt möglicherweise auch zum „Ärzte-Hopping“.

Balintgruppen erweitern die Perspektive

Wenn der Arzt solche Erfahrungen mit sich herumschleppt, wenn sie sich häufen und er keine innere Distanz gewinnen kann, droht der berühmte Burn-out. Es lohnt sich schon deshalb auch für „gestandene“ Ärzte, in Balintgruppen über diese Probleme zu reden. Dort stellen Ärzte aller Fachrichtungen Fälle vor, die für sie schwierig sind und sie aktuell belasten. „Jeder präsentiert sich im geschützten Rahmen sehr persönlich als Arzt und Mensch, danach soll er sich innerlich zurücklehnen. Die anderen übernehmen vorübergehend mit ihren freien und assoziativen Kommentaren den Fall“, erklärt Dr. med. Christine Torge-Decker, Ärztin, Psychoanalytikerin und langjährige Balintgruppen-Leiterin in Steglitz. „Es ist erstaunlich, dass die Gruppe dabei manchmal auch zutreffende Details beisteuert, von denen der Vorsteller gar nicht gesprochen hat.“ Wenn mehrere subjektive Wahrnehmungen zusammenkommen, kann sich das Bild des Patienten erheblich ändern. Dem Arzt, der ihn vorgestellt hat, kommt er hinterher oft gar nicht mehr so schwierig vor, weil er womöglich auf einen neuen Lösungsansatz gebracht wurde. Oder, weil er Hinweise bekam, wie er sich künftig besser gegen überzogene Erwartungen abgrenzen kann. Das praxisnahe Fortbildungskonzept, das Schwantes zusammen mit Kollegen

entwickelte, wurde mit Bedacht „gesundheitsorientierte Gesprächsführung“ getauft – gemeint ist damit das Wohlbefinden von Patient und Arzt. Zehn Prozent der Charité-Assistenzärzte neh-

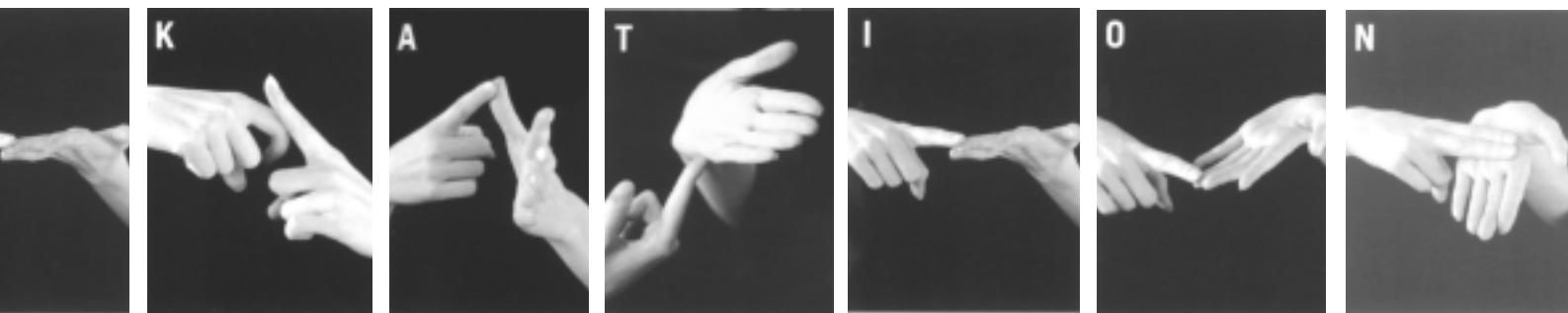
men das Fortbildungsangebot bereits wahr, das hier auch zur Lehr-Qualifikation in „Gesprächsführung“ dient, schätzt Schwantes. Im Krankenhaus ist zwar ein Team da, das sich die Betreu-

Einblick durch den Hausbesuch

Der Ärztin wird es ganz schlecht, als sie in der Ambulanz des Krankenhauses die dicke Akte der „Neuen“ vor sich liegen sieht. Die Patientin, die wegen ihrer unerträglichen Kopfschmerzen ein Rezept für ein codeinhaltiges Schmerzmittel geradezu einfordert, war schon bei unzähligen Ärzten. Zuletzt stellt sie auch noch die Frage: „Wollen Sie von jetzt an meine Ärztin sein? Ich mag Sie lieber als den letzten Arzt, bei dem ich war.“ Eine Reihe engmaschiger, nervenaufreibender Konsultationen folgt. Die Patientin fordert nicht nur ihr Rezept für das codeinhaltige Mittel, sie klagt auch über hohen Blutdruck und zwingt die Ärztin, ihre „fehlerhaften“ Messungen zu wiederholen.

Die Patientengeschichte, die im Januar-Heft der „Annals of Internal Medicine“ (Band 142, Nummer 2, 18. Januar 2005) erzählt wird, trägt den Titel „A Home Visit“. Denn es ist ein Hausbesuch, der bei der Ärztin Verständnis weckt: Die nervige Patientin, so lernt sie dort, lebt mit ihrem alkoholkranken Mann in einer winzigen Wohnung, hat kaum soziale Kontakte und ist durch Panikattacken sogar daran gehindert, ihren wenige Straßen weiter wohnenden Sohn samt Enkelkindern zu besuchen. Bei den nächsten Konsultationen in der Ambulanz ist dann nicht mehr Kopfweh das einzige Thema.





ung des „schwierigen“ Patienten teilt. Dafür erleben alle angehenden Mediziner dort zum ersten Mal die Interaktion mit den Kranken; meist in der klassischen asymmetrischen Variante zwischen einem Bettlägerigen und einem oder mehreren Stehenden im weißen Kittel.

Optimierung durch offene Fragen

„Sie glauben gar nicht, wie viele Missverständnisse und Konflikte auch in einer ganz normalen Arzt-Patienten-Kommunikation aufkommen, die beide hinterher sogar als einigermaßen gut bewerten“, sagt Kommunikationswissenschaftler Nagel. In ärztlichen Fortbildungen zur Gesprächsführung sollten seines Erachtens drei Themenbereiche behandelt werden:

- Der Aufbau einer positiven und vertrauensvollen Beziehung zwischen Arzt und Patient,
- das Erreichen und Absichern der Verständigung über (für beide Gesprächspartner) wichtige Inhalte und
- die Klärung des Anliegens des Patienten und der Umgang mit den – unter Umständen differierenden – Interessen von Arzt und Patient.

Ziel ist ein solides „Arbeitsbündnis“. Dazu gehören klare Grenzziehungen. Schwantes, der neben seiner Lehrtätigkeit als Allgemeinmediziner in Brandenburg praktiziert, bekennt sich zwar zur Grundannahme, dass es keine simulierenden Patienten gibt. Das sei aber noch kein Grund, die gewünschte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ein-

fach auszustellen oder ein Rentenbegehren zu unterstützen. Die Alternative kann in einem offenen Gesprächsangebot bestehen: „Ich habe den Eindruck, dass Ihnen das wichtig ist. Ich verstehe aber noch nicht ganz, was.“ Die Frage an den Mann, der es wegen seiner Angst vor Darmkrebs schon bei mehreren Kollegen erreicht hat, immer wieder koloskopiert zu werden – ohne Befund – lautet eher: „Zu welchen Ergebnissen haben Ihre eigenen Überlegungen schon geführt?“

Die „Hauptklage“ – eine Nebelkerze?

Der berühmte amerikanische Kardiologe und Friedensnobelpreisträger Bernard Lown warnt, sich allein auf die „Hauptklage“ eines Patienten zu konzentrieren. Oft sei sie für den Patienten lediglich „so etwas wie die Eintrittskarte zu einer Theatervorstellung“. Wenn er dank dieses Tickets seinen Konsultationswunsch legitimiert hat, ist er vielleicht auch bereit, über tiefer liegende Sorgen zu sprechen. Die Sprache vom Koloskopie-Wunsch auf die Krebsangst und vom Rentenbegehren auf die schwierige Situation in der Firma zu bringen, könnte eigentlich als fachlich-kommunikationstechnische Herausforderung begriffen werden. Warum ruft die Vorstellung vom „schwierigen Patienten“ trotzdem eher Abwehr und Fluchttendenzen hervor?

„Eine schwierige Operation gemeistert zu haben, darauf ist doch jeder Chirurg stolz“, sinniert Schwantes. Das schwierige Gespräch dagegen wird – nicht nur pekuniär – unterbewertet. Unter

den Ärzten in den USA kursiere ein „zynischer Aphorismus“, erzählt Lown: „Wenn alles andere versagt, dann unterhalte dich mit dem Patienten.“ Selbst wenn der nicht Nietzsche heißt, kann das etwas bringen.

Adelheid Müller-Lissner
Medizinjournalistin

Buchtipps zum Thema

Luc Isebaert (Hrsg.):
Kurzzeittherapie.
Ein praktisches Handbuch.
Thieme 2005

Thomas Ripke:
Patient und Arzt im Dialog. Praxis der ärztlichen Gesprächsführung.
Thieme 1994

Linus Geisler:
Arzt und Patient. Begegnung im Gespräch.
Pharma-Verlag 1987

Torsten Haferlach:
Das Arzt-Patient-Gespräch.
Ärztliches Sprechen in Anamnese, Visite und Patientenaufklärung.
Zuckschwerdt Verlag 1994
(vergriffen)

Bernard Lown:
Die verlorene Kunst des Heilens.
Anleitung zum Umdenken.
Suhrkamp Taschenbuch 2004

Trisha Greenhalgh (Hrsg.):
Narrative-based Medicine –
Sprechende Medizin.
Huber 2005

Harte Diskussion um Hinterbliebenenrenten

Bericht von der Delegiertenversammlung am 2. März 2005

Ohne eindeutiges Stimmungsbild endete eine Diskussion in der Delegiertenversammlung, die sich hauptsächlich mit der Einführung einer Hinterbliebenenrente für eingetragene homosexuelle Lebenspartner beschäftigte (siehe auch Heft 3/2005). Eigentlich ging es um eine umfassende Satzungsänderung der Berliner Ärzteversorgung. Doch die meisten Innovationen waren unstrittig. Nicht so der künftige Umgang mit der Witwenrente. Soll die Ehe oder eher das „Kinder haben“ in der Hinterbliebenenversorgung berücksichtigt werden? Eine gesellschaftspolitische Grundsatzdebatte im Ärzteparlament.

Von Sybille Golkowski

Doch zunächst zum Ausgangspunkt. Die Satzung der Berliner Ärzteversorgung ist dringend überarbeitungsbedürftig. In erster Linie muss sie europarechtlichen Vorgaben zur Verbesserung der Migrationsmöglichkeiten in der EU angepasst werden. Und bei dieser Gelegenheit sollten noch andere, schon länger diskutierte Rechtsangleichungen, Neuerungen und kleinere redaktionelle Änderungen eingearbeitet werden. Der zeitliche Fahrplan hierfür sah ein zweistufiges Verfahren vor. Nach einer Debatte in der Delegiertenversammlung sollte spätestens im April über die Satzungsänderung abgestimmt werden. Ob das so eingehalten werden kann, ist angesichts des Diskussionsverlaufs am 2. März fraglich. Nur in einem Punkt ist Eile geboten: Die partielle Rückerstattungsmöglichkeit von Beiträgen, die in bestimmten Fällen bei Ausscheiden aus dem Versorgungswerk bislang nach § 16 der Satzung auf Antrag möglich war, muss bis zum 30.6.2005 aus der Satzung herausgenommen werden. Geschieht dies nicht, würden die Berliner Ärzte die Möglichkeit verlieren, ihre Beiträge zum Versorgungswerk steuerlich als Sonderausgaben geltend zu machen. Da das keiner will, wird vermutlich eine Teilsatzungsänderung im April vorgezogen, um diese Gefahr abzuwenden.

Vizepräsident Elmar Wille, der Vorsitzende des Verwaltungsausschusses der Ärzteversorgung, stellte den Delegierten

zu Beginn des Abends zunächst die wesentlichen Änderungen vor:

- Der Verwaltungsausschuss übernimmt vom Aufsichtsausschuss die Zuständigkeit für Immobilienanlagen. Das „Vier-Augen-Prinzip“ wird auch in Fragen der Immobilienanlagen eingeführt.
- Die Außenvertretungsbefugnis soll von Präsident und Vizepräsident der Kammer künftig auf den Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses und dessen Stellvertreter übergehen, die stärker ins laufende Tagesgeschäft des Versorgungswerkes eingebunden sind und dadurch gut „im Stoff stecken“.
- Die so genannte „Ausländerklausel“ soll wegfallen. Bislang durften nur deutsche Staatsangehörige, EU-Ausländer und Inhaber einer unbefristeten Berufserlaubnis in der Berliner Ärzteversorgung Mitglied werden. Mit der Satzungsänderung hätten künftig alle ausländischen, in Berlin arbeitenden Ärzte die Möglichkeit, in das Berliner Versorgungswerk einzutreten.
- Das „pro-rato-temporis-Prinzip“ soll eingeführt werden. Wenn bei Eintritt eines Berufsunfähigkeitsfalls mehrere Anwartschaften bei mehreren Rententrägern bestehen, teilen sie sich die Rente im Verhältnis der im je-



weiligen Sicherungssystem zurückgelegten Versicherungszeiten.

- Die 45-Jahres-Grenze bei der Aufnahme von Neumitgliedern soll auf 60 Jahre angehoben werden. Damit passt sich das Versorgungswerk den EU-Vorschriften zur Erleichterung einer freizügigen Migration im Europäischen Wirtschaftsraum an.
- Ein freiwilliges Verbleiben im Berliner Versorgungswerk wird für Ärzte, die mit dem Job auch die Kammer wechseln müssen, nicht mehr möglich sein. Seit dem Stichtag 1.1.2005 besteht jeweils Pflichtmitgliedschaft im Versorgungswerk des Tätigkeitsortes (wir berichteten). Diese Neuerung wurde nun auch in die Satzung eingearbeitet. Daraus ergibt sich am Ende des Arbeitslebens bei häufigen Wechseln der Kammern eine Art „Patchwork-Rente“, die sich aus Ansprüchen bei verschiedenen Versorgungswerken zusammensetzt.
- Künftig soll es eine Wartezeit von einem Jahr für den Anspruch auf Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente geben. Bislang bestand im Bedarfsfall sofort nach Eintritt ins Versorgungswerk auch voller Anspruch auf diese Leistung.
- Als Satzungsänderung wurde ferner vorgeschlagen, künftig auch für nichteheliche Lebenspartner (eingetragene homosexuelle Lebenspartnerschaften sowie nicht eingetragene Lebenspartner) eine Hinterbliebenenrente einzuführen.

- Ferner wurde vorgeschlagen einen Ledigenzuschlag von 10 bis 20 % auf die Altersrente einzuführen.

Bis auf die letzten beiden Punkte wurden alle geplanten Satzungsänderungen von der Delegiertenversammlung ohne weitere Diskussionen zur Kenntnis genommen. Klar konzentrierte sich die Debatte auf die Hinterbliebenenrente für außereheliche Lebenspartner. Dabei wurde fast ausschließlich auf eingetragene homosexuelle Lebenspartnerschaften eingegangen. Die zweite Idee (sie geht auf den Vorschlag einer Ärzteinitiative zurück und wird von der Fraktion Gesundheit unterstützt), auch über Rentenzahlungen für Hinterbliebene aus nichteingetragenen Lebenspartnerschaften nachzudenken, wurde nicht weiter vertieft. Dies hat sicher mit der schwierigen Abgrenzungsproblematik zu tun (wie definiert sich „Lebenspartner“, welcher von mehreren nicht-ehelichen Partnern ist letztlich anspruchsberechtigt?, etc.). Außerdem erscheint diese Leistungsausweitung nicht finanzierbar.

Die Delegierten taten sich mit dem Thema sichtlich schwer. Vor allem deshalb, weil gesellschaftliche Veränderungen die Hinterbliebenenversorgung generell (ob ehelich oder nichtehelich) in ein neues Licht rücken. Ausgeklammert ist hier die Waisenrente, über die es keinerlei Diskussion gab. Doch die Witwen-/Witwerrente steht aus der Sicht vieler Delegierter auf dem Prüfstand. Diese war ursprünglich als sozialer Schutz gedacht, der durch Kindererziehungszeiten lange nicht berufstätige Ehepartner nach dem Tod des „Familienernährers“ absichern sollte. Angesichts vieler kinderloser Ehen und oft durchgängiger Erwerbsbiografien von Männern und Frauen sehen viele Delegierte diesen ursprünglichen Gedanken ad absurdum geführt. Insofern wurde die Idee einer Ausweitung der Anspruchsberechtigten sehr kritisch kommentiert.

Zahlreiche Delegierte argumentierten denn auch, dass nicht das „Verheiratet sein“, sondern eher das „gemeinsam Kinder haben“ der Sinn einer Hinterbliebenenunterstützung sein solle. Svea

Keller von der Liste Allianz („Als Mutter hat man per se einen niedrigeren Rentenanspruch, weil man zeitlebens nicht so viel arbeiten kann wie Nicht-Eltern“) und Hans-Peter-Hoffert vom BDA („Ehe braucht keine Solidarität der Gesellschaft, aber Kinder brauchen sie“) argumentierten in diese Richtung. Ähnlich dachte auch Kammerpräsident Günther Jonitz („Wir müssen Familien und Nachwuchs fördern“) und Matthias Albrecht („Familie ist da, wo Kinder sind“) beide vom Marburger Bund.

Und noch eine weitere Ehesubvention muss nach Ansicht einiger Delegierter als alter Zopf hinterfragt werden: Bislang wird in der Berliner Ärzteversorgung die Witwen-/Witwerrente nicht mit der selbst erworbenen Rente des Hinterbliebenen verrechnet. Sie wird ihm zusätzlich ausgezahlt, so dass der länger lebende Partner im Witwenstand

oft über zwei Renten verfügt. Die Sinnhaftigkeit dieser großzügigen Praxis müsse kritisch geprüft werden, fordern einige Delegierte, gerade wenn der Kreis der Anspruchsberechtigten noch ausgeweitet wird. Man könnte sich hier an der BfA orientieren, die seit Jahren schon anders verfährt und grundsätzlich alle Rentenansprüche miteinander verrechnet. Carsten Belter (Fraktion Gesundheit), einer der Wortführer für eine Rente für Lebenspartner, schlug vor, ernsthaft über eine solche Verrechnung nachzudenken. Auch Hans-Herbert Wegener (Liste Allianz) und Rüdiger Brandt (Fraktion Gesundheit) unterstützen das. Die rechtlichen Möglichkeiten zu einer solchen Verrechnung seien allerdings minimal, so Jonitz.

Diskutiert wurde auch die Idee, für ledige Mitglieder einen so genannten „Ledigenzuschlag“ von 10 bis 20 % auf die

Rente einzuführen. Das Versorgungswerk ist gerade dabei, dies versicherungsmathematisch durchzurechnen. Mit einem solchen Mechanismus könnten Umverteilungseffekte ausgeglichen werden, die Hinterbliebenenrenten grundsätzlich von den Ledigen hin zu den Verheirateten auslösen. Gerade dadurch, dass die Ledigen in der Großstadt Berlin über 50 % der Mitglieder stellen, könnte eine solche Lösung von vielen Mitgliedern begrüßt werden. Ähnlich praktiziert es übrigens schon heute das Versorgungswerk der Rechtsanwälte, berichtete Vera von Doetinchem de Rande, Juristin im Aufsichtsausschuss. Nach ihrer Einschätzung wird es schwer sein, die Hinterbliebenenrente für eingetragene homosexuelle Lebenspartner

nicht einzuführen. Denn Ende 2004 hat der Gesetzgeber die eingetragenen Lebenspartnerschaften den Ehen juristisch gleichgestellt. § 3 des Grundgesetzes verbietet eine Diskriminierung, die Rente wäre also mit guten Chancen auf dem Klageweg zu erstreiten. Die BfA hat bereits reagiert und die eingetragenen Lebenspartner auch rentenrechtlich den Verheirateten gleichgestellt. Obwohl einzelne Delegierte dafür plädierten, eine Klage abzuwarten, wird in beiden Ausschüssen des Versorgungswerkes schon kaum mehr über das „Ob“, sondern nur noch über das „Wie“ einer solchen Hinterbliebenenrente diskutiert, so Kammerpräsident Jonitz, der auch dem Aufsichtsausschuss vorsitzt. Zudem sei schon eine Klage auf

dem Wege, berichtete Eva Müller-Dannecker von der Fraktion Gesundheit.

Am Ende des Abends war zu diesem Thema dennoch kein eindeutiges Stimmungsbild zu erkennen. Allerdings machten sich zahlreiche Delegierte für eine generelle Satzungsüberarbeitung in puncto Hinterbliebenenrenten stark. Vorstandsmitglied Dietrich Bodenstein zum Beispiel gehörte dazu. „Das sollte ein großer Wurf werden, auch wenn es länger dauert.“ SyGo

Die Berliner Delegierten für den Deutschen Ärztetag finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin www.aerztekammer-berlin.de

P E R S O N A L I E N

Jürgen Hammerstein wird 75

Seinen 75. Geburtstag feiert am 19. April Prof. Dr. med. Jürgen Hammerstein, der frühere Leiter der Gynäkologischen Endokrinologie am Universitätsklinikum Steglitz (heute Charité, Campus Benjamin Franklin). Er ist einer der Pioniere auf seinem Gebiet in Deutschland und hat während seiner aktiven Berufsjahre als einer der „Väter der Anti-Baby-Pille“ maßgeblich zum wissenschaftlichen Verständnis hormoneller Regulationsvorgänge beigetragen.

Neben seiner wissenschaftlichen Tätigkeit engagierte sich Jürgen Hammerstein bis heute in außerordentlicher Weise für die ärztliche Fortbildung in Berlin. Als Geschäftsführer der Kaiserin-Friedrich-Stiftung für ärztliche Fortbildung organisiert er interdisziplinäre Veranstaltungen wie zum Beispiel das alljährlich stattfindende wegweisende Symposium für Juristen und Ärzte. Seine offene und unverbogene Art im Umgang mit Vertretern verschiedenster Fachgruppen prädestinieren ihn für diese Tätigkeit. Nicht zu vergessen sei in

diesem Zusammenhang auch sein Engagement für den regelmäßigen Austausch mit den chinesischen Universitäten Jinan/ Guangzhou und Tongji/Wuhan.

Kluges Wirken im Hintergrund, eine aufmerksame und zugewandte Art, aber auch Beharrlichkeit und Zielstrebigkeit prägen Jürgen Hammersteins berufspolitische Arbeit. Sein Meisterstück – bis heute in der Berliner Ärzteschaft legendär – war die Rückübertragung des historischen Kaiserin-Friedrich-Hauses nach der Wende. Gemeinsam mit Mitstreitern gelang es ihm, das am Robert-Koch-Platz neben der Charité gelegene schöne Gebäude gegen viele politische und bürokratische Widerstände für die ärztliche Fortbildung zurückzugewinnen.

Die berufliche Vita des am 19. April 1925 in Berlin Geborenen war zunächst von zahlreichen nachkriegsbedingten Wechsellagen geprägt. Nach der Rückkehr aus Kriegsdienst und Gefangenschaft studierte er in München, Köln, Heidelberg und Berlin Humanmedizin. 1952 wand-



Foto: privat

te er sich nach Approbation und Promotion jedoch wieder seiner Heimatstadt zu. Nach seiner Pflichtassistentenzeit am Klinikum

Westend und der Facharztweiterbildung an der Universitäts-Frauenklinik in Berlin-Charlottenburg übernahm er schließlich 1964 die Leitung der Abteilung für gynäkologische Endokrinologie am Klinikum Steglitz der Freien Universität Berlin, die er bis zu seiner Pensionierung 1990 inne hatte.

Daneben nahm Jürgen Hammerstein zahlreiche Aufgaben in der akademischen und ärztlichen Selbstverwaltung wahr, so unter anderem als Delegierter in der Ärztekammer Berlin. Für seine Verdienste wurde der Jubilar vielfach ausgezeichnet, unter anderem 1998 mit dem Bundesverdienstkreuz. Wir gratulieren herzlich zum runden Geburtstag und wären froh, wenn es mehr von der Sorte Jürgen Hammersteins gäbe.

Dr. med. Günther Jonitz
Präsident der Ärztekammer Berlin

Einführung einer Rente für nichteheliche Lebenspartner?

BERLINER ÄRZTE 3/2005

Kaum hat es der Kammervorstand erreicht, die Berliner Ärzteversorgung vor dem Zugriff der Pharmaindustrie zu schützen, da strecken andere Geier ihre Klauen aus, um sich an unseren Beiträgen zu bereichern. Während der Kammer-Vizepräsident sachgerecht und vorausschauend argumentiert, begegnen uns bei einem Dr. Belter jene grün-alternativen Begründungen, die man stets erst vom Kopf auf die Füße stellen muss, um zu sehen, dass nicht einmal dann ein Schuh draus wird.

In der Tat: Etliche Regeln des Versorgungswerks sind noch geprägt von den Verhältnissen des 19. Jahrhunderts. Eine Hinterbliebenenrente gab damals der Witwe und den Waisen zumeist die einzige Sicherheit, nach dem Tod des Mannes nicht ins Elend zu fallen. Mittlerweile haben sich die Verhältnisse gründlich verändert. Fast alle Bürger, und so auch die meisten Ärzte und Ärztinnen, beziehen ihre eigene Rente; stirbt der Partner, so erhalten sie zusätzlich die Hinterbliebenenrente: Eine längst obsolet gewordene und deshalb empörende Regelung aus dem 19. Jht., in dem sie zu den bedeutendsten sozialen Fortschritten zählte und natürlich nur für Verheiratete mit oder ohne Kinder gedacht war.

Heute lässt sich eine Hinterbliebenenrente nur noch für jene Partner rechtfertigen, die Kinder erzogen und deshalb keine ausreichende eigene Anwartschaft erworben haben und natürlich für Waisen bis zum Abschluss der Berufsausbildung. Da wir ja im 21. Jht. leben, verkehren Doppelrenten den Sinn eines Versorgungswerks ins Gegenteil, und Renten für beliebige Partnerschaften zerstören es; übrigens auch für allzu viele so genannte Berufsunfähigkeiten. Herr Belter bestätigt auf peinlich-naive Weise die Aussage jenes Jungliberalen, der kürzlich aussprach, was ohnehin bekannt ist: Die Alten leben auf Kosten der Jungen.

Der Kammervorstand sollte die Anregung des Ingenieurs Belter aufgreifen und die Satzung des Versorgungswerks den Erfordernissen des 21. Jhts. anpassen. Nicht nur die Beitragssätze könnten endlich stabilisiert werden und die Beitragszahler endlich angemessenere Anwartschaften erwerben. Die nachwachsenden Ärztegenerationen werden nur noch eine Einrichtung akzeptieren, die dem Sinn eines Versorgungswerks ge-

recht wird. Allzu vielen Rentnern ein Luxusleben: Das werden sie ebenso wenig finanzieren wollen wie dem armen Regierenden Bürgermeister eine Hinterbliebenenrente, falls sein Partner sterben sollte.

Ich appelliere an den Vorstand, mit gleicher Konsequenz wie zuvor, auch jetzt das Versorgungswerk vor Begehrlichkeiten zu schützen die es nur insgesamt zerstören würden, wie dies auch der übrigen gesetzlichen Rentenversicherung droht. Damit könnte die Ärzteversorgung zum Vorbild der LVA/BfA werden anstatt der Politik Argumente zu liefern, sie endgültig der vereinten Deutschen Rentenversicherung einzuverleiben.

Dr. med. Jürgen Keller, 13353 Berlin

Kopfschütteln reicht nicht. Nach der Plünderung der Facharzttöpfe durch die Psychotherapeuten wird nun zum Halali auf die Ärzteversorgung geblasen.

Dabei sollten es die Ärztevertreter im Versorgungswerk besser wissen.

Die Renten werden aus Beiträgen einer Zwangsmitgliedschaft gezahlt. Nicht beitragsgedeckte Leistungen sind im Interesse der Beitragszahler auf zwingende gesetzliche Vorgaben zu reduzieren.

Waiserenten und Kindererziehungszeiten gehören dazu, in Grenzen Witwenrenten, nicht hingegen Leistungen zur kostenfreien Absicherung jeglicher Form privater Lebensgestaltung zu Lasten der Risikogemeinschaft.

Die Auszehrung der gesetzlichen Rentenversicherung durch ausufernde Ansprüche wird uns doch beispielgebend vorgelebt.

Wachsende, nicht beitragsbezogene Rentenleistungen, das Nachversicherungsrecht der Selbstständigen, die unseligen Vorruhestandsregelungen, die Liste ließe sich fortsetzen. Von Adenauer bis Ehrenberg und Nachfolger, aus wahltaktischen oder persönlichen Motiven, alle haben mitgewirkt, ein in seiner Struktur tragfähiges Rentensystem zu ruinieren.

Ärztevertreter sollten die Sicherung der Ärzteversorgung im Auge haben und nicht Partialinteressen bedienen, zumal kein Gesetzesauftrag vorliegt.

Für sozialreformerische Experimente ist die Ärzteversorgung zu klein.

Dr. med. Wolfgang Renner, 12099 Berlin

Beim IGeLn überzogen

Die Ärztekammer Berlin möchte ihre Mitglieder noch einmal darauf hinweisen, dass beim Anbieten von IGeL-Leistungen nicht in nötiger Weise mit dem Patienten gesprochen werden darf. Im Sprechzimmer darf in keiner Weise Druck ausgeübt werden. Sätze wie „...also Frau G., da sehe ich aber Schwarz. Wenn Sie das nicht durchführen lassen, garantiere ich für nichts mehr“ oder „...wenn Sie das nicht machen und später krank werden, sind Sie selbst schuld“, etc., zerstören das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Zudem sind alle indizierten GKV-Leistungen ohne Einschränkungen in einer Vertragsarztpraxis vorzuhalten. Es verstößt gegen die Regelungen des SGB V, wenn Kassenleistungen plötzlich privat in Rechnung gestellt werden. Auch das Argument, eine Kassenleistung „in besserer Qualität“ oder durch „besondere Geräte“ anzubieten, zählt hier nicht. Indizierte Leistungen der GKV dürfen nicht privat angerechnet werden.

In Grenzfällen an der Schnittstelle zwischen GKV-Leistung und IGeL, ist ein äußerst sorgsamer Umgang mit den IGeLn erforderlich. Um eine solche Schnittstelle handelt es sich zum Beispiel bei Leistungen, die im Falle einer akuten Erkrankung als kurative Leistungen ausdrücklich Bestandteil des GKV-Katalogs sind (Beispiel: Knochendichtemessung nach Spontanfraktur, Glaukomuntersuchung bei diabetischer Retinopathie).

Werden diese Leistungen allerdings als Präventionsmaßnahmen eingesetzt (Beispiel: Knochendichtemessung für Patienten ab 40, Glau-

-IGEL- Individuelle Gesundheitsleistungen-	
IGEL – Leistungen Frauenheilkunde	
• Ultraschall screening bei Krebsvorsorge	49,00
• Zusatzkrebsvorsorgeabstrich	24,00
• HPV- Test (+Laborkosten)	35,00
• Tastuntersuchung Enddarm	20,00
• Brustuntersuchung	15,00
• Sonographie der Mamma	40,00
• Aids- Test	35,00
• Schwangerschaftstest (Urin)	12,00
• Chlamydien- Ausschluss	40,00
• Dreimonatsspritze (+Medikament)	8,00
• Mirena- Einlage	310,00
• Implanon- Einlage	330,00
• Intrauterinpeppar Goldring Medusa	160,00
• Intrauterinpeppar Medusa	150,00
• Örtliche Betäubung bei Intrauterinpeppar	10,00
• Ultraschallkontrolle bei Implanon und Intrauterinpeppar	30,00
• Entfernung eines Intrauterinpeppar	12,00
• Entfernung eines Intrauterinpeppar in Narkose (+Narkosekosten)	50,00
• Entfernung Implanon	30,00
• Prophylaktische Impfung gegen Scheideninfektionen (+Medikamente)	35,00
• Vitaminaufbaukur durch i.v. Inj. (6x) (+Medikamente)	60,00
• Ärztl. Bescheinigung (kurz)	5,00
• Ärztl. Bescheinigung (lang)	20,00
• Ärztl. Gutachten (kurz)	30,00
• Ärztl. Gutachten (lang)	60,00
IGEL Schwangerschaftsvorsorge	
• Vitalitätsuntersuchung des Feten	€
• Nackentransparenz	30,00
• Ultraschalluntersuchung 34. – 38. SSW	35,00
• Baby- Fernsehen	25,00
• Toxoplasmose	30,00
• Listeriose	70,00
	30,00
	30,00

So soll es nicht sein: Listen mit Endpreisen (gesehen in einem Berliner Wartezimmer), die teilweise nicht in der GOÄ übliche Begriffe für IGeL-Leistungen benutzen und auch die Preisbildung nicht erläutern, haben in der Arztpraxis nichts zu suchen. Auch Vorsorgeleistungen, die unter bestimmten Umständen oder generell zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören, dürfen auf solchen Preislisten nicht aufgeführt werden. Hier wären dies zum Beispiel Zusatz-Krebsvorsorgeabstrich, Tastuntersuchung Enddarm, Brustuntersuchung, Sonographie der Mamma oder der Chlamydien-Ausschluss. Individuelle Gesundheitsleistungen sollten patientendifferenziert und individuell genannt werden und müssen nach den Regeln der GOÄ berechnet werden.

komuntersuchung für Patienten ab 40), können sie in der Tat nur als IGeL angeboten werden. Wir bitten in diesen Fällen, im Gespräch mit dem Patienten klar zu erläutern, dass es sich hierbei um eine zwar im Einzelfall wünschenswerte, aber eben eine Zusatzleistung außerhalb des GKV-Spektrums handelt, die der Entscheidung des Patienten nach sorgfältiger und objektiver Aufklärung unterliegt. Die jeweilige Entscheidung des Patienten ist vom Arzt ohne Wertung zu akzeptieren und darf die anderweitige Behandlung in keiner Weise negativ beeinflussen.

Wesentliche Bestandteile des Patientengesprächs sind

- die sachliche Information über den Nutzen/Risiken der IGeL-Leistung;
- eine Information, dass diese Leistung – zum Beispiel als Präventionsleistung –

nicht von der Kasse übernommen wird und deshalb privat in Rechnung gestellt werden muss;

- verbindliche Nennung des Preises der Leistung.

Zudem möchten wir darauf hinweisen, dass für Vorsorgeuntersuchungen keine Praxisgebühr erhoben werden darf. Gegenüber der Ärztekammer Berlin werden diesbezüglich immer wieder Beschwerden vorgetragen, besonders häufig im Bereich der gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen. Weisen Sie den Patienten vor Durchführung einer Vorsorgeuntersuchung bitte darauf hin, dass weitergehende Gespräche und Leistungen nur gegen Bezahlung der Praxisgebühr möglich sind. Die verbreitete Praxis, Vorsorgeuntersuchungen nur nach „Vorkasse“ durchzuführen, verstößt klar gegen die im SGB V festgelegten Regelungen.

Die Ärztekammer Berlin hat als eine der ersten Kammern der Bundesrepublik auf die mit dem Anbieten von IGeL-Leistungen zusammenhängenden Probleme hingewiesen. Bereits 2001 führte sie für niedergelassene Ärzte im Rathaus Schöneberg eine entsprechende Informationsveranstaltung durch. Anlass für unseren jetzigen Hinweis ist ein Brief der Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Helga Kühn-Mengel, in dem diese von den Gepflogenheiten in einer Berliner Gyn-Praxis berichtete.

Eine schwangere Frau habe einen reinen Schwangerschaftsvorsorgetermin wahrgenommen. Die Arzthelferin verlangte jedoch die Praxisgebühr. Auf den Hinweis der Patientin, dass die Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung grundsätzlich von der Praxisgebühr befreit sei, antwortete man ihr, dass man in dieser Praxis mehr anbiete als die übliche Vorsorgeuntersuchung, nämlich die so genannten IGeL-Leistungen. Bei einer neu aufgesuchten Ärztin wurde der Patientin für die Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung ebenfalls die Praxisgebühr abverlangt. Diese wurde schließlich bezahlt, um die anstehende Untersuchung endlich zu erhalten.

Die Patientenbeauftragte der Bundesregierung drückte in ihrem Schreiben

Literaturtipps zum Thema IGeL:

Hess, Renate; Klakow-Franck, Regina; IGeL-Kompendium für die Arztpraxis – Patientengerechte Selbstzahlleistungen rechtssicher gestalten, Deutscher Ärzte-Verlag, 44,95 Euro, 178 S., 3-7691-3172-X

die Sorge aus, dass sich die Ärzteschaft nicht an die gesetzlichen Vorschriften hält und so Patientinnen und Patienten der Zugang zur Vorsorgeuntersuchung nicht wie vorgeschrieben erleichtert wird.

Als Anlage fügte Helga Kühn-Mengel ihrem Schreiben ein Informationsblatt aus der angesprochenen Arztpraxis bei, in dem kommentarlos auch Vorsorgeuntersuchungen, die zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gehören, in die Liste der so genannten IGeL-Leistungen aufgenommen sind. Wir haben das Infoblatt zur Illustration auf der gegenüberliegenden Seite abgedruckt.

Die Red.

Informationsmaterialien der Kammer

Die Ärztekammer Berlin hält folgende Informationsmaterialien zum Thema IGeL vor:

Für Patienten

Wegweiser für gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten.

Für Ärzte

Faltblatt „Hinweise für die Erbringung und Abrechnung vertrags- und privatärztlicher Leistungen bei Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung“.

Beide Faltblätter können, solange der Vorrat reicht, bei der Ärztekammer Berlin bestellt werden:

Ärztekammer Berlin
Friedrichstr. 16, 10969 Berlin
kammer@aekb.de
Tel. 40 80 6-0

Die Broschürentexte finden Sie auch auf der Homepage der Ärztekammer Berlin unter www.aerztekammer-berlin.de (über Schlagwortsuche „IGeL“).

Bestandene Facharztprüfungen

November 2004 bis Februar 2005*

Allgemeinmedizin

Faranak Afsharhamdi	14. Dezember 2004
Dr. med. Alexandra Bernhardt	30. November 2004
Andreas Büsing	16. November 2004
Kerstin Dulce	16. November 2004
Petra Grassow	1. Februar 2005
Dr. med. Marion Heinschel	16. November 2004
Lioba Maria Hornef	30. November 2004
Dr. med. Nicolette Juche	1. Februar 2005
Iris Mellenthin-Fried	30. November 2004
Anne-Dorothea Reichelt	16. November 2004
Dr. med. Karin Schneider-Kahmann	14. Dezember 2004
Dr. med. Judith Maria Simonett	30. November 2004
Dr. med. Sabine Spranger	25. Januar 2005
Christina Stetter	14. Dezember 2004
Dr. med. Martin Wehner	25. Januar 2005
Dr. med. Christiane Wolf	30. November 2004
Nadja Ernst-Zahirovic	1. Februar 2005

Anästhesiologie

Olaf Ahlers	7. Februar 2005
Andrei Beize	3. November 2004
Thomas Bülow	3. November 2004
Dr. med. Frank Grunewald	13. Dezember 2004
Dr. med. Ulrike Hartmann	7. Februar 2005
Dr. med. Beatrice Jahnhorst-Fentz	22. November 2004
Dr. med. Susanne König	22. November 2004
Moritz Korth	7. Februar 2005
Dr. med. Markus Pütter	9. Februar 2005
Dr. med. Uwe Redlich	9. Februar 2005
Brit Schill	7. Februar 2005
Dr. med. Willi Schmidbauer	22. November 2004
Dr. med. Helge Schönfeld	3. November 2004
Dr. med. Katalin Schulze	9. Dezember 2004
Dr. med. Sabrina Skonietzki	13. Dezember 2004
Dr. med. Wolfgang Steudel	13. Dezember 2004
Dr. med. Joachim Unger	13. Dezember 2004
Dr. med. Ólafur Gunnarsson Wendler	3. November 2004
Thorsten Winter	9. Februar 2005

Arbeitsmedizin

Dr. med. Silke Fröhmer	7. Dezember 2004
Dr. med. Ute Kobert	23. November 2004
Dr. med. Bettina Menken	23. November 2004
Dr. med. Ulrike Zeck	7. Dezember 2004

Augenheilkunde

Dr. med. Zacharias Abdel-Rahman Sherif	19. Januar 2005
Kristiane Grunack	24. November 2004
Dr. med. Miriam Nicola Richter	24. November 2004

Chirurgie

Ulf Ackermann	9. November 2004
Dr. med. Chris Braumann	7. Dezember 2004
Oliver Büsenga	7. Dezember 2004
Dr. (ausl.) Pedro Concepción Cruz	7. Dezember 2004
Dr. med. Oliver Haase	9. November 2004
Axel Hannemann	7. Dezember 2004
Hans-Georg Liesaus	7. Dezember 2004
Andreas Reichel	7. Dezember 2004
Dr. med. Max Freiherr von Seebach	9. November 2004
Andrea Thienel	7. Dezember 2004
Klaus Westmeyer	7. Dezember 2004

Diagnostische Radiologie

Dr. med. Johannes Huggle	14. Dezember 2004
Dr. med. Christopher Nauck	14. Dezember 2004

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Jochen Bühl	12. Januar 2005
Dr. med. Gisa Buhrow	16. Februar 2005
Anja Fünfstück	1. Dezember 2004
Cornelia Kempter	1. Dezember 2004
Eroll Ronald Noltze	1. Dezember 2004
Dr. med. Martina Porath	16. Februar 2005
Ina Sanderell	10. November 2004
Dr. med. Annette Schmider-Ross	12. Januar 2005
Dr. med. Antje Sperfeld	10. November 2004
Dr. med. Kathleen Ruth Vocke	1. Dezember 2004
Dr. med. Katharina von Weizsäcker	16. Februar 2005

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Amal Ali	12. Januar 2005
Dr. med. Florian Bethge	12. Januar 2005
Alexander Hrasky	12. Januar 2005

Haut- und Geschlechtskrankheiten

Dr. med. Jeannette Aryee-Boi	10. November 2004
Dr. med. Tanja Fischer	3. Februar 2005
Dr. med. Karin Forschner	3. Februar 2005

Dr. med. Markus Friedrich
Dr. med. Lucie Heinzerling

10. November 2004
3. Februar 2005

Edit Maria Sasvari
Dr. med. Anette Wassner

14. Dezember 2004
15. Februar 2005

Innere Medizin

Dr. med. Anne Bruns
Franz-Heribert Fingerhut
Claudia Graf-Bothe
Jens Hartje
Dr. med. Rainer Koch
Cornelia Kubicek
Dr. med. Matthias Krüll
Dr. med. Holger Lankreck
Dr. med. Lars Meyer
Dr. med. Dirk Müller
Dr. med. Ute Nestke
Dr. med. Sirous Omid
Dr. med. Marcus Quinkler
Dr. med. Christoph Sailer
Dr. med. Harald Schmidt
Dr. med. Christian Schmitt
Tobias Temme
Dr. med. Beate Wobst
Dr. med. Sandra Wolbergs
Thomas Wünsche
Dr. med. Udo Zacharzowsky

24. November 2004
26. Januar 2005
24. November 2004
10. November 2004
26. Januar 2005
1. Dezember 2004
24. November 2004
10. November 2004
26. Januar 2005
10. November 2004
1. Dezember 2004
10. November 2004
10. November 2004
1. Dezember 2004
24. November 2004
10. November 2004
24. November 2004
1. Dezember 2004
1. Dezember 2004
10. November 2004
10. November 2004

Kinder- und Jugendmedizin

Axel Heinig
Juan Carlos Ramirez Henao
Gregor Krings
Dr. med. Christian Peiser
Dr. med. Johannes Roth
Dr. med. Katharina Rützler
Dr. med. Astrid Weber

24. November 2004
24. November 2004
24. November 2004
16. Februar 2005
16. Februar 2005
16. Februar 2005
16. Februar 2005

Laboratoriumsmedizin

Dr. med. Bernd Noack

8. November 2004

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Dr. med. Oliver Schwerdtner

15. Dezember 2004

Neurochirurgie

Dr. med. Ulrich-Wilhelm Thomale

16. Dezember 2004

Neurologie

Dr. med. Michael von Brevern
Dr. med. Thomas Haas
Dr. med. Wassilios Meißner
Dr. med. Konstantin Prass
Dr. med. Josef Pribilla

18. Januar 2005
8. Februar 2005
18. Januar 2005
14. Dezember 2004
14. Dezember 2004

Orthopädie

Dr. med. Katja Baumgart
Dr. med. Carl Sebastian Neisser
Dr. med. Wito Schulze

9. November 2004
9. November 2004
10. November 2004

Pathologie

Dr. med. Kerstin Judith Lehmann
Dr. med. Frank Lippek

30. November 2004
31. Januar 2005

Phoniatrie und Pädaudiologie

Dr. med. Ovidiu König
Dr. med. Jürgen Verges

26. Januar 2005
26. Januar 2005

Psychiatrie und Psychotherapie

Kirstin Hansen

2. November 2004

Psychotherapeutische Medizin

Dr. med. Ulrich Brockhaus
Dr. med. Pinar Grunert

24. Januar 2005
2. November 2004

Strahlentherapie

Dr. med. Andreas Kaiser
Dr. med. Agnes Stephens

9. Dezember 2004
9. Dezember 2004

* Die Liste ist nicht vollständig. Nur die Namen der Ärztinnen und Ärzte, die uns eine schriftliche Einverständniserklärung für den Abdruck gegeben haben, werden in BERLINER ÄRZTE publiziert.

Die Berliner Ärzteschaft trauert um ihre im Jahr 2004 verstorbenen Kolleginnen und Kollegen

	*	†		*	†
Husam Abdul-Sahib	1.7.1941	26.2.	Dr. med. Fritz Masberg	25.4.1924	18.8.
Dr. med. Heinrich Algenstaedt	20.11.1919	9.4.	Prof. Dr. med. Isolde Meinhardt	21.10.1913	29.10.
Dr. med. Doris Baldus	29.10.1935	15.9.	Dr. med. Ursula Mente	18.11.1928	10.8.
Dr. med. Gerhard Bauer	22.11.1950	24.12.	Dr. med. Rainer Meyer-Wendecker	27.11.1946	28.6.
Dr. med. Horst Bauer	7.3.1923	30.3.	Dr. med. Ruth Minden	20.8.1935	3.3.
Dr. med. Ruth Beer	28.1.1925	18.7.	Prof. Dr. med. Wolfgang Mosler	6.12.1918	20.3.
Julia Beinhoff	25.5.1951	2.4.	Dr. med. Joachim Müllauer	5.6.1913	30.6.
Dr. med. Wolfgang Bischoff	25.12.1949	7.12.	Dr. med. Ilse Müller	24.4.1914	12.8.
Dr. med. Ilse Bittermann	2.9.1912	9.8.	Peter Nothnagel	6.3.1940	16.7.
Priv.-Doz. Dr. Dr. med. Wolf-R. Bluth	9.5.1941	25.12.	Dr. med. Bruno Nowack	29.10.1911	27.8.
Dr. med. Horst Bodenburg	3.9.1940	30.10.	Gerit Obrikat	26.4.1970	2.9.
Wolfgang Morris Borchardt	30.7.1948	25.6.	Dr. med. Hans-Siegfried Otto	22.2.1917	26.5.
Helga Buttke	11.9.1920	23.9.	Prof. Dr. med. Dietrich Pellnitz	31.10.1913	13.3.
Dr. med. Joachim Büntzel	24.8.1919	28.4.	Dr. med. Gerhard Pietschmann	30.1.1924	23.2.
Dr. med. Rosa Coutelle	4.6.1907	16.6.	Dr. med. Kurt Pochhammer	22.8.1920	18.8.
Dr. med. Ilse Crass	30.1.1922	4.1.	Prof. Dr. univ. med. Milan Pospisil	30.6.1925	2.2.
Dr. med. Tarek Dzinaj	30.4.1962	9.5.	Dr. med. Konrad Raschke	20.8.1924	21.7.
Dr. med. Gerhard Düntsch	22.8.1921	1.4.	Helge Rasmussen-Bonne	31.7.1943	26.7.
Dr. med. Petra Emmerlich-Heil	15.3.1946	3.2.	Hella Rebel	21.6.1946	11.8.
Dr. med. Walter Falk	16.10.1917	4.10.	Dr. med. Ruth Rieh	28.3.1924	15.9.
Dr. med. Brigitte Fleck	25.9.1912	3.7.	Dr. med. Erika Rintelen	27.6.1925	15.10.
Dieter Flügge	7.11.1939	8.3.	Dr. med. Jutta Rosenkranz	24.9.1922	1.10.
Dr. med. Ursula Focken-Kielhorn	24.9.1947	13.1.	Prof. Dr. med. Stefan Rosewicz	13.8.1960	20.5.
Dr. med. Thomas Förster	23.9.1962	13.1.	Dr. med. Gisela Saager	1.4.1925	15.11.
Karen Gaida	17.9.1975	7.7.	Dr. med. Guenther Sattelkau	8.3.1930	25.5.
Dr. med. Marie-Theres Gerland	30.5.1922	8.4.	Dr. med. Ferdinand Saynisch	22.3.1917	4.3.
Dr. med. Bernhard Goepel	12.4.1920	5.6.	Renate Schellenberger	2.10.1941	23.2.
Ursel Grill	15.10.1940	12.5.	Fritz Schieckel	22.10.1912	28.3.
Prof. Dr. med. Wolfgang Groher	7.12.1933	19.11.	Dr. med. Elisabeth Schilde	5.1.1919	4.5.
Dr. med. Dieter Grosse-Schönepauck	8.6.1922	12.3.	Dr. med. Hans-Jürgen Schmeling	6.8.1928	24.11.
Gernot Gödl	11.3.1941	28.4.	Dr. med. Dorothea Schmidt	23.8.1920	17.7.
Dr. med. Wilhelm Ernst Göpel	12.7.1924	16.7.	Dr. med. Frank Schubert	7.7.1946	2.3.
Dr. med. Annemarie Hallert	24.4.1924	5.2.	Dr. med. Hans-Joachim Schuch	29.4.1926	9.7.
Alexander Hehn	30.3.1975	14.9.	Dr. sc. med. Dietrich Schumacher	25.4.1931	6.8.
Rudy Heller	11.1.1950	28.9.	Dr. med. Gisela Schurig	10.3.1934	19.3.
Prof. Dr. med. Hans Hochrein	17.12.1928	28.4.	Dr. med. Christa Schwarzlose	14.4.1925	14.12.
Harry Hoffmann	27.2.1922	27.5.	Dr. med. Marieluise Schäfer	6.3.1907	6.3.
Dr. med. Gerhard Hoffmann	31.12.1930	29.4.	Dr. med. Werner Schütz	26.4.1922	27.9.
Dr. med. Fritz Hofmann	10.1.1921	5.5.	Ursula Semmler	22.7.1922	14.6.
Dr. sc. med. Herwarth Horn	17.11.1924	15.11.	Prof. Dr. med. Joachim Serfling	24.1.1913	10.7.
Richard Hoyer	30.7.1917	8.5.	Dr. med. Eva Siewert	14.2.1917	18.11.
Dr. med. Christel Hässener	3.12.1933	30.8.	Dr. med. Heinz Spengler	8.3.1917	6.11.
Rudolf Jaksch	14.3.1941	8.3.	Marga Stenzel	24.5.1934	4.9.
Dr. med. Kurt Janzik	1.4.1911	31.5.	Dr. med. Wolfgang Strecker	27.12.1918	30.6.
Dr. med. univ. Karl Jarolimek	14.3.1909	19.4.	Dr. med. Rita Streich	8.2.1950	13.8.
Priv.-Doz. Dr. med. Gerhard Karkut	27.5.1927	17.3.	Dr. med. Christa Stötzel	25.12.1929	18.3.
Dr. med. Joachim Karwasz	9.9.1916	10.12.	Hildegard Teske	17.9.1936	17.4.
Dr. med. Gerd Keil	30.1.1949	12.6.	Dr. med. Jürgen Ueberhorst	2.10.1927	4.2.
Dr. med. Margarete Klingbeil	21.8.1915	21.2.	Dr. med. Herbert Walter	9.11.1924	23.11.
Dr. med. Rainer Kniebel	19.10.1944	15.4.	Dr. med. Herbert Wandt	14.10.1921	8.7.
Dr. med. Magda Krause	22.5.1906	30.5.	Dr. med. Karin Wecker	28.6.1945	25.4.
Dr. med. Kurt Krückemeyer	22.10.1913	25.10.	Dr. med. Werner Weigel	3.6.1919	8.10.
Udo Köhler	9.9.1963	21.2.	Sandra Will	8.5.1972	8.6.
Dr. med. Jürgen Lembcke	12.2.1935	25.3.	Dr. med. Ekkehart Wolf	15.10.1940	1.3.
Dr. med. Wolfgang Lock	22.4.1935	14.3.	Dr. med. Hans-Ulrich Ziebarth	7.8.1911	22.7.
Dr. med. Dieter Loreck	27.10.1937	17.3.			

Zum Tode von Jochen Sachse

Dr. med. Jochen Sachse, einer der wichtigsten Wegbereiter der Manuellen Medizin in der DDR ist tot. Er starb nach langer Krankheit am 6. Januar 2005 im Alter von 74 Jahren in Berlin.

Sein Leben begann am 7.11.1931 in Halle, der Stadt, in der er aufwuchs und studierte. Das Medizinstudium schloss er 1957 an der Martin-Luther-Universität Halle ab. An deren Klinik für Neurologie und Psychiatrie absolvierte er die Weiterbildung zum Facharzt und arbeitete anschließend bis 1969 in diesem Haus. Die Tatsache, dass er Neurologe war, hat wohl seine Aufmerksamkeit für das funktionelle Denken in der Manuellen Medizin sensibilisiert, denn 1958 begann er die Weiterbildung in Manueller Therapie.

Frühzeitig stellte er Kontakte zur Prager Schule her. Sie gaben dann der Manuellen Medizin in der DDR ihr eigenes Gepräge. 1969 wechselte er aus gesund-

heitlichen Gründen zur Kraus'schen Klinik an die Charité und erwarb dort 1972 zusätzlich den Facharzt für Physiotherapie. 1975 trat Jochen Sachse in die Funktion des Chefarztes am Institut für Physiotherapie in Berlin-Friedrichshain ein. 1988 zwang ihn seine angeschlagene Gesundheit zur Aufgabe. Als Schulleiter der nach der Wiedervereinigung gegründeten Ärztevereinigung für Manuelle Medizin wirkte er aber bis 1998 weiter.

Die Zahl seiner Veröffentlichungen ist beträchtlich und verrät eine frühe Festlegung auf wissenschaftliche Arbeit an der Nahtstelle von Neurologie und Orthopädie. Besonders verdienstvoll war seine Mitwirkung bei der Übersetzung fremdsprachiger Lehrbücher ins Deutsche.

Wir beklagen den Verlust einer großen Persönlichkeit, die den Mut und die Kraft hatte, ihre moralischen und ethischen Grundsätze auch wirklich zu leben. Die



Foto: privat

Manuelle Medizin hat einen Lehrer verloren, der unsere Schule begründete und mit aller ihm eigenen Beharrlichkeit gegen Übergriffe jed-

cher oder anderer Gesellschaften, auch gegen Kleinmut unter uns, verteidigte und wie kaum ein anderer die Manuelle Medizin in Deutschland mitgeformt und mitbestimmt hat.

Jochen Sachse hinterlässt uns verpflichtend sein Werk und gleichzeitig eine Riesenlücke in unserer Gemeinschaft, die sich nur sehr langsam schließen wird. Wir werden uns seiner immer mit größtem Respekt vor seiner Leistung und mit unendlich viel Sympathie für einen Lehrer und Freund erinnern, der uns nicht nur Wissen, sondern auch Haltung vermittelt hat.

Dr. med. Hermann Tlusteck,
Dr. med. Karla Schildt-Rudloff

Stellenwechsel? Umzug? Neuer Name?

Ändert sich Ihre Adresse, Ihr Arbeitgeber oder Ihre Tätigkeit?
Dann schicken Sie bitte dieses Formular ausgefüllt an:

**Ärztekammer Berlin
– Meldestelle –
Friedrichstraße 16**

10969 Berlin

Familienname, Vorname:

NEUE DIENSTANSCHRIFT

Bezeichnung der Dienststelle:

Straße:

PLZ: Ort:

Telefon:

Genaue Dienstbezeichnung:

Namensänderung:

Promotion/Habilitation am:

NEUE PRIVATANSCHRIFT:

Straße:

PLZ: Ort:

Telefon:

Nachruf für Bernd Schönberger

Plötzlich und unerwartet starb am 30. Januar 2005 Professor Dr. med. Bernd Schönberger im Alter von 61 Jahren, der langjährige Leiter der Kinderurologie an der Charité/Mitte.

Bernd Schönberger wurde in Angermünde/Brandenburg geboren und beendete 1968 sein Studium der Humanmedizin an der Humboldt-Universität zu Berlin.

Nach der Promotion begann er seine urologische Ausbildung 1968 am Städtischen Krankenhaus im Friedrichshain Berlin unter Leitung von Prof. Dr. Moritz Mebel. Schon damals galt sein besonderes klinisches Interesse der Kinderurologie und den damit verbundenen klinischen, diagnostischen und therapeutischen Verfahren. Seine chirurgische Ausbildung erfolgte an der Chirurgischen Klinik des Krankenhauses Angermünde. 1973 wurde er Facharzt für Urologie.

Neben dem wissenschaftlichen Interesse an der Kinderurologie beschäftigte er sich in den folgenden Jahren intensiv mit dem Einsatz nuklearmedizinischer Untersuchungsverfahren zur urologischen Diagnostik und Verlaufskontrolle bei organerhaltenden Nierenoperationen, ein Gebiet, auf

dem er 1982 habilitierte. Im gleichen Jahr wechselte Bernd Schönberger vom Krankenhaus im Friedrichshain an die neu entstandene Urologische Universitätsklinik der Charité. Hier wurde er Oberarzt und leitete die Kinderurologie der Klinik und Poliklinik für Urologie an der Charité.

Nach der Wiedervereinigung Deutschlands 1990, die auch für die Charité und die Urologische Klinik Veränderungen mit sich brachte, wurde Bernd Schönberger kommissarischer Leiter der Urologischen Klinik.

Die Berufung von Prof. Dr. Stefan Loening auf den Lehrstuhl für Urologie der Charité führte neben der Intensivierung der fachlichen und wissenschaftlichen Zusammenarbeit mit den Kindernephrologen zu weiteren neuen Aufgaben. Im Rahmen der Fusion mit der Urologie am Virchow-Klinikum oblag Bernd Schönberger die nicht ganz leichte Aufgabe der organisatorischen Vorbereitung und Durchführung dieses Prozesses. 1996 wurde er zum außerplanmäßigen Professor ernannt.

Höhepunkt seiner langen fachlichen und wissenschaftlichen Laufbahn war die Berufung auf eine C4-Stiftungsprofessur für Kinderurologie und Kin-



dernierentransplantation zum 1. Januar 2005. Seine Zielstellung war es, gemeinsam mit seinen Mitarbeitern dieser Subspezialisierung

unseres Faches eine Zukunft zu bieten und die wissenschaftliche und klinische Basis dafür weiter auszubauen. Diese Bestrebungen fanden durch seinen Tod ein jähes Ende.

Begabung und Ideenreichtum machten seine Arbeit kreativ und originär. Grafiken, Zeichnungen und Skizzen von seiner Hand haben zur Anschaulichkeit und zum Verständnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen von der Fachzeitschrift über die Monografie bis zum Lehrbuch beigetragen. Wissenschaftliche Veranstaltungen waren nicht nur inhaltlich, sondern auch gestalterisch von seinem sicheren Duktus geprägt.

Wir verlieren mit Bernd Schönberger einen engagierten Hochschullehrer, einen loyalen und hoch geschätzten Kollegen und treuen Freund und die Patienten einen hervorragenden Arzt.

Prof. Dr. med. Hans Martin Guddat
Prof. Dr. med. Severin Lenk
Prof. Dr. med. Stefan A. Loening
Prof. Dr. med. Dietmar Schnorr

F O R T B I L D U N G

Infarkt- und Insult-Prävention

Was am besten wirkt

Wer ist besonders gefährdet? Nützt die Eduktion einzelner Risikofaktoren? Welche medikamentösen und nichtmedikamentösen Maßnahmen senken das Gesamtrisiko? Wird der Effekt der Statine überschätzt? Wie bedeutsam sind die Unterschiede zwischen ihnen? Antworten auf diese praxisrelevanten Fragen bekam man beim 29. Interdisziplinären Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“, das die Bundesärztekammer in diesem Jahr zum ersten Mal statt in Köln in Berlin veranstaltete.

Alle hatten die Sortis-Affaire im Hinterkopf, denn dieser Teil des Forums hieß „Risikoevaluation und arzneitherapeutische Optionen in der kardiovaskulären Prävention“. Verantwortlich war die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Ihr Vorsitzender Bruno Müller-Oerlinghausen versicherte, man habe das Thema nicht aus tagespolitischem Anlass, sondern wegen seiner enormen gesundheitspolitischen Bedeutung gewählt. Natürlich

kamen die Statine auch zur Sprache, aber ihr Stellenwert relativierte sich im Laufe der Diskussion erheblich. Denn:

1. ... bringt es wenig, einzelne Werte zu senken. Man sollte daher keine Risikofaktoren-Kosmetik betreiben, sondern das Gesamtrisiko betrachten. Um es für den einzelnen Patienten so differenziert wie möglich zu ermitteln, ist der Procam-Risiko-Score (abgedruckt z.B. in den Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission „Koronare Herzkrankheit“) ebenso nützlich wie leicht zu handhaben, woran sein Schöpfer Gerd Assmann (Münster) erinnerte. Danach bewertet man mit bestimmten Punktzahlen Alter, systolischen Blutdruck, Rauchen, Diabetes, familiäre Belastung sowie LDL-HDL-Cholesterin und Triglyzeride.

Die Blutuntersuchungen kann man beim ersten Screening sogar weglassen und dafür den body mass index erheben, sagte Assmann. Auch so ließen sich 90 Prozent der Hochrisikopatienten herausfiltern. Deren Risiken gezielt anzugehen, sei sinnvoller als allen „massenhaft Statine zu verordnen“. Auf eine Schwachstelle des Tests wies Wilhelm Niebling (Titisee) hin, obwohl der Score Compliance-fördernd in seinem Wartezimmer hängt: Er vernachlässigt den Hauptrisikofaktor Alter, denn er endet bei 65 Jahren – weil Assmann seine große Procam-Studie mit Arbeitnehmern machte.

2. ... spielen für Primär- wie Sekundärprävention Änderungen des Lebensstils die Hauptrolle, sagte Müller-Oerlinghausen. Er erinnerte an die schockierend hohe Zahl von elf Millionen Diabetikern und jährlich über 100 000 Tabaktoten in Deutschland. Rauchen, Fehlernährung, Alkoholmissbrauch, Bewegungsmangel: Diese Risikofaktoren durch Einwirkung aufs Verhalten zu reduzieren, werde „in Zukunft eine größere Domäne ärztlicher Tätigkeit sein als die Ärzteschaft vielleicht ahnt“.

3. Bringt Verhaltensänderung nicht genug, dann brauchen die Hochrisikopatienten Medikamente. Man muss den Blutdruck und die Blutfette senken, den Diabetes behandeln, vielleicht die

Blutgerinnung beeinflussen (z.B. mit ASS). Vor allem müssen die Hochdruckpatienten vollständig erfasst und konsequent behandelt werden. Wie Manfred Anlauf (Bremerhaven) als Ergebnis von Studien mitteilte, lässt sich die Rate kardiovaskulärer Ereignisse durch ausreichende Blutdrucksenkung (wodurch auch immer) um ein Drittel reduzieren. Kalziumantagonisten verhüten eher Insulte, ACE-Hemmer eher Infarkte; Saluretika, die vor allem Älteren nützen, würden bei uns viel zu wenig verordnet. Enttäuscht hätten die Angiotensin II-Blocker, die nur für einige Patienten indiziert seien.

4. Statine senken zwar nachweislich das LDL-Cholesterin – als Beleg zählte Gerald Klose (Bremen) entsprechende Studien auf; ob aber ihr – geringer – Nutzen auf der Lipidsenkung beruht oder auf anderen Eigenschaften, ist umstritten, wie dieses Symposium zeigte. Überdies werde dieser Nutzen, so Müller-Oerlinghausen, „massiv überschätzt“. Warum, erläuterte Frank P. Meyer (Magdeburg): Die Pharmafirmen ließen generell die Ergebnisse der von ihnen finanzierten Studien in Form der „Relative Risiko-Reduktion (RRR)“ mitteilen, was eindrucksvolle, aber völlig irreführende Erfolgszahlen ergebe.

„Zauberformel des Betrugs“

Sogar im Deutschen Ärzteblatt fand Meyer dafür viele Beispiele, etwa dieses zur Heart Protection Study HPS (im DÄ 2004; 101/38: C 2064): Durch Simvastatin (40 mg/d) werde im Vergleich zu Placebo „eine hochsignifikante (25 Prozent)...Reduktion der erstmaligen Schlaganfallereignisse“ erzielt; laut Meyer eine bewusste oder unbewusste, jedenfalls umsatzfördernde Irreführung. Denn der unbefangene Leser nimmt an, dass jeder vierte Patient profitiere. Die absolute Risikoreduktion beträgt aber nur 1,4 Prozent (Insulte unter Placebo: 5,7% minus 4,3% unter Simvastatin), und die davon abgeleitete Number needed to treat 71 (100:1,4). Das heißt, es müssen 71 Personen behandelt werden, um einen einzigen Schlaganfall hinauszuschieben. (Zum Vergleich

wurde in der Diskussion die Number needed to treat beim Nikotinenzug genannt: Sieben.) Anlauf sprach von der relativen Risikoreduktion als der „Zauberformel des lizenzierten Betrugs, mit der wir von der Industrie hinters Licht geführt werden“ und rief dazu auf, sie „immer wieder auseinanderzunehmen“ (was BERLINER ÄRZTE seit langem tut).

Die unfrisierten Ergebnisse der anderen großen Statin-Studien erwiesen sich als ähnlich mager. Meyer schloss daraus, Statine hätten zwar für etwa ein bis fünf Prozent der Patienten einen „gewissen therapeutischen Nutzen“, der aber so gering sei, „dass es möglich ist, im Rahmen des therapeutischen Gesamtkonzeptes für den einzelnen Patienten Prioritäten zu setzen, Nebenwirkungen und Kontraindikationen zu bedenken, Interaktionen zu beachten und Compliance-Probleme zu berücksichtigen“.

All dies relativiert die aktuelle Diskussion über mögliche Unterschiede zwischen den einzelnen Statinen. Assmann und Klose kritisierten die Festbetragsregelung, weil sie solche Unterschiede ignoriere. Atorvastatin (Sortis) wird ein geringeres Risiko für schwere Nebenwirkungen (Myopathien) bei höherer Dosierung zugeschrieben. Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, die auch den Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen berät, stellt aber fest, dass weder für die Primär- noch für die Sekundärprävention (bei Titration auf vergleichbare Serumlipidwerte) „eine überlegene Wirksamkeit von Atorvastatin nachgewiesen ist“, teilte Müller-Oerlinghausen mit.

Das stimmt mit der Auswertung der Statinstudien durch das Kölner-Universitäts-Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie überein. Sie zeigte, dass Populationen und Endpunkte dieser Studien zu heterogen sind, um daraus die Überlegenheit eines Statins gegenüber einem anderen ableiten zu können.

Rosemarie Stein

Robert Gernhardt, Thumorist

Wollte immer schnell
abtreten.
Bin wohl bestimmt zum
Weilen:
Wie soll denn den,
der so langsam vergeht,
jemals das Ende ereilen?

Als Robert Gernhardt im Sommer 2002 mit der Diagnose Darmkrebs konfrontiert wurde, hatte er eigentlich nicht die Absicht, auch dieser Krankheit „einen Gedichtkranz zu winden“. Sechs Jahre vorher hatte er sich mit hundert Siebenzeilern in „Herz in Not“ seine Bypass-Operation und was ihr voranging und folgte von der Seele geschrieben und damit ein Stück vom Leibe gehalten.

Nun also folgten doch „Die K-Gedichte“, erschienen 2004 bei S. Fischer, diesmal fünfzigteilig, denn „der Krieg, der zieht sich etwas hin“, um mit Brecht zu reden. K wie Krieg? Auch das: Sieben Sonette zum Irak-Krieg enthält das Buch tatsächlich, im zweiten Teil. Und im ersten greift dieser mündige Patient vollmundig ironisierend mehrmals den militanten Jargon („Kampf dem Krebs!“) auf, der in der Onkologie Usus ist: „...Mein Körper Feindesland/
ist abgefüllt mit Kriegs-Chemie...“

Aber auch die gut gemeinten Phrasen der Gesunden sind Gegenstand eines Gedichts: „Was sagt man dem, der's nicht mehr packt?/Man kommt nicht weit mit ‚Halt dich steif‘,/Man fährt nicht gut mit ‚Das gibt sich‘...“. Diese Hilflosigkeit und die tiefe Kluft zwischen Gesunden und Kranken hatte der Dichter und Zeichner Robert Gernhardt (geboren 1937 in Reval, bekannt geworden ursprünglich als Satiriker der „Neuen Frankfurter Schule“) schon lange vor den Herz- und den Krebsgedichten thematisiert; zum Beispiel in der „Krankengeschichte“ (im 1986 erschienenen Erzählband „Kippfigur“).

Jetzt also die K-Gedichte – K wie Krankheit, K wie Krebs. Daraus las Gernhardt im Kaiserin-Friedrich-Haus, auf Einladung der Ärztekammer Berlin

(deren Präsident während der Nachtdienste immer „Reim und Zeit“ in der Jackentasche trug), gemeinsam mit SEKIS und der Berliner Krebsgesellschaft.



Foto: Sven Paustian

Deren Vorsitzender Klaus-Peter Hellriegel verglich die dichterische Krankheitsbewältigung des Heine-Preisträgers Gernhardt mit jener des – ihm seelen- und stilverwandten – Romantikers, der die letzten acht Lebens- und Leidensjahre in der „Matratzengruft“ verbrachte und seine Krankheit zum Tode in Worte fasste.

„Wir müssen versuchen, die Krebskranken aus ihrer Passivität herauszubringen“, sagte der Onkologe Hellriegel zu Beginn der Lesung – zufällig am Vorabend der ersten, für alle offenen Krebskonferenz. „Wer aktiv mit der Herausforderung umgeht, hat bessere Chancen.“ Dann muss Gernhardt ausgezeichnete haben, zumal er kein verbissen-verkrampfter „Krebskrieger“ ist, sondern seinen Humor angesichts der Krankheit genauso behielt wie der quinquilierende Vogel angesichts des Katers bei Wilhelm Busch.

An die grimmige Komik von Buschs Knittelversen erinnern Gedichte wie „Krankheit als Chance, heute: beim Hosenkauf“ – weil endlich mal alle

Hosen passen: „...Die Gesunden sind zumeist/selbst im Grabe rund und feist,/während wer an Krebs erkrankt,/
peu à peu per se verschlankt...“

„Krankheit als Schangse“ heißt ironisch der – einem an Krebs gestorbenen Freund gewidmete – Hauptteil des

K-Gedichtbandes. Er enthält auch sehr ernste und doch wie mit leichter Hand hingeworfene Lyrik, geprägt von Krankheitserfahrung und Vergänglichkeitsreflexion. Zum Beispiel:

Exempla docent

Beim Tomatenpflücken bleibt
Mein Hemd an einer Stange
hängen und reißt.
Ritsch.

Beim Ausziehen bleibt
mein Blick am Etikett des Hemdes
hängen und liest: „Eternal.“
Ratsch.

Robert Gernhardt galt lange als Humorist, Parodist und Satiriker in Wort und Bild. Das stimmt immer noch, aber das ist nicht alles. In der Laudatio zur Verleihung des Heinrich Heine-Preises sagte Michael Maar von ihm: „Er ist ein Rigorist der Wahrheit. Die Wahrheit ist das Ätzmittel und Gift, das man von der Arznei kaum unterscheiden kann.“

Rosemarie Stein

Änderung der Satzung über die Berliner Ärzteversorgung

Veröffentlicht im Amtsblatt für Berlin am 31.12.04, Nr. 61, Seite 4023

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin hat in der Sitzung am 29. September 2004 folgende Änderungen der Satzung über die Berliner Ärzteversorgung in der Fassung vom 26. Januar 1994 (ABl. 1995, S. 2659), zuletzt geändert am 17. Oktober 2001 (ABl. 2002, S. 318) beschlossen:

1. In § 1 Absatz 3 wird die Formulierung „§ 4 Abs. 2“ durch „§ 4 b Abs. 2-5“ ersetzt.
2. In § 6 Abs. 5 erhält Buchstabe a) folgende Fassung:
„Angehörige der Ärztekammer Berlin, die aufgrund einer vom Gesetz angeordneten oder auf Gesetz beruhenden Verpflichtung Mitglied einer berufsständischen Versorgungseinrichtung außerhalb des Landes Berlin geworden sind und ihre Mitgliedschaft aufrechterhalten, wenn mit dieser Einrichtung ein

Überleitungsabkommen nach § 31 Abs. 1 besteht und diese Einrichtung die Fortführung der Mitgliedschaft mit einkommensgerechten Pflichtbeiträgen vorsieht. Die Zahlung lediglich freiwilliger Beiträge an eine andere Versorgungseinrichtung stellt keinen Befreiungsgrund dar.“

3. In § 24
 - a) entfällt Absatz 1.
 - b) wird in Abs. 2 Satz 1 die Formulierung „derjenigen Mitglieder, für die die besondere Versorgungsabgabe gemäß §§ 21, 22 maßgebend ist,“ gestrichen.
 - c) werden die bisherigen Absätze 2-6 zu den Absätzen 1-5.
 - d) erhält der bisherige Absatz 6, jetzt Absatz 5 folgende Fassung:
„Eine Rückzahlung von überzahlten Versorgungsabgaben ist auf Antrag

innerhalb von 3 Monaten ab Zugang der Abrechnung möglich. Nach Fristablauf gilt ein Guthaben als rentenwirksame Beitragszahlung.“

4. In § 39 wird folgender Absatz 23 angefügt:
(23) Die Satzungsänderung aufgrund der Beschlüsse der Delegiertenversammlung der 11. Wahlperiode der Ärztekammer Berlin vom 29.09.2004 treten zum 01.01.2005 in Kraft.

Nach § 10 Abs. 2 i.V. mit § 14 Abs. 1 des Berliner Kammergesetzes in der Fassung vom 4. September 1978 (GVBl. S. 1937, 1980), zuletzt geändert durch § 10 des Gesetzes vom 15. Oktober 2001 (GVBl. S. 540), genehmigt.

Berlin, den 10. Dezember 2004
Senatsverwaltung für Gesundheit,
Soziales und Verbraucherschutz

ausgefertigt:
Berlin, den 20. Dezember 2004

gez. Dr. Jonitz Präsident	gez. Dr. Wille Vizepräsident
------------------------------	---------------------------------

BERLINER ÄRZTE

4/2005 42. JAHRGANG

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin,
Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Herausgeber:

Ärztekammer Berlin
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-0
E-Mail: presse@aekb.de

Redaktion:

Dipl. pol. Sybille Golkowski (v.i.S.d.P.)
Eveline Piötter (Redaktionsassistentin)

Redaktionsbeirat:

Dr. med. Günther Jonitz
Dr. med. Elmar Wille
LMD Dr. sc. med. Manfred Dückert
Daniel Sagebiel

Anschrift der Redaktion:

Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-1600/-1601, FAX -1699
Titelgestaltung: Sehstern/Berlin

Für die Richtigkeit der Darstellung der auf den vorstehenden Seiten veröffentlichten Zuschriften wissenschaftlicher und standespolitischer Art kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die darin geäußerten Ansichten decken sich nicht immer mit denen der Herausgeber der Zeitschrift. Sie dienen dem freien Meinungsaustausch unter der Ärzteschaft und ihr nahestehender Kreise. Nachdruck nur mit Genehmigung. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zulässigen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar.

Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruener-Straße 62,
04107 Leipzig
Telefon 0341 710039-90, FAX -99
Internet: www.leipziger-verlagsanstalt.de
E-Mail: info@leipziger-verlagsanstalt.de

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Melanie Bölsdorff, Silke El Gendy
Anzeigenverwaltung Berlin/Brandenburg:
Götz & Klaus Kneiseler, Uhlandstraße 161, 10719 Berlin
Telefon 030 88682873, Telefax 030 88682874
Druck und Weiterverarbeitung: Druckhaus Dresden GmbH,
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Die Zeitschrift erscheint 12mal im Jahr jeweils am 1. des Monats. Sie wird von allen Berliner Ärzten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft zur Ärztekammer bezogen. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedspreis abgegolten. Nichtmitglieder können die Zeitschrift beim Verlag abonnieren. Der Jahresbezugspreis (12 Ausgaben) beträgt im Inland € 61,40 (einschließlich Versand), Patenschaftsabonnement Berlin-Brandenburg € 40,90 (einschließlich Versand). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 4,20 zzgl. € 2,50 Versandkosten.
Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 5 vom 01.01.2005.

Die Leipziger Verlagsanstalt GmbH ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse Medizinischer Zeitschriften e.V.

ISSN: 0939-5784