

## Es brodelt an der Charité



Foto: Archiv

### Dr. med. Werner Wyrwich

*... ist Unfallchirurg an der Charité und Vorstandsmitglied der Ärztekammer Berlin*

Das die Charité bis 2010 zu ihrer 300-Jahr-Feier ein Leuchtturm der Lebenswissenschaften sein wird, glaubt der Vorstandsvorsitzende, Professor Detlev Ganten. Sie hat das Potenzial, weltweit ganz vorn mitzumischen: „Jedes Jahr einen Nobelpreisträger“, konnte man in der Presse lesen. Wenn die Wissenschaftler ihre Preisgelder ohne Protest als Beitrag zur Sanierung der Charité abtreten würden, wäre das gut. Obwohl es angesichts der Finanzlage nur ein „Tropfen auf den heißen Stein“ wäre. Den Nobelpreisträgern bliebe Ruhm und Ehre sowie die Option, vom Leuchtturm der Lebenswissenschaft aus in die weite Welt hinaus zu strahlen.

Leuchttürme dienen als Navigationshilfen, sollen vor Gefahren warnen und stehen deshalb an exponierten oder gefährlichen Stellen. Wer einen Leuchtturm baut, braucht primär eine breite und tragkräftige Basis – ob es die an der Charité gibt? Die Reichweite des Leuchtfuers hängt von der Turmhöhe, der Qualität der Optik und der Leuchtkraft der Lichtquelle ab. Und damit von Investitionen. Ohne sichere Basis darf der Bau nicht hoch werden, Sparen an der Bauausführung begrenzt die Reichweite.

Aber auch die Wetterlage ist wichtig. Und die ist in Berlin nicht gut: Mit Hickhack um Standort- oder Finanzierungsfragen bei Charité und Vivantes, politischer Einflussnahme und differieren-

den Aussagen der Senatoren Flierl, Sarrazin und Knake-Werner sowie unterschiedlichen Zielvorstellungen von Fakultät, Geschäftsführung, Aufsichtsrat und Senat boomt die Gerüchteküche.

Das im Februar 2005 vorgelegte Unternehmenskonzept „Charité 2010“, das Baukosten am Leuchtturm von 212 Mio. Euro auswies, ist bereits überholt, sorgte aber mit knallhart kalkulierten Löhnen, Verlängerung der Arbeitszeit und anderen Einschnitten für lauten Unmut an der Basis. Nicht Leuchtturm, sondern „Luftschloss Charité“ stand auf den Transparenten der protestierenden Ärzte beim Ärztetag.

Wer gebaut hat weiß, dass Baukosten durch Unplanbares stets zu niedrig bemessen sind. Die DRG-Basisfallwerte wurden abgesenkt, sie blieben mit einem Fehlbetrag in zweistelliger Millionenhöhe weit hinter der Kalkulation zurück. Nun rächt sich, dass Ärzte ihre Arbeit jahrelang bundesweit durch geleistete aber nicht vergütete Überstunden „verbilligt“ haben. Die Kalkulation zu den DRGs basiert auf den Ist-Zahlen, nicht auf den Sollte-Zahlen. Das Arbeitszeitgesetz steigert die Personalkosten ab 2006 um weitere Millionen, weil Bereitschaftsdienst als Arbeitszeit gewertet und bezahlt werden muss. Gegen „identifizierte Einsparpotenziale“ beim Personal gab es erbitterten Widerstand der Gewerkschaften und Mitar-

beiter. Auch hier klappt eine Finanzlücke in zweistelliger Millionenhöhe, und nun wird über betriebsbedingte Kündigungen nachgedacht.

Die von Professor Ganten gewünschte „Offenheit und Transparenz“ findet sich in offenen Briefen ohne Zeichen von Corporate Identity: Forschende Professoren zerreißen die Sparpolitik und das Personalkonzept des Vorstands und warnen vor einem „brain-drain“. Assistenten aller Campi organisieren sich gegen interne Missstände, Personalabbau, 30-Tage-Verträge und Gehaltsinbußen. Sie sprechen erstmals und campusübergreifend von Streik. Der ehemalige Prodekan für Forschung hat bereits getan, worüber mancher an der Charité noch nachdenkt: Er hat dem Leuchtturm den Rücken gekehrt und hat sich nach Göttingen verabschiedet.

Die Tarifverhandlungen sind inzwischen wieder aufgenommen worden, doch die Zeichen stehen auf Sturm. Bleibt zu hoffen, dass die brodelnde See nicht am Fundament des Leuchtturms nagt, damit er nicht „ins Wasser fällt“. Das wäre schade für die Nobelpreisträger...

Ihr

## TITELTHEMA .....

Ungeschützter Sex mit oft wechselnden Partnern ist bei jungen Mädchen unter 18 gar nicht so selten wie man denkt. So kommt es nicht nur zu einer steigenden Zahl von Teenager-Schwangerschaften, sondern auch Geschlechtskrankheiten machen die Runde – leider oftmals unerkannt. Rund 5 bis 10% der Berliner Schülerinnen unter 18 Jahren weisen eine Chlamydieninfektion auf, ohne davon zu wissen, so eine jetzt abgeschlossene Studie. Das Ergebnis ist vor allem deshalb alarmierend, weil die Infektion unerkannt und verschleppt zu Infertilität führen kann.

Von Christine Klapp, Gisela Gille,  
Klaus Diedrich und Axel-Peter Schäfer .....15



## MEINUNG .....

**Es brodelt an der Charité**

Von Werner Wyrwich .....3

## BERLINER ÄRZTE aktuell .....6

**Zunahme der Lyme-Borreliose**

Mitteilungen aus dem Robert-Koch-Institut .....11

## BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK .....

**Neue Weiterbildungsordnung noch einmal geändert.**

Bericht von der Delegiertenversammlung am 22. Juni 2005.

Von Sybille Golkowski .....20

**Ein offenes Ohr – der neue Ombudsmann**

Ab sofort gibt es in der Ärztekammer Berlin einen Ombudsmann für die Weiterbildung. Dr. med. Udo Schagen

wurde mit großer Mehrheit in dieses Amt gewählt.

Von Sybille Golkowski .....21

**Die Praxis darf kein Laden werden**

Hersteller von Nahrungsergänzungsmitteln sprechen Ärzte oftmals gezielt an, ob sie sich nicht mit dem Verkauf von Produkten in ihrer Praxis etwas dazuverdienen wollen. Die Ärztekammer rät: Hände weg, denn die Berufsordnung verbietet den Handel in der Praxis.

Von David Bethin und Martina Jaklin .....23

**Ökonomischer Wettbewerb duldet keine Barmherzigkeit**

Die Dankrede von Jürgen Hammerstein zur Verleihung der Paracelsus-Medaille.

.....25

## PERSONALIEN .....

**In Memoriam Karl-Otto**

Habermehl .....12

**Zum 80. Geburtstag**

von Gert Specht .....22

Dieter Janz wurde 85 .....26

**Bestandene Facharztprüfungen**

März bis Juni 2005 .....27

## FEUILLETON .....

**Die Charité verkauft ihr Tafelsilber**

Die finanzielle Not zwingt die Charité, sich von zahlreichen geschichtsträchtigen Liegenschaften zu trennen. Viele Gebäude sind dabei, die nicht nur architektonisch reizvoll, sondern auch medizinhistorische Schauplätze von Rang sind.

Von Rosemarie Stein .....30

## MITTEILUNGEN .....

**Änderungen der Satzung über die Berliner Ärzteversorgung** ....31

**Impressum** .....38

## Fortbildung

### Gutachter-Kurs zu psychischen Traumafolgen

Nach dem durchschlagenden Erfolg der bisherigen Kurse bietet die Kammer eine weitere Fortbildung zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen an. Sie findet in zwei Teilen an folgenden beiden Herbst-Wochenenden statt:

**Samstag/Sonntag,  
22./23. Oktober 2005**

**Samstag/Sonntag,  
26./27. November 2005.**

Die Fortbildung vermittelt die Standards zur Begutachtung psychotraumatisierter Menschen, die Ärztekammer, Psychotherapeutenkammer und Behandlungszentrum für Folteropfer entwickelt haben.

Der Kurs versetzt die Teilnehmer in die Lage, kompetente Fachgutachten in aufenthaltsrechtlichen Antrags- und Klageverfahren zu erstellen.

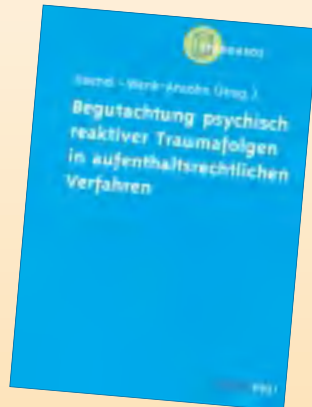
Jeder von ihnen muss zudem drei Gutachten erstellen, die fachlich supervidiert werden. Nach erfolgreicher Teilnahme können die Absolventen in die Liste der Fachgutachter aufgenommen werden, die die Kammern den Verwaltungsgerichten und Behörden diesbezüglich zur Verfügung stellt. Die Kursgebühr beträgt 360 Euro.

Informationen und Anmeldung bei Frau Maier und Frau Andresen-Langholz, Tel. 40 80 6-1301/-1303.

### Fachbuch zum Thema

Im Beltz-Verlag erschienen ist kürzlich das Buch „Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren“. Es orientiert sich eng an der curriculären Fortbildung der Bundsärztekammer und stammt aus der Feder der Berliner Ärzte Dr. Ferdinand Haenel und Dr. Mechthild Wenk-Ansohn.

Beide arbeiten am Behandlungszentrum für Folteropfer, Ferdinand Haenel ist zudem Dozent der o.g. kammereigenen Fortbildung. Das Buch (298 Seiten, broschiert) kostet im Buchhandel 29,90 €, ISBN 3-621-27571-1, Beltz-Verlag/Weinheim.



### Protestkundgebung der Krankenhausärzte am 5. August

Der Marburger Bund ruft gemeinsam mit den Assistentensprechern der Unikliniken alle Ärztinnen und Ärzte an Deutschlands Krankenhäusern und Universitätskliniken zu einer Großkundgebung auf. Sie findet statt am 5. August in Berlin und ist Abschluss einer bundesweiten Protestwoche.

**Wann:** Freitag, 5. August 2005, fünf Minuten vor 12 Uhr

**Wo:** Protestkundgebung am Invalidenpark (an den Bundesministerien für Wirtschaft und Verkehr, Invalidenstraße/Ecke Schwarzer Weg). Danach Protestzug vor den Tränenpalast. Dort – voraussichtlich – „Auswandern der Ärzte“ symbolisch per Schiff.

Die Ärzte fordern bessere Arbeitsbedingungen, weniger Bürokratie und eine zeitgemäße

Vergütung. In vielen Universitätskliniken führen Arbeitszeitverlängerungen und Streichungen beim Urlaubs- und Weihnachtsgeld im Schnitt zu Einkommenseinbußen von 15 Prozent.

Anfang Mai 2005 hatten sich rund 5000 Ärzte an Streiks und Demos in Universitätskliniken beteiligt. In Häusern, in denen Tarifverhandlungen laufen, sind echte Streikaktionen zwar nicht zulässig, wohl aber Protestaktionen.

Weitere Informationen zu den Ärzteprotesten finden Sie im Internet unter <http://www.marburger-bund.de/bundesverband/aktuelles/tariffpolitik/proteste/index.html>

*Unser Bild entstand auf einer Ärztedemo im Jahr 2000.*

bue

*News der Nachbarn*

## Was tut sich in Warschau ?

Die Ärztekammern Berlin und Warschau wollen sich künftig regelmäßig austauschen. Aus diesem Anlass wurde eine kleine Rubrik in BERLINER ÄRZTE vereinbart, in der wir berichten, was sich in der Partnerärztekammer so alles tut.

Hier die erste Nachricht der polnischen Kollegen: In der Warschauer Ärztekammer laufen gerade die Vorbereitungen für die Wahlen. Im ersten Schritt, den die Kammer jetzt beendet hat, stellt die Wahlkommission die Wahlkreise vor. Danach werden die Namen der Ärzte, die zu den jeweiligen Wahlkreisen gehören, ins Internet gestellt.

Innerhalb der folgenden zwei Wochen können die Wähler ihre Angaben korrigieren und ggfs. ihren Wahlkreis ändern. In Warschau wird ein Delegierter von 50 Ärzten gewählt.

Wegen der vielen zu erledigenden Formalitäten finden Sitzungen des Rates der Landesärztekammer derzeit mindestens einmal im Monat statt. Auf der letzten Sitzung ging es vor allem darum, die Regeln einer Arbeitskommission zu akzeptieren, die die Angebote verschiedener Firmen für den Bau des neuen Gebäudes der Ärztekammer analysiert. Bis jetzt wurde der Standort bestätigt, das Grundstück gekauft und die

architektonische Planung der zukünftigen Ärztekammer abgeschlossen.

In geheimer Wahl hat man 10 Kandidaten für eine Auszeichnung für besondere gesellschaftliche Verdienste benannt. Unter ihnen befinden sich Namen, die nur den Ärzten bekannt sind,

aber auch der von Professor Zbigniew Religa. Der Chirurg ist Direktor des Instituts, das erstmals in Polen eine Herztransplantation durchführte, und kandidiert gegenwärtig als Nachfolger des Staatspräsidenten Kwasniewski.

*Dr. n. med. Krzysztof Schreyer*





# Kammer-Logo

## Kennzeichnung von Bezeichnungen auf Arztschildern



Nach der neuen Berufsordnung in der Fassung vom 30. Mai 2005 (Amtsblatt für Berlin S. 1883) können Ärzte die nach Weiterbildungsordnung bei einer Ärztekammer erworbenen Bezeichnungen mit einem

Ärztekammer-Logo und dem Zusatz „Zum Führen berechtigt“ kennzeichnen (§ 27 (4) BO). Damit soll eine Unterscheidung zwischen den von der Ärztekammer nach der Weiterbildungsordnung vergebenen Bezeichnungen und anderen erlaubten Ankündigungen (Spezielle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, sonstige nach öffentlich-rechtlichen Vorschriften erworbene Qualifikationen) gewährleistet werden.

Zu diesem Zweck stellt die Ärztekammer Berlin ihren Mitgliedern über ihre Homepage eine printfähige Vorlage ihres Logos zur Verfügung. Es handelt sich bei diesem Logo um eine geschützte Marke, eingetragen beim Deutschen Patentamt unter der Nr. 30323787. Die Kammer berechtigt ausschließlich ihre Mitglieder zur Verwendung dieses Logos und dies ausschließlich zum Zwecke der Nutzung als Kennzeichnung von Bezeichnungen nach der Weiterbildungsordnung im geschäftlichen Verkehr (Zusatz an Bezeichnungen nach der WBO auf Arztschildern, Visitenkarten, Briefbögen, Internetseiten).

Die unbefugte Nutzung des Logos durch nicht berechtigte Personen und/oder eine Nutzung außerhalb der hier beschriebenen Zweckbindung wird nach § 143 MarkenG strafrechtlich verfolgt.

Unsere Mitglieder finden das Logo unter [www.aerztekammer-berlin.de](http://www.aerztekammer-berlin.de) im Kapitel "Weiterbildung", "Logo zur Kennzeichnung führbarer Bezeichnungen nach WBO".

# Ausbildung

## Wer spendet ein Sonografie-Gerät?

Die studentische AG Sonografie der Charité Campus Mitte sucht einen großzügigen Spender, der ihr kostenlos ein noch funktionstüchtiges, aber nicht mehr gebrauchtes Sonografie-Gerät überlässt. Bislang verfügte die AG über zwei solcher Geräte, eines ist nun kaputt gegangen. Da die Reparaturkosten den Neupreis bei weitem übersteigen würden, hofft das Tutorium nun dringend auf eine Sachspende.

Kontakt zu den Studenten über die E-Mail-Adresse [agsono@web.de](mailto:agsono@web.de) oder über [Name auf Wunsch des Betroffenen gelöscht]

# Qualitätssicherung

## Ärztekammer Berlin sucht Auditorinnen/ Auditoren für die 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.

Hintergrund: Der Vorstand der Ärztekammer Berlin hat im Jahr 2001 ein „Berliner Konzept“ für die Durchführung der Qualitätssicherung gemäß den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten beschlossen. Das Konzept baut in seinem Vorgehen vor allem auf eine Kultur der gegenseitigen Unterstützung und Beratung im Sinne eines „learn from the best“-Systems auf. Es sieht drei aufeinander aufbauende Elemente vor:

1. externe Audits und interne Selbstbewertungen,
2. regelmäßige jährliche Treffen der Beteiligten zum Austausch und zur Diskussion und Bewertung der Ergebnisse,
3. regelmäßige Fortbildungsangebote.

Der Begriff „Audit“ bezeichnet die Begehung und Überprüfung einer fremden Einrichtung nach

einem vorgegebenen standardisierten Audit-Protokoll. Dabei profitieren sowohl die begangenen Einrichtungen als auch die Auditoren selbst, da sich für beide Seiten Denkanstöße ergeben.

Die Begehungen werden immer von jeweils zwei Auditoren durchgeführt und nehmen 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 pro Jahr ist zu rechnen.

*Wir würden uns über Ihre Mitarbeit sehr freuen!*

Als Auditoren kommen Transfusionsverantwortliche, Transfusionsbeauftragte und Qualitätsbeauftragte in Frage. Die nächste Auditorenschulung findet statt am

**Freitag, 2.12.2005, 13 - 20 Uhr und Samstag, 3.12.2005, 9 - 16 Uhr.**

Informationen und Anmeldung im Referat Qualitätssicherung, Regina Drendel, Tel. 40 80 6-1401 Fax: 40 80 6-551401 E-Mail: [r.drendel@aekb.de](mailto:r.drendel@aekb.de)

# Neu erschienen

## Krankenhausverzeichnis

Das neue Verzeichnis aller Berliner Krankenhäuser ist kürzlich im Amtsblatt für Berlin erschienen. Es bietet auf 44 Seiten eine Übersicht über alle im Land Berlin betriebenen Krankenhäuser – von den kleinsten Privatkliniken bis hin zu den Universitätskrankenhäusern. Im Verzeichnis sind Angaben zu den medizinischen Fachdisziplinen und die Bettenzahlen, sowie Anschriften und Rufnummern der Häuser gelistet. Das Verzeichnis erscheint jährlich.

Es kann online abgerufen werden unter [www.lageso.berlin.de](http://www.lageso.berlin.de) in der Rubrik Gesundheit/Krankenhausaufsicht.

Patientensicherheit

## Fehlermanagement in Berliner Kliniken

Berliner Kliniken verstärken ihre Maßnahmen zum Fehlermanagement. Häufig stehen diese Aktivitäten als Teilbereich des Qualitätsmanagements im Zusammenhang mit einer Zertifizierung, z. B. durch die KTQ (1) oder die Joint Commission (2). Das ergab eine Untersuchung der Online-Redaktion der Ärztekammer Berlin im Mai 2005. Mit Hilfe einer Telefon-Umfrage und Internetrecherchen stellte sie in einer Momentaufnahme die Ergebnisse von 30 zufällig ausgewählten, auskunftsbereiten Krankenhäusern zusammen, darunter 28 öffentliche und freigemeinnützige sowie zwei private.

Elektronische Fehlermeldesysteme sind flächendeckend zurzeit nur in zwei befragten Häusern in Gebrauch. Die Meldungen werden dort jedoch noch nicht elektronisch erfasst. Stattdessen werden Fehlerquellen krankenhausweit zunächst schriftlich gemeldet und dann per Internet an CIRSmedical Schweiz (3) zur Auswertung geschickt. Darüber hinaus haben einige wenige Berliner Kliniken in punktuellen Einzelprojekten erste Erfahrungen mit elektronischen Meldesystemen gemacht.

Grundsätzlich soll das System des so genannten „computerbasierten anonymen Critical Incident Reporting“ eine einheitliche Meldung von kritischen Ereignissen über alle Fachdisziplinen fördern, sie werden analysiert und eine Bearbeitungsstrategie vorgeschlagen. Dabei werden haftungsrelevante Fälle ausgenommen.

In 14 größeren Berliner Kliniken werden gerade computergestützte elektronische anonyme Meldesysteme für "Beinahe-Fehler" aufgebaut. Ärzte und Pflegekräfte sollen kleine und

große Zwischenfälle bekannt geben können, ohne persönliche Sanktionen befürchten zu müssen. Konkret verfügbar sind diese Systeme jedoch noch nicht.

Bereits 15 größere Krankenhäuser verfügen über schriftliche Fehlermeldesysteme per Papierformular. Mitarbeiter melden besondere Vorkommnisse an ihre Vorgesetzten oder an eine zentrale Stelle in der Klinik, was in der Regel auch anonym erfolgen kann. Eine befragte Einrichtung betonte jedoch, dass Fehler und Schäden häufig nicht anonym weitergegeben werden, weil die Betroffenen über die ergriffenen Maßnahmen informiert werden möchten. Die Transparenz darüber, welche Verbesserungen in Bezug auf den gemeldeten Vorfall getroffen werden, ist ein sehr wichtiger Bestandteil dieser Systeme. Sie erhöht die Akzeptanz unter den Mitarbeitern.

Die Auswertung der Beschwerden von Patienten und Mitarbeitern ist in 20 Häusern usus und damit das Instrument, welches zur Zeit am weitesten verbreitet ist. Außerdem befindet sich in vier weiteren Kliniken ein strukturiertes Beschwerdemanagement im Aufbau.

22 Kliniken befragen Patienten nach der Entlassung, ob sie mit der Behandlung zufrieden waren. Neun kleinere Häuser stellen Teambesprechungen und interdisziplinäre Fallbesprechungen als Mittel zur Fehlervermeidung in den Vordergrund. In acht Kliniken ist ein betriebliches Vorschlagswesen bereits etabliert, in zweien wird es gerade eingeführt.

### Internetlinks:

1) Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen: [www.ktq.de](http://www.ktq.de)

2) Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: [www.jcaho.org](http://www.jcaho.org)

3) <https://www.cirsmedical.ch/>

Weitere Informationen zum Thema u.a. über verschiedene

im Internet verfügbare Fehlermeldesysteme, finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin unter [www.aerztekammer-berlin.de](http://www.aerztekammer-berlin.de) im Kapitel Qualitätssicherung/Fehlermanagement. *bue*

### Heft 7/2005

## Richtigstellung

In unserer Meldung über die Preisträger des Hertha-Nathorff-Preises in Heft 7/2005 (Seite 8) ist uns ein Fehler unterlaufen. Wir berichteten vom dritten Preisträger, Dr. Christoph Klose, der zwei Patientengänge einer verhaltenstherapeutischen Reha-Klinik untersuchte.

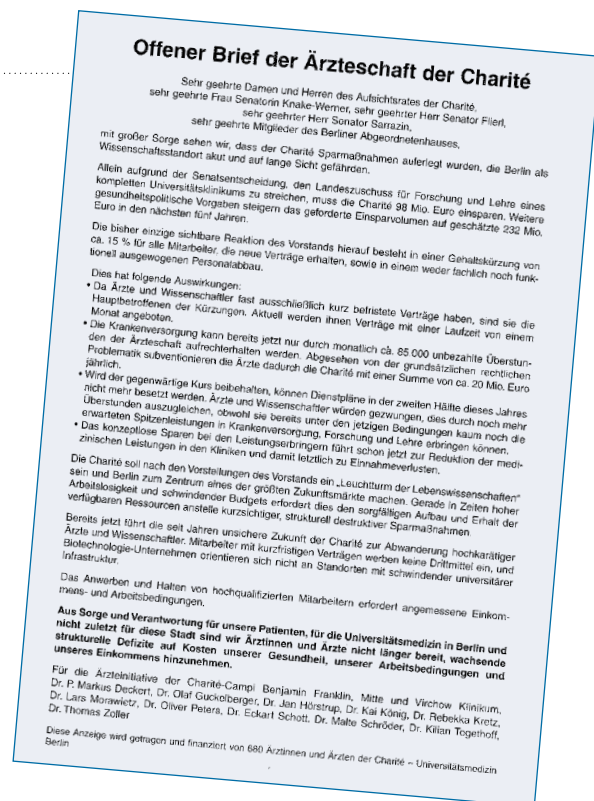
Er wollte wissen, ob psychosomatische Rehabilitation nach ambulanter Vorbehandlung um zwei Wochen verkürzt werden kann. Statt des „um“ hatten wir jedoch versehentlich geschrieben, er untersuche, ob sie „auf“ zwei Wochen zu verkürzen sei. Der kleine Unterschied des „auf“ statt „um“ brachte Klose jede Menge ärgerlicher Nachfragen ein. Wir entschuldigen uns noch einmal für diesen folgenreichen Wortverwechsler.

## 680 Charité-Ärzte protestierten per Anzeige

Erneut machte die Ärzteinitiative der Charité ihrem Ärger über schlechte Arbeitsbedingungen, sinkende Gehälter und unbezahlte Überstunden mit einer Anzeigenaktion Luft.

Am 14. Juli erschien in drei Berliner Tageszeitungen ein Offener Brief, in dem die Ärzte Gehaltskürzungen von 15 % bemängelten. Schon jetzt könne die Patientenversorgung nur noch sichergestellt werden, weil Ärzte monatlich circa 85.000 unbezahlte Überstunden leisten, war dort zu lesen. Die Kollegen subventionierten die Charité dadurch mit durchschnittlich 20 Millionen Euro pro Jahr. Unterschrieben hatten den Brief 11 Mitglieder der Ärzteinitiative mit ihrem vollen Namen, hinter ihnen stehen 680 Kolleginnen und Kollegen, die die Anzeigenaktion aus privater Schatulle finanziert haben.

Damit hat diese jüngste Aktion der zornigen Ärzte eine weit breitere Basis im Hause, als die letzte, an der sich jedoch auch schon 270 Kollegen beteiligten. Im Mai 2004 hatte die Ärzteinitiative mit einem spektakulären Massen-Stellengesuch im Deutschen Ärzteblatt auf sich aufmerksam gemacht. 540 Angebote gingen ein, allerdings waren nur wenige wissenschaftliche Stellen mit dabei, so Olaf



Guckelberger von der Ärzteinitiative. Dennoch haben sich zahlreiche Kollegen inzwischen wegbegeben und zwar nicht nur Assistenzärzte, sondern auch Fachärzte mit abgeschlossener Weiterbildung.

Dieser Trend bestätigt die Befürchtungen der Initiative: Immer mehr qualifizierte Ärzte suchen angesichts der schlechter werdenden Arbeitsbedingungen das Weite – mit nachteiliger Wirkung für den Forschungsstandort Berlin. Beim Vorstand der Charité stieß der Anzeigen-Protest weitgehend auf Verständnis. Dennoch rief er die Ärzte zum Durchhalten in schweren Zeiten auf.

### Betäubungsmittelgesetz

## Fachkunde Suchtmedizinische Grundversorgung

Nach der neuen Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung sind Ärztekammern verpflichtet, dem BfArM halbjährlich eine Aufstellung aller substituierenden Ärztinnen und Ärzte mitzuteilen, die zwingend im Besitz der Fachkunde Suchtmedizinische Grundversorgung sein müssen.

Die Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin vom 30. November 1994 (4. Nachtrag vom 26. Januar 2000) sieht in definierten Gebieten den Erwerb dieser Fachkunde vor.

Wir weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass auch Ärztinnen und Ärzte mit der Gebietsbezeichnung Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie), Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychotherapeutische Medizin verpflichtet sind, die Ärztekammer Berlin (Weiterbildungsausschuss VI) zu informieren, falls sie Substitutionsbehandlung(en) durchführen.

Dr. med. Michael Peglau  
Referat Ärztliche Weiterbildung

## Zunahme der Lyme-Borreliose

Die Lyme-Borreliose ist die häufigste durch Zecken übertragene Erkrankung in Europa. Etwa 5 bis 35 % der Zecken sind mit Borrelien infiziert. In Deutschland ist nach bisherigen Erkenntnissen nach einem Zeckenstich bei 3 bis 6 % der Betroffenen mit einer Infektion (Serokonversion) und bei 0,3 bis 1,4 % mit einer manifesten Erkrankung zu rechnen. Der Stich einer borrelieninfizierten Zecke führt bei 20 bis 30 % der Betroffenen zur Serokonversion. Die Infektion kann von März bis Oktober erfolgen (bei entsprechenden Witterungsbedingungen evtl. auch früher und später).

Seit der Entdeckung des Erregers zu Beginn der Achtzigerjahre wird in den USA und in einer Reihe europäischer Staaten eine Zunahme der Inzidenz beobachtet. In Deutschland gibt es eine Meldepflicht für Borreliose in Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen. Auch hier steigt die Anzahl der jährlich beobachteten Neuerkrankungen. Die Inzidenz lag 2003 bei 23,3 % pro 100.000 Einwohner gegenüber 17,8 % im Jahre 2002.



Je nach klinischer Symptomatik der Erstmanifestation kann die Inkubationszeit nach dem Zeckenstich stark variieren: Tage bis Wochen für Stadium I, Wochen bis Monate für Stadium II und schließlich Monate bis Jahre für Stadium III. Jede klinische Manifestation kann isoliert, aber auch in unterschiedlichen Kombinationen auftreten. Die Frühmanifestationen treten wegen der kurzen Inkubationszeit saisonal gehäuft auf.

Im Stadium I ist die typische Manifestation das Erythema (chronicum) migrans. Es kann nach Tagen bis Wochen an der Stelle des Zeckenstiches entstehen. Dieses Stadium kann von unspezifischen Beschwerden wie Fieber, Konjunktivitis, Kopfschmerzen, Myalgien, Arthralgien und Lymphknotenschwellungen begleitet sein.

Das Stadium II ist gekennzeichnet durch die Meningopolyneuritis Garin-Bujadoux-Bannwarth. Wochen bis Monate nach dem Zeckenstich treten brennende radikuläre Schmerzen auf, die häufig in lokaler Beziehung zur Eintrittsstelle bzw. zum vorangegangenen Erythema migrans stehen. Während des initialen Schmerzsyndroms können asymmetrische und unsystematisch verteilte schlaffe Lähmungen und sensible Ausfälle auftreten. Die neurologischen Ausfälle betreffen häufig Hirnnerven, vor-

wiegend als ein- oder beidseitige Fazialisparese. Selten kommt es zu einer Manifestation am Herzen mit Myo-, Peri- oder Perikarditis.

Klinische Manifestationen des Stadium III sind die Lyme-Arthritis und die Acrodermatitis chronica atrophicans Herxheimer. Sie treten Monate bis Jahre nach der Infektion auf. Die Lyme-Arthritis ist eine schubweise oder chronisch verlaufende mono- oder oligoartikuläre Arthritis, wobei am häufigsten die Kniegelenke betroffen sind. Die Acrodermatitis chronica atrophicans Herxheimer ist gekennzeichnet durch ein initial infiltratives Stadium, das zur Atrophie der Haut (zigarettenpapierdünn) mit livider Verfärbung führt. Eine weitere, jedoch sehr seltene Spätmanifestation der Lyme-Borreliose ist die chronische Enzephalomyelitis mit Para- und Tetraparesen.

Bei Zeckenbefall muss die Zecke umgehend entfernt und die Wunde sorgfältig desinfiziert werden. Bei der Entfernung der Zecke sind alle überflüssigen Manipulationen zu unterlassen; der Zeckenkörper darf nicht gequetscht werden, da sonst Borrelien in den Organismus gelangen können.

Bei Zeckenbefall muss die Zecke umgehend entfernt und die Wunde sorgfältig desinfiziert werden. Bei der Entfernung der Zecke sind alle überflüssigen Manipulationen zu unterlassen; der Zeckenkörper darf nicht gequetscht werden, da sonst Borrelien in den Organismus gelangen können.

Im Land Brandenburg hat die Landesärztekammer 1996 eine interdisziplinäre Beratergruppe Borreliose berufen (<http://www.t-talaska.de/frsetberater.htm>). Damit wurde es möglich, fachübergreifend und in Kooperation mit Veterinärmedizinern und den Ärzten des Landes Brandenburg Informationen zur aktuellen epidemiologischen Situation, Diagnostik, Therapie und Prävention zur Verfügung zu stellen und individuelle Beratungen durchzuführen, auch für Berliner Ärzte.

### Weitere Informationen:

[www.rki.de](http://www.rki.de) →

Infektionskrankheiten von A bis Z.



## In memoriam Karl-Otto Habermehl

Foto: Pavel Šticha/Frank Marburg



**A**m 7. Juni 2005 verstarb einer der großen Pioniere der deutschen Virologie, Prof. em. Prof. h.c. Dr. med. Karl-Otto Habermehl, geb. am 31. Januar 1927.

Von Haus aus Facharzt sowohl für Innere Medizin als auch für Labormedizin, wandte sich Habermehl früh der Virusforschung zu. Grundlagenforschung und ihre Anwendung für die praxisrelevante Diagnostik waren die

tragenden Säulen seiner Aktivitäten. Immer innovativ und an der Umsetzung neuer Erkenntnisse interessiert, brachte Habermehl in einer frühen Phase die elektronische Datenverarbeitung ins virologisch-diagnostische Labor. Seinen Lehrstuhl am Fachbereich Grundlagenmedizin der Freien Universität Berlin baute er zu einem Zentrum der elektronischen Datenverarbeitung im Labor aus, und viele der von ihm entwickelten Anwendungsmöglichkeiten wurden von anderen Labors, Behörden etc. übernommen. Methoden der Schnelldiagnostik faszinierten ihn und ließen ihn bereits im Jahre 1984 einen internationalen Kongress zu diesem Thema in Berlin veranstalten.

Den Höhepunkt seiner Leistungen erreichte Karl-Otto Habermehl in der Beschäftigung mit der HIV-Infektion; auf dem Ge-

biet der virologischen Diagnostik dieser Krankheit leistete er für Deutschland Bahnbrechendes. Kraft seiner internationalen Reputation gelang es ihm, die IX. International Conference on AIDS und den IV. STD World Congress im Jahre 1993 gegen stärkste internationale Konkurrenz nach Berlin zu ziehen.

Die Isolierung Berlins zu Mauerzeiten war Habermehl schmerzlich bewusst. Umso mehr war er bemüht, den Infektionswissenschaften in Berlin den internationalen Anschluss zu bewahren. Dieses Bestreben kam auch der Berliner Medizinischen Gesellschaft zugute, deren Vorsitzender er von 1981 bis 1994 war. Zu Habermehls Zeiten als Vorsitzender zierten spätere Nobelpreisträger und andere hochrangige Namen aus der medizinischen Wissenschaft die Referentenlisten.

Unter seinen persönlichen Eigenschaften besaß Habermehl einen untrüglichen Sinn für Qualität und Originalität, den er, gepaart mit einem außergewöhnlichen Maß an Prinzipientreue, segensreich zur Geltung brachte. Seine Fähigkeit zur kritischen Analyse, häufig gepaart mit kräftigem Humor, ließ ihn ein Problem rasch auf den Punkt bringen, ob wissenschaftlicher, universitätspolitischer oder menschlicher Natur. Wer sich von Habermehl beraten ließ, war gut beraten. Sein Fleiß, seine Einsatz- und auch Hilfsbereitschaft kannten keine Grenzen. Die Berliner Medizinische Gesellschaft und alle, die kollegial mit ihm zu tun hatten, sind durch Karl-Otto Habermehl geprägt und bereichert worden.

Für den Vorstand der Berliner Medizinischen Gesellschaft Prof. Dr. med. Helmut Hahn Prof. Dr. med. Heinz Zeichhardt

### Ausstellung

## Schönheit des Experiments

„Es ist ein Schauspiel für Götter, den Muskel arbeiten zu sehen wie den Zylinder einer Dampfmaschine“. Der Satz des Berliner Physiologen Emil Du Bois-Raymond (1818 - 1896) enthält zwei Aussagen: Organismus und Mechanismus funktionieren im Prinzip gleich, und ihre

reibungslose Funktion wird als schön empfunden.

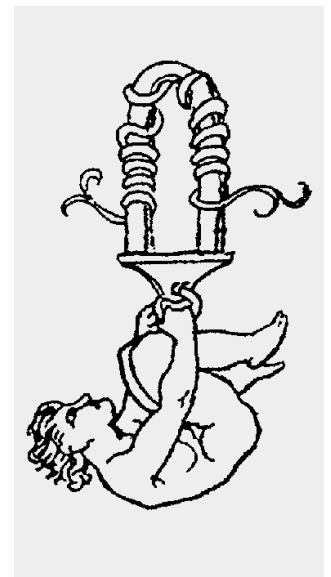
„Apoll im Labor“ heißt eine besonders sehenswerte Ausstellung im Berliner Medizinhistorischen Museum der Charité, gemeinsam mit dem Max-Planck-Institut für Wissenschaftsgeschichte konzipiert. Sie zeigt viele schöne alte Instrumente zwischen Abgüssen antiker Skulpturen, Sportgeräten und Präparaten. Hervorzuheben sind die vollkommenen architektoni-

schen und anatomischen Zeichnungen des Berliner Architekten Anton Hallmann, eng befreundet mit Du Bois-Raymond. Dessen elektrophysikalische Experimente stehen im Zentrum dieser ganz besonderen Ausstellung.

Sehr originell sind die „Selbstportraits“ des Forschers und aktiven Turnerbundmitgliedes: Ein apollinischer Athlet an seinem Galvanometer experimentierend oder, in der selbst gezeichneten Aufnahmeurkunde der Physikalischen Gesellschaft, an einem Magneten hängend wie ein Turner am Reck. R.St.

„Apoll im Labor“ ist noch bis Ende September zu sehen. Bis zum 18. September zeigt das Museum außerdem Arbeiten von Wissenschaftlern und Künstlern, entstanden aus dem stän-

digen Dialog, unter dem Titel „Missing link – public understanding of art and sciences“. Di - So, 10- 17 Uhr, Mi 10 - 19 Uhr



Azubis

## Prüfungstermine für Arzthelferinnen

### • Zwischenprüfung

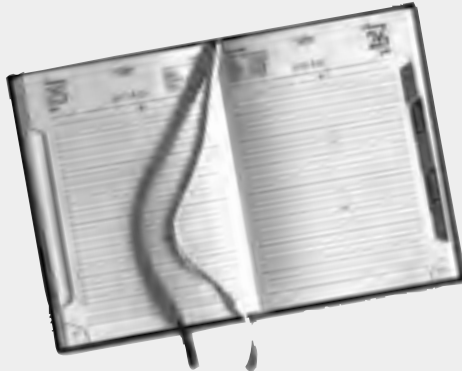
Die nächste Zwischenprüfung für Arzthelferinnen führt die Ärztekammer Berlin am 03. November 2005 in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin (Kreuzberg) durch. Teilnahmeverpflichtet sind alle Auszubildenden, die zu diesem Zeitpunkt die Hälfte ihrer Ausbildungszeit zurückgelegt haben. Anmeldeschluss ist der 15. September 2005.

### • Abschlussprüfung

Die Winter-Abschlussprüfungen 2005/2006 finden zu folgenden Terminen statt:

Schriftliche Prüfung:  
13. Dezember 2005

Praktische Übungen:  
12. bis 18. Januar 2006



Ärzte werden gebeten, ihre Azubis bis spätestens zum 30. September 2005 mit allen erforderlichen Unterlagen anzumelden: Anmeldeformular, Berichtsheft, Bescheinigung über die Teilnahme an der Zwischenprüfung, Kopie der Zeugniskarte vom OSZ Gesundheit, Bescheinigungen der überbetrieblichen Ausbildung, gegebenenfalls Bescheinigung über Art und Umfang einer Behinderung.

### • vorgezogene Abschlussprüfung

Die vorgezogenen Abschlussprüfungen finden zu den gleichen Terminen statt. Die formlosen Anträge müssen allerdings mit den erforderlichen Unterlagen (Befürwortung oder Stellungnahme des Ausbilders, Befürwortung der Schule, Ergebnis der Zwischenprüfung, Kopie der Zeugniskarte, Bescheinigungen der überbetrieblichen Ausbildung und Berichtsheft) schon bis zum 15. September 2005 eingereicht werden.

Rückfragen zu den Prüfungen beantworten  
Frau Hartmann und Frau Jasper,  
Tel. 40 80 6-22 03/ -22 04.

## Krankenhausfinanzierung:

### Landesbasisfallwert für Berlin festgelegt

Für 2005 sollte er erstmals festgelegt werden: Der Landesbasisfallwert für Berlin. Die Berliner Krankenhausesellschaft und die Krankenkassenverbände verhandelten ohne Erfolg, so dass eine Schiedsstelle angerufen wurde. Diese hat nun entschieden: Der Landesbasisfallwert für Berlin beträgt in diesem Jahr 2999,81 €.

Während die Berliner Krankenkassenverbände den Schiedsspruch begrüßten, hatte sich die Berliner Krankenhausesellschaft (BKG) bis Redaktionsschluss noch nicht geäußert – eine interne Erörterung sei noch nicht erfolgt, hieß es. Hingegen äußerte die Charité bereits Unzufriedenheit: Die Behandlung bei Extremkostenfällen wird durch die deutschen DRGs nicht richtig abgebildet, die Finanzierung einer Uniklinik sei dadurch schwierig. Zum Hintergrund: Basisfallwerte werden derzeit

in Deutschland noch nicht landesweit, sondern für alle Krankenhäuser einzeln verhandelt. Ab 2005 wird es jedes Jahr einen Landesbasisfallwert geben, der allerdings nicht sofort bindend ist, sondern einen rechnerischen Zielwert darstellt: Vorgesehen ist, in einer so genannten „Konvergenzphase“ bis zum Jahr 2009 zu einem einheitlichen Vergütungsniveau zu kommen – auch für Berlin. So lange haben also die Krankenhäuser Zeit, sich auf das neue Finanzierungssystem einzustellen.

Die Berechnung der einzelnen Fallpauschalen erfolgt durch die Multiplikation des Basisfallwertes mit einer Kostengewichtung (KG), die in den DRG-Katalogen festgelegt ist. Beispiele:

- DRG O 60 C – Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose: Die Kostengewichtung dieser DRG ist

0,568. Bei einem Landesbasisfallwert Berlin von 2999,81 € ergäbe sich für die Behandlung ein Preis von:  $0,568 \times 2999,81 = 1703,89 \text{ €}$ .

- DRG: A 05 A - Herztransplantation mit Beatmung von mehr als 179 Stunden. Hier beträgt die Kostengewichtung 28,162. Es ergäbe sich ein Preis von:  $28,162 \times 2999,81 = 84.480,65 \text{ €}$ .

Nicht nur die Charité beanstandet die in den aktuellen DRG-Katalogen festgelegten Gewich-

tungen; das Problem sehen alle Universitätskliniken, weshalb voraussichtlich zum nächsten Jahr eine umfassende Korrektur der Kataloge erfolgen wird. *jab*

**Mehr zum Thema im Internet:**  
**Informationsseite des InEK**  
(Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH)  
<http://www.g-drg.de/>

**Medizincontrolling/DRG Research Group des Universitätsklinikums Münster**  
<http://drg.uni-muenster.de/>



**Mit 14  
schwanger  
steril?  
Mit 20**

## Chlamydieninfektion bei Teenagern in Berlin - erste Ergebnisse einer Prävalenzstudie

*Rund 5 - 10 % der Berliner Schülerinnen unter 18 Jahren weisen eine Chlamydieninfektion auf, oft ohne dies zu wissen. Dies ist das Ergebnis einer Untersuchung, die die Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung der Frau (ÄGGF e.V.) und die Charité unter 266 Jugendlichen in Berliner Gynäkologiepraxen durchführten. Das Ergebnis ist vor allem deshalb alarmierend, weil die Infektion unerkannt und verschleppt zu Infertilität führen kann. Entsprechend wurde die Aufklärungsarbeit des von den im Anschluss genannten Institutionen getragenen Projektes „Arztstunde“ an Berliner Schulen intensiviert. Die Information über die bislang unter Jugendlichen weitgehend unbekannte Krankheit wurde mit größtem Interesse aufgenommen. 83 % der über die Arztstunde erreichten Jugendlichen hatten bislang noch nichts von Chlamydieninfektionen gehört, 87 % wussten nichts über die möglichen reproduktionsbehindernden Folgen der Infektion.*

*Von Christine Klapp, Gisela Gille, Klaus Diedrich, Axel-Peter Schäfer und Annette Moter*

Foto: Joerg Metzner

**J**ugendliche werden früh reif: Im Durchschnitt haben Mädchen derzeit mit 12,3 Jahren ihre Menarche und diese gilt bei einer 9-Jährigen durchaus noch als „frühnormal“. Doch diese ist nicht der Beginn, sondern der Kulminationspunkt eindrucksvoller Veränderungen, die etwa drei bis vier Jahre zuvor beginnen.

Die früh einsetzende Wirkung der Sexualhormone bleibt nicht ohne Folgen: Jugendliche

- experimentieren früh mit sexuellen Beziehungen (BzGA 2001), wissen aber trotz mannigfaltiger Informationsmöglichkeiten wenig (Gille 2002, Klapp 2005 in press),
- verhüten nicht sicher, obwohl sie fast unbegrenzten Zugang zu Verhütungsmitteln haben,
- werden in der Konsequenz häufiger früh schwanger (Statistisches Bundesamt 2004),
- und erwerben zunehmend mehr sexuell übertragbare Infektionen und Krankheiten

(Clad 2004, Gille 2004).

Das Thema Kinderwunsch und dessen mögliche Unerfüllbarkeit ist ein Thema, das Jugendliche emotional mehr bewegt als AIDS und ungewollte Schwangerschaft. Das Faktum, dass es zu einer der Hauptursachen, nämlich der Chlamydieninfektion, bislang keinerlei belastbare Zahlen gibt, hat uns dazu bewogen, im Frühjahr/Sommer 2004 eine erste Prävalenzbeobachtung zu Chlamydieninfektionen bei minderjährigen Mädchen in Berlin zu starten.

### **Warum gerade Chlamydien?**

Chlamydia trachomatis ist in Europa und USA das häufigste sexuell übertragene Bakterium mit einer wachsenden Zahl Infizierter und gilt als Hauptverursacher infektionsbedingter Sterilität. In den Niederlanden und Schweden hat die Infektion innerhalb weniger Jahre um 60 % zugenommen (Epidemiol. Bulletin RKI 2003).

In Deutschland gibt es keine Meldepflicht, so dass keine verlässlichen Daten existieren. Die 2002 begonnene Sentinel-Surveillance des Berliner RKI (Epidemiol. Bulletin 2004) von Hamouda und Bremer fand bei 21,3 % der Patienten von verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens (eher Risikoklientel) eine Chlamydieninfektion.

Wie die Fachliteratur bestätigt, besteht der weitaus größte Teil der Infizierten aus Mädchen und sehr jungen Frauen (Koch et al 1997), da Chlamydien bevorzugt an Oberflächen mit zylindrischem Schleimhautepithel adhären, das im Genitaltrakt insbesondere junger Mädchen reichlich vorzufinden ist. Nach Weström 1993 hat Jugendlichkeit per se als Risikofaktor für eine CT-Infektion zu gelten, weil aufgrund der Östrogendominanz in den ersten fertilen Jahren einer jungen Frau neben einer ausgeprägten Portioektomie der Zervikalkanal für Mikroorganismen leicht passierbar ist, die Reifung der lokalen Immunabwehr im Genitaltrakt zunächst noch unvollständig und bei rauchenden Mädchen ohnehin vermindert ist. Zudem kann die Suszeptibilität für CT unter hormoneller Kontrazeption erhöht sein, die Prävalenz kann auf das 8-fache steigen (Friese, Schäfer Hof 2003). Die meisten Mädchen haben beim „1. Mal“ einen älteren Partner, auch dadurch erhöht sich die Wahrscheinlichkeit einer CT-Infektion.

Bei Mädchen und jungen Frauen beginnt eine Chlamydieninfektion zu meist mit einer Zervizitis oder Urethritis, die lange oder überhaupt weitgehend asymptomatisch bleiben kann oder sich seltener durch gelblich-klebrigen Ausfluss verrät. Bei mindestens der Hälfte der Infizierten kommt es aufsteigend zu einer Endometritis, die sich durch leichte Zwischenblutungen oder durch diskrete Unterbauchbeschwerden äußern kann – die wegen ihrer passageren Symptomatik meist nicht zum Arzt führt. Im weiteren Verlauf breitet sich die unerkannte, chro-

nische oder unzureichend therapierte Chlamydieninfektion bei anhaltender Symptomarmut auf die Adnexe und das kleine Becken aus, wo sie zu schweren Folgeerkrankungen, pelvic inflammatory disease (PID) mit Perihepatitis, Arthritiden und zu tubärer Infertilität oder gehäuften Tubargraviditäten durch Verklebung und Zerstörung des Epithels führen kann (Keck, Clad 2004). In der Schwangerschaft können sie vorzeitige Wehen und eine Frühgeburt auslösen. Schmierinfektionen können auch Konjunktivitis verursachen und Neugeborene über den Geburtskanal auch mit einer Pneumonie infizieren. Begleitinfektionen, die immer mit abgeklärt werden sollten: Im „Schlepptau“ einer CT-Infektion findet sich nicht selten auch noch eine oder mehrere mehr oder weniger inapparente andere sexuell übertragbare Infektion (u.a. Gonorrhoe), und sie gilt als eine Art „Wegbereiter“ für eine HIV-Infektion.

Je nach Sexualpraktik kann die Infektion auch über jegliche andere Art von Schleimhautkontakt (oral, anal) stattfinden, so dass neue „Empfehlungen“ aus Großbritannien, die zur Eindämmung von Teenagerschwangerschaften Oral-Verkehr nahelegen, bei STD/STI keinerlei Hilfe darstellt. Bevor eine Infektion klinisch relevant wird, vergehen allerdings in der Regel viele Jahre, und sie wird meistens erst dann bemerkt, wenn der Kinderwunsch in den Vordergrund tritt. Bereits heute können geschätzte 100.000 Frauen in Deutschland aufgrund einer abgelaufenen Chlamydieninfektion auf natürlichem Wege keine Kinder mehr bekommen (Pavoonen, Eggert-Kruse 1999).

Ein Screening gibt es bislang nur im Rahmen der Schwangerschaft - zur unpassenden Zeit und mit unzureichenden Tests (Clad 2004), hier ist bislang nämlich nicht der Nucleinsäure-Nachweis vorgesehen und damit eine geringere Verlässlichkeit des Ergebnisses zu erwarten.



## Fragestellung

Uns interessierte vor allem

- die Prävalenz von CT bei (normalen) 14-17 jährigen Mädchen (keine „Risiko-Klientel“);
- der Kenntnisstand zu CT-Infektion (Bedeutung, Ursachen, Folgen, Prävention);
- das Sexual- und Verhütungsverhalten (beim 1. Mal, vor einem halben Jahr, beim letzten Mal)

und die jeweiligen Korrelationen.

## Methodik/Setting

Über einen Zeitraum von 5 Monaten wurden Aufklärungsveranstaltungen mit Schwerpunkt Chlamydien in 92 Berliner Schulklassen im 1. Halbjahr 2004 durchgeführt. Parallel dazu wurde in 30 gynäkologischen Praxen in Berlin jungen Mädchen zwischen 14 und 21 Jahren, mit ungeschütztem Geschlechtsverkehr in der Anamnese, ein kostenloser PCR-Test auf Chlamydien angeboten (Cervix-Abstrich) der von n= 521 wahrgenommen wurde.

Als klassischer „Goldstandard“ der Chlamydiendiagnostik galt lange Zeit die Anzucht in der Zellkultur, welche aber wegen ihrer mäßigen Sensitivität und ihres erheblichen technischen und logistischen Aufwands für die tägliche Praxis wenig geeignet ist. Der direkte Erregernachweis durch Immunfluoreszenz oder ELISA wird seit einigen Jahren zunehmend durch die Nukleinsäure-Amplifikationstechniken (z.B. PCR, LCR) abgelöst, welche aufgrund ihrer hohen Sensitivität (ca. 90 % ) und Spezifität (ca. 98 %) als neuer „Goldstandard“ gelten. Verwendet wurde hierzu der PCR-Test COBAS\*

AMPLICOR CT (Roche Diagnostics) und im Institut für Mikrobiologie und Hygiene der Charité untersucht. Außerdem wurden die Teilnehmerinnen gebeten, einen anonymisierten Fragebogen über Sexualverhalten, Gründe für den Arztbesuch, mögliche Symptomatik und ihr früheres sowie aktuelles Verhütungsverhalten auszufüllen (Gille, Klapp, Diedrich et al 2005 in press). Ausschlusskriterien waren Alter unter 14 Jahren, Virginität und mangelnde deutsche Sprachkenntnisse.

## Ergebnisse

Die Prävalenz von Chlamydia trachomatis Infektionen bei minderjährigen Mädchen in Berlin ist überraschend hoch, vor allem wenn man bedenkt, dass hier eine ganz normale Klientel untersucht wurde, die größtenteils nur zur Routine-Untersuchung, Pillenverordnung oder wegen des PCR-Test-Angebots etc. zum Frauenarzt ging und auch der Untersuchungszeitraum selbst (1. Halbjahr) außerhalb des jahreszeitlichen Gipfels von so genannten „Urlaubs-Chlamydien“ lag. Es lagen n=266 ausgefüllte Fragebögen von Mädchen unter 18 Jahren vor. Hier betrug die CT-Prävalenz insgesamt (altersgewichtet) 5,4 %, bei den 17-Jährigen sogar 10 %. Diese stieg je nach Anzahl der Sexualpartner und (geringerer) Schulbildung weiter an. Lag sie bei einem Partner um 3 %, so stieg sie bei 2-4 Partnern auf 6 % und bei 10 und mehr Partnern auf 19 %. Mädchen mit Hauptschulabschluss oder ohne Schulabschluss wiesen zu 9 %, Realschülerinnen zu 4,1 % und Gymnasiastinnen zu 6,2 % Infektionen auf. Diese Durchschnittswerte wurden bei einer mittleren Expositionszeit (seit 1. GV) von gerade mal 19 Monaten erreicht. Da der Anteil von Hauptschülerinnen mit fünf und mehr Partnern





## Das Projekt „Arztstunde“

... durchgeführt von acht Berliner Ärztinnen, bietet seit vielen Jahren an Berliner Schulen einen 90-minütigen Informationsunterricht rund um das Thema Sexualität an. Er wird in vielen (allerdings nicht allen) Berliner Schulen einmal pro Schuljahr in den Klassen 5 bis 10 ergänzend zum schulischen Sexualkundeunterricht durchgeführt.

In den Ärztinnen finden die Jugendlichen fachlich kompetente und neutrale Ansprechpartner für ihre Fragen. Denn zwar brennt das Thema Sexualität den Schülern unter den Nägeln, doch Eltern und Lehrer sind den Jugendlichen ab einem bestimmten Alter als Ansprechpartner zu nah und vertraut oder zu sehr in der Rolle des Erziehenden und Bewertenden. So bleiben die Schüler mit vielen Fragen allein; die Arztstunde füllt diese Lücke. Das Projekt erreicht pro Jahr 6000 bis 8000 Berliner Jugendliche, die von sich aus mit ihren vielen Fragen und Unsicherheiten keine Arztpraxis aufsuchen würden.

Getragen wird die Arztstunde von der Ärztlichen Gesellschaft zur Gesundheitsförderung der Frau ([www.aegf.de](http://www.aegf.de)). Das Projekt finanziert sich über Spendengelder und wird seit mehr als 15 Jahren von der Ärztekammer Berlin unterstützt.

Die vorliegende Untersuchung zu Chlamydieninfektionen bei Teenagern wurde unter anderem über die „Arztstunde“ durchgeführt.

Kontakt über  
Frau Dr. med. Christine Klapp/Charité:  
[christine.klapp@charite.de](mailto:christine.klapp@charite.de)

fast doppelt so hoch war wie bei Gymnasiastinnen, lässt sich die Prävalenz bei Kombination von hoher Partnerzahl, schlechter Schulbildung und frühem „Einstieg“ ins Sexualleben (somit langer Expositionszeit) noch entsprechend steigern.

Wenn man nun in Rechnung stellt, dass bei den jüngeren Untersuchten schon 17,2 % ihren ersten Geschlechtsverkehr bis zum Alter von 13 Jahren hatten, dies bei den 17/18-Jährigen knapp 16 % und bei den Ältesten (bis 21 J.) nur 3,4 % waren, kann hier in den nächsten Jahren durchaus noch ein Anstieg erwartet werden.

## Kaum Symptomatik, wenig Wissen

Nun wäre dies vor dem Hintergrund einer relativ einfach zu diagnostizierenden und ebenso einfach und noch dazu preiswert zu behandelnden Infektion kein gewaltiges Problem. Doch die Tatsache, dass es sich in Deutschland hier um eine unbekannte Krankheit in dreierlei Sinn handelt, lässt eine ungute Entwicklung im Sinne einer heimlichen Epidemie befürchten. Chlamydien sind in Deutschland:

- Unbekannt als Krankheit mit ihren möglichen Folgen;
  - Unbekannt hinsichtlich epidemiologischer Daten;
  - Unbekannt für die Infizierten aufgrund der Symptomarmut;
- (Gille et al in press 2005).

Die Mädchen unserer Stichprobe hatten zu etwa 75 % keine entsprechende Symptomatik. Ähnliches wird bei Screening-Untersuchungen in der Literatur berichtet. Über 83 % haben vor unserer Information noch nie etwas von Chlamydien gehört und 87 % sind die möglichen gesundheitlichen und reproduktionsbehindernden Folgen unbekannt.

## Verhütung - mangelhaft

Zur Infektion und weiteren Verbreitung trägt dann auch noch das unzureichende

Verhütungsverhalten bei. In allen Altersgruppen wird von circa 65 % das Kondom als das Mittel der Wahl beim ersten Geschlechtsverkehr angegeben, doch diese verwenden es offensichtlich primär zur Kontrazeption. Im Lauf der Zeit wird es zunehmend durch die Pille abgelöst, so dass beim letzten Verkehr nur noch etwa 22 % ein Kondom verwendet haben, insgesamt nur 18,4 % bei jedem Geschlechtsverkehr. Das bedeutet nun aber, dass über 80 % der Mädchen ohne Schutz vor STD/STI in mehr oder weniger wechselnden sexuellen Beziehungen stehen.

Ein Viertel verwendete bislang noch nie ein Kondom und über die Hälfte nur unregelmäßig. Mädchen mit geringer Schulbildung haben auch hier eine fatale Spitzenposition bei unzureichender Verhütung inne. Interessanterweise ist das Image von Kondomen nicht mehrheitlich negativ – dies hat wohl auch die entsprechende Öffentlichkeitsarbeit der BzGA mit bewirkt, doch offensichtlich führt dies nicht zum gewünschten Erfolg von regelmäßiger Anwendung. Womöglich spielt die Assoziation von Kondomen mit HIV-Infektion und AIDS, die auch zahlenmäßig mit der Lebenswirklichkeit von Jugendlichen relativ gesehen wenig zu tun hat, eine wichtige negative Rolle, berührt dies doch deren Lebensplanung nur am Rande.

Hier liegt aber einiges Motivations-Potenzial: Wenn wir in Schulklassen über AIDS sprechen, erreichen wir freundliche Aufmerksamkeit. Beim Thema Teenager-Schwangerschaft wird schon deutlich mehr persönliches Engagement und Betroffenheit sichtbar, wenn wir aber über potenzielle Kinderlosigkeit sprechen, kann man in 9./10. Klassen eine Stecknadel fallen hören: Gebanntes Zuhören, alle Aufmerksamkeit gehört dem Thema – von Mädchen und von Jungen.

## Schlussfolgerungen

Auch wenn unsere Prävalenzbeobachtung nicht repräsentativ ist, so weist sie doch auf einen Anstieg von Infektionen und in der Konsequenz damit auch Krankheiten und deren Spätfolgen hin, wie sie aus anderen westlichen Ländern berich-

tet werden. Wenn in den Niederlanden und in Schweden die Prävalenz innerhalb von wenigen Jahren um über 60 % gestiegen ist, sollten wir uns in Deutschland Gedanken machen. Können wir verantworten, dass Jugendliche einen so hohen Preis für die von uns erkämpfte Liberalisierung der Sexualität bezahlen?

In anderen Ländern gibt es längst (wieder) eine Meldepflicht für Chlamydien (Schweden), Screeningangebote (USA), breit angelegte Aufklärung (Niederlande) – hier in Deutschland beginnt sich langsam ein vorsichtiges Bewusstsein der Situation abzuzeichnen, von konkreten, unerlässlichen Fragen und Maßnahmen sind wir noch weit entfernt. Diese sollten sein:

- Gewinnung bundesweiter verlässlicher Daten;
- Aufklärung der Bevölkerung (evaluierte ärztliche Aufklärung für Schulen (ÄGGF e.V.), individuell in Praxen der Allgemeinmedizin, Pädiatrie, Urologie und Gynäkologie, in den Massenmedien);
- Screening-Angebote für noch zu definierende Risikogruppen;
- Screening-Angebote für sexuell aktive Jugendliche (z.B. anlässlich Verhütungsberatung in der Praxis);
- Aufnahme von STD/STI in den Themenkatalog des Präventionsgesetzes.

Dabei ist es besonders wichtig zu beachten, dass Verhütungsaufklärung im Sinn von Angstmache gerade bei Jugendlichen wenig erreicht. Es gilt, Wissensdefizite und Fehlinformationen behutsam aufzuspüren und durch kompetente, praxisnahe, einfühlsame und emotional positiv besetzte Information zu ersetzen. Junge Menschen sollten ihren eigenen individuellen Körper und seine faszinierenden Funktionen verstehen lernen und dieses Wissen in ihrem Alltag praktisch umsetzen können. Hierbei brauchen sie zunächst die Unterstützung der Eltern, aber zunehmend in der Entwicklung die von beratungskompetenten, verschwiegenen Ärzten. Als eine Art Verstärker wirkt das immer mit Begeisterung an-

genommene Thema „Fruchtbarkeit“ als positiver Wert, wenn sie als Potenz erkannt und für schützenswert erachtet werden kann.

Bei unseren Veranstaltungen mit Jugendlichen sehen wir diese oft überflutet von Information unterschiedlicher Qualität, die sich aber nicht von allein ordnet und in anwendbares Wissen umsetzen lässt. So benötigen Mädchen (und Jungen mit Sicherheit in ähnlicher Weise) umfassende Kenntnisse über

- den eigenen Körper und seine Äußerungen;
  - die Variabilität der Norm;
  - die zyklischen Abläufe im Mädchenkörper und die Menstruation;
  - Tipps und Tricks im Umgang mit der Menstruationshygiene;
  - den Zusammenhang zwischen dem, was sie selber an sich beobachten können und der Fruchtbarkeit;
  - das Wachsen und Werden eines Kindes im Mutterleib als positive Dimension weiblicher Identität;
  - Schwangerschaft;
  - Kontrazeption;
  - Sexuell übertragbare Krankheiten, Infektionen und Impfungen;
- (Gille 2004).

Unsere Arbeit in Schulen hat nachgewiesen: Empathische ärztliche Aufklärung ist einfach und wirkungsvoll: Sie erreicht die Jugendlichen, kommt in den Köpfen an, wird verstanden, emotional positiv besetzt, akzeptiert, und über einen längeren Zeitraum gemerkt – und dies ist die Basis für jegliche mögliche Verhaltensänderung. Solche Aufklärung mit Kopf, Herz und Hand hilft den Heranwachsenden eine Grundlage zu entwickeln, aus der sie „ja“ zu sich selbst und „nein“ zu den Dingen sagen können, die sie (noch) nicht wirklich wollen; (Klapp 2000, Gille 2002, Layer 2004).

Wo immer Ärzte mit Jugendlichen in Berührung kommen, sollte diese Chance genutzt werden – nicht nur zur Prävention von Chlamydieninfektionen.

*Literatur in der Internet-Version dieses Beitrags auf*  
[www.aerztekammer-berlin.de](http://www.aerztekammer-berlin.de)

Anschrift der Verfasser:

Dr. med. Christine Klapp  
Oberärztin für Geburtsmedizin  
Charité - Universitätsmedizin Berlin,  
Campus Virchow Klinikum  
Augustenburger Platz 1  
13353 Berlin

Dr. med. Gisela Gille  
ÄGGF e.V.  
Drögenkamp 1  
21335 Lüneburg

Prof. Dr. med. Klaus Diedrich  
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
der Universitätsklinik Lübeck  
Ratzeburger Allee 160  
23538 Lübeck

Priv.-Doz. Dr. Dr. med. Axel-Peter Schäfer  
Charité, Campus Virchow Klinikum,  
Klinik für Geburtsmedizin  
Augustenburger Platz 1  
13353 Berlin

Annette Moter  
Charité Campus Mitte  
Institut für Mikrobiologie und Hygiene  
Dorotheenstraße 94-96  
10117 Berlin

# Neue Weiterbildungsordnung noch einmal geändert

Bericht von der Delegiertenversammlung am 22. Juni 2005

In Berlin wird statt der Bezeichnung „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ in der neuen Weiterbildungsordnung (WBO) vorerst die Bezeichnung „Facharzt für Allgemeinmedizin“ verwandt. Eine mitbeschlossene Zusatzklausel ermöglicht jedoch eine spätere unkomplizierte Umbenennung in die ursprünglich geplante Langform. Das beschloss die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin mit 21 Ja-Stimmen, 6 Nein-Stimmen und 3 Enthaltungen.

Von Sybille Golkowski

Der Hintergrund dieser Entscheidung: Die in der Musterweiterbildungsordnung enthaltene neue Bezeichnung „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ ist bisher mit europäischem Recht nicht vereinbar. Brüssel zwingt die Bundesrepublik, deutschlandweit ausschließlich einen einzigen Titel für den EU-Praktiker (spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin) zu vergeben und akzeptiert hierbei vorläufig nur den „Facharzt für Allgemeinmedizin“, die bislang einzige in allen Bundesländern heute schon eingeführte Bezeichnung. Eine Umbenennung in den „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ ist erst möglich, wenn diese Bezeichnung deutschlandweit in allen Weiterbildungsordnungen eingeführt und in Brüssel notifiziert ist. Eine Zusatzklausel in der neuen Berliner Weiterbildungsordnung ermöglicht aber schon heute eine dann schnelle und unbürokratische Umbenennung in den ursprünglich geplanten „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“, ohne dass dazu weitere Beschlüsse erforderlich sind. Eingebracht hatten diesen Vorschlag die beiden Vorstandsmitglieder Dr. Klaus-Peter Hoffert und Prof. Dr. Vittoria Braun (BDA).

Ursprünglich wollte der Vorstand eigentlich umgekehrt vorgehen: Den Titel „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ gleich in die Weiterbildungsordnung schreiben, aber durch eine Zusatzklausel erwirken, dass er, solange dieser Titel in Brüssel noch nicht notifiziert ist, zunächst nur als „Facharzt für

Allgemeinmedizin“ führbar sei (wir berichteten). Das von Hoffert und Braun vorgeschlagene Prozedere geht nun umgekehrt vor. Es sei leichter, so argumentierten sie, erst einmal nur den alten Titel „Facharzt für Allgemeinmedizin“ zu vergeben und ihn später in die Langform umzuändern. Würde man nämlich gleich den noch gar nicht führbaren neuen Titel „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ vergeben, wäre kaum kontrollierbar, ob auch wirklich niemand die attraktive Gebietsbezeichnung heute schon auf sein Praxisschild schreibt. „Wir müssen davon ausgehen, dass sich nicht alle dran halten“, sagte Vittoria Braun. Da es bis zur Zustimmung Brüssels nach Einschätzung der Bundesärztekammer etwa 5 Jahre dauern kann, überzeugte das pragmatische Argument die Delegierten.

## Kompromiss von Rostock wird nicht angetastet

Hoffert und Braun stellten noch einmal klar, dass die Allgemeinmediziner fest zu dem in Rostock besiegelten bundesweiten Kompromiss eines „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ mit gemeinsamem Common Trunk stehen. Ihr schon in der letzten Sitzung vorgetragener, damals von der allgemeinen Vorstandslinie aber abweichender Vorschlag, hatte zunächst für Missverständnisse und Aufregung gesorgt und schließlich zu einer Vertagung des Themas geführt. Inzwischen gab es hierzu zahlreiche klä-



rende Gespräche und der Vorschlag erhielt in allen Fraktionen Unterstützung. In der folgenden geheimen Abstimmung kam er mit 2/3-Mehrheit durch.

## Wird der Allgemein-Internist wieder eingeführt?

Im Gefolge dieser Entscheidung wurde darüber diskutiert, in der neuen Weiterbildungsordnung doch den Basisinternisten wieder einzuführen, indem ein „Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Allgemeine Innere Medizin“ als neunte Säule der Qualifizierung in der Inneren Medizin geschaffen wird. Dieser Vorschlag der Internisten war ebenfalls als Vorstandsvorlage in die DV eingebracht worden. Internisten verschiedener Fraktionen machten sich dafür stark. So gab Dr. Maria Birnbaum (Internistin aus der Fraktion Gesundheit) zu bedenken, dass die neue Weiterbildungsordnung, die ja nur noch Schwerpunkt-Internisten kennt, die Weiterbildungsmöglichkeiten in kleineren Krankenhäusern um etwa ein Drittel reduziert. Da es künftig kaum noch Abteilungen für Allgemeine Innere Medizin gebe, fänden angehende Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin zu wenig Weiterbildungsbefugte. Zudem komme es zu Engpässen in kleinen Kliniken auf dem Land, die statt Schwerpunkt-Internisten eher Basis-Internisten brauchen. Ähnlich argumentierte die Rheumatologin Dr. Dorothea Hagemann von der Liste Allianz. „Der Wegfall des Allgemein-

Internisten ist mit dem typischen internistischen Patientenspektrum nicht zu vereinbaren“, sagte sie. Dies könne auch durch den neuen Hausarzt nicht aufgefangen werden.

Gegenwind kam von Dr. Klaus Thierse (Marburger Bund). „Wir erleben hier genau das Gegenteil dessen, was bundesweit gewollt wurde“, ärgerte sich der Orthopäde und Vorsitzende des Gemeinsamen Weiterbildungsausschusses der Kammer. Durch den Verbund von Allgemeinmedizin und Innerer Medizin sei es sehr wohl möglich, eine allgemeininternistische Stelle in einem kleinen Krankenhaus künftig mit einem „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ zu besetzen. Er verstehe nicht, warum Diskussionen neu aufgerollt würden, die vor Jahren bereits abgeschlossen wurden. Nach längerer Debatte beschlossen die Delegierten, die Entscheidung zur Inneren Medizin nicht übers Knie zu brechen. Man will

sich Zeit für eine Diskussion in den Gremien nehmen und überwies das Thema deshalb zur weiteren Klärung erst einmal an den Vorstand zurück. Im Windschatten des Hauptthemas wurden übrigens noch einige Änderungen vom letzten Deutschen Ärztetag in die Weiterbildungsordnung eingearbeitet. Unter anderem wurde zum Beispiel der Facharzt für Plastische Chirurgie in den „Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie“ umbenannt. Mit den aktuellen Änderungen dieser Delegiertenversammlung müsste nun eine schnelle Freigabe der neuen Weiterbildungsordnung durch die Aufsichtsbehörde sichergestellt sein, da nun auch die Europakompatibilität gewährleistet ist.

### Ombudsmann gewählt

Einstimmig wurde Dr. med. Udo Schagen zum Ombudsmann für die Weiter-

bildung gewählt. Er soll künftig als Ansprechpartner für Konflikte und Schwierigkeiten in der Weiterbildung fungieren. Die Schaffung des Amtes geht auf einen Vorschlag der Fraktion Gesundheit zurück und wurde in mehreren Sitzungen zunächst durchaus kontrovers diskutiert. Erst nach mehreren Anläufen fand die Idee eine Mehrheit. Lange blieb zudem offen, wie das neue Amt personell besetzt werden könnte. Mit Dr. Udo Schagen, der – frisch im Ruhestand, jedoch noch in ein Forschungsprojekt eingebunden – auf eine langjährige Tätigkeit als Vorsitzender des Gemeinsamen Weiterbildungsausschusses zurückblicken kann, fiel die Wahl auf einen profunden Kenner der Materie. Schagen und auch die Delegierten sind neugierig, wie das Amt innerhalb der Berliner Ärzteschaft angenommen wird. Regelmäßige Berichte des Ombudsmanns sind vorgesehen.

SyGo

## PERSONALIEN

# Zum 80. Geburtstag von Gert Specht



Foto: privat

Der ehemalige Chefarzt der Chirurgischen Abteilung (1971-1989) und Ärztliche Direktor des Städtischen Auguste-

Viktoria-Krankenhauses (1972-1976), Prof. Dr. med. Gert Specht, feierte am 7. Juli seinen 80. Geburtstag.

Der gebürtige Kieler begann sein Medizinstudium 1948 nach seiner Rückkehr aus sowjetischer Kriegsgefangenschaft. Nach Approbation und Promotion wechselte er 1954 nach Hamburg. Seine Weiterbildung in der Chirurgie erfolgte weitgehend am Allgemeinen Krankenhaus in Hamburg-Harburg. Dort wurde

er 1975 Oberarzt. Zwischenzeitlich war er 1968/1969 an der Chirurgischen Klinik der damaligen Medizinischen Hochschule Lübeck tätig, wo er sich 1970 für sein Fach habilitieren konnte und Privatdozent wurde. 1971 kam Gert Specht als Chefarzt ans Städtische Auguste-Viktoria-Krankenhaus in Berlin Schöneberg, in dem er bis zu seiner Pensionierung 1989 blieb.

Gert Specht beschäftigte sich seit den sechziger Jahren intensiv mit der Brustchirurgie. Besondere Beachtung fanden seine Arbeiten zur Lungen- (Tracheo- und Bronchialplastiken) und Mediastinalchirurgie (Entwicklung der erweiterten Medistinoskopie). Auch in der Unfallchirurgie war er aktiv. 1969 erschien ein wissenschaftlicher Lehrfilm von Specht zur „Funktionellen Behandlung von Oberarmschaftbrüchen“.

Sehr stark engagierte er sich in medizinischen Fachgesellschaften. 1974/75 war er Vorsitzender der Berliner Gesellschaft für Unfallheilkunde. Mehrmals war er Schriftführer und Vorsitzender, seit 1997 Ehrenvorsitzender der Berliner Chirurgischen Gesellschaft (jetzt Vereinigung der Chirurgen Berlins und Brandenburgs). Von 1986-1989 gehörte er dem Präsidium der Deutschen Chirurgischen Gesellschaft an. Noch während der deutsch-deutschen Teilung war Specht intensiv bemüht, den kollegialen Zusammenhalt seiner Fachgenossen in den beiden deutschen Teilstaaten insbesondere in Berlin und Brandenburg durch persönliche Kontakte zu verstärken. Seine Kontaktfreudigkeit und Verbindlichkeit erleichterten ihm diese Bemühungen. Sein soziales Engagement, wie seine Interessen an der Geschichte seines Faches, sind unübersehbar.

Wir wünschen ihm noch einen langen „Ruhestand“ ohne große gesundheitliche Beschwerden.

Dr. med. Dr. phil. Manfred Stürzbecher



# Die Praxis darf kein Laden werden

## Bewerbung und Abgabe von Nahrungsergänzungsmitteln ist Niedergelassenen verboten

Nahrungsergänzungsmittel gehören zu jener Produktpalette, die in ihrer Vielfalt zunehmend farbenfroher wird. Längst haben findige Unternehmer erkannt, wer als „Schaltstelle“ zwischen ihren Produkten und dem Kunden steht: die Arztpraxis. Vor allem im Internet lassen sich daher immer wieder Anzeigen finden, in denen sich Hersteller von Nahrungsergänzungsmitteln gezielt an Ärzte wenden und ihnen nahelegen, sich in Zeiten ständig verschlechternder wirtschaftlicher Bedingungen im GKV-System durch die Bewerbung oder den Verkauf ihrer Produkte ein profitables zweites Standbein zu schaffen. Doch hier ist Vorsicht geboten. Denn was als problemlos suggeriert wird, ist im Hinblick auf die Berufsordnung mehr als bedenklich.

Zwei Bestimmungen aus der Berufsordnung (im Folgenden BO) sollen verhindern, dass der Arzt in unzulässiger Weise wirtschaftliche Gesichtspunkte mit seinem Heilauftrag vermengt.

Dies ist zum einen § 3 Abs. 2 BO. Danach ist es dem Arzt untersagt, *„im Zusammenhang mit der Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit Waren und andere Gegenstände abzugeben oder unter seiner Mitwirkung abgeben zu lassen sowie gewerbliche Dienstleistungen zu erbringen oder erbringen zu lassen, soweit nicht die Abgabe des Produkts oder die Dienstleistung wegen ihrer Besonderheit notwendiger Bestandteil der ärztlichen Therapie sind.“* Zum anderen ist auf § 34 Abs. 5 BO hinzuweisen, wonach es *„dem Arzt nicht gestattet ist, Patienten ohne hinreichenden Grund an bestimmte Apotheken, Geschäfte oder Anbieter von gesundheitlichen Leistungen zu verweisen.“*

### Gewerblicher Verkauf ist verboten

Trotz dieser berufsrechtlichen Schranken hatte ein Hersteller von Arzneimitteln und diätetischen Lebensmitteln folgende Geschäftsidee: Unter dem Motto „Neue Strategien für eine lukrative Zukunftssicherung. Als Konzept mit dem Doppelnutzen für Arzt und Patient“ empfahl das Unternehmen Ärzten die Gründung eines „Vital Shop“. Als gewerbliches Einzelunternehmen nach Art eines Franchise-Systems sollten über den „Vital Shop“ unter anderem diätetische Lebensmittel angeboten werden. Das Konzept sah vor, dass der Arzt über diese Produkte in seinem Wartezimmer entsprechendes Informationsmaterial auslegt, den Patienten über die Produkte berät und schließlich den käuflichen Erwerb derselben empfiehlt. Um eine Kollision mit dem Berufsrecht zu vermeiden, vor allem aber auch aus steuerrechtlichen

Gründen, wurde dem Arzt nahegelegt, den „Vital Shop“ nicht selbst, sondern von einem Dritten, wie zum Beispiel dem Ehepartner, betreiben zu lassen.

Dieses Konzept sei „wettbewerbswidrig“, urteilte das Oberlandesgericht Stuttgart bereits im Jahr 1996 und bestätigte damit die Entscheidung der Vorinstanz, die es dem Unternehmen untersagt hatte, diese Geschäftsidee gegenüber Ärzten zu bewerben. Denn das Konzept würde dazu führen, dass der Arzt die Empfehlung weniger im Interesse seines Patienten, sondern mehr zur Erzielung eines zusätzlichen Einkommens ausspricht (Beteiligung am Gewinn des „Vital Shop“). Aus dem Standesrecht ergebe sich aber, dass der Arzt bei Ausübung der Heilkunde gerade nicht aus eigennützigen Motiven handeln soll.

### Auch Gründung von Firmen unzulässig

Über einen vergleichbaren Sachverhalt hatte das Berufsgesicht für Heilberufe beim Verwaltungsgericht Köln im Jahr 2000 zu entscheiden (aus formalen Gründen wurde das Urteil nicht rechtskräftig). In den Räumlichkeiten einer Arztpraxis war – außerhalb der Sprechzeiten – ein Ernährungsinstitut eröffnet worden, in dem eine Diätberatung durchgeführt wurde. Inhaber dieser gewerblichen Ernährungsberatung war der Sohn des Praxisinhabers, ein Student. Auf die Ernährungsberatung wurde durch ein Hinweisschild am Haus- und Praxiseingang hingewiesen. Der Praxisinhaber hielt in dem Wartezimmer sei-

ner Praxis Vorträge über ein Diät- und Ernährungsprogramm. Während dieser Vorträge wurde von einer Arzthelferin Informationsmaterial und Proben von Zusatzernährungsstoffen verteilt.

In dieser beratenden Tätigkeit für das Ernährungsinstitut sah das Gericht eine unzulässige Verquickung von ärztlicher und gewerblicher Tätigkeit: „Das besondere Vertrauen, das einem Arzt durch einen Patienten entgegengebracht wird, kann durch das Empfehlen und Verkaufen von Produkten aufgrund der Ernährungsberatung in der Praxis bzw. in einer gewerblichen Einrichtung, die sich im unmittelbaren räumlichen Zusammenhang zur Praxis befindet, in Mitleidenschaft gezogen werden. [...] Patienten müssen sich aber darauf verlassen können, dass ein Arzt bei seinen Empfehlungen [...] nicht von Gewinnstreben geleitet wird.“

Mit seiner Tätigkeit habe der betreffende Arzt daher die gebotene Neutralität verletzt und sich stattdessen mit seiner ärztlichen Autorität hinter die Produkte des gewerblichen Anbieters gestellt.

### Gleiches gilt auch für andere Produkte

Wenn schon die Bewerbung von Nahrungsergänzungsmitteln problematisch ist, muss dies natürlich erst recht für Fälle gelten, in denen diese Produkte in der Arztpraxis direkt abgegeben bzw. verkauft werden. Das Oberlandesgericht Köln hatte in einer Entscheidung aus dem Jahr 2002 hervorgehoben,

dass das Standesrecht nicht nur auf eine Entgeltlichkeit abstelle, sondern bereits eine unentgeltliche Abgabe untersagte.

Beachtenswert sind in diesem Zusammenhang auch die Ausführungen in einer aktuellen Entscheidung des Oberlandesgerichtes Koblenz (Urteil vom 22.02.2005), wenngleich der dem Urteil zu Grunde liegende Sachverhalt nicht die Abgabe von Nahrungsergänzungsmitteln, sondern die Weitergabe von Stützbandagen an die Patienten zum Gegenstand hatte. Insoweit heißt es in der Entscheidung:

„Wenn nämlich – wie dies § 34 Abs. 5 BO festschreibt – dem Arzt sogar schon der Verweis an einen bestimmten Anbieter von gesundheitlichen Leistungen untersagt ist, dann kann es ihm nicht auf der anderen Seite gestattet sein, die betreffenden Produkte sogar selbst zu vertreiben. Die Abgabe der Bandagen an die Patienten war somit den Ärzten untersagt, da sie nicht notwendiger Bestandteil der Therapie waren. Die Bandage kann zwanglos in Sanitätshäusern erworben und dort auch den Patienten angepasst werden. (...) Wenn nämlich der Arzt in die Freiheit der Auswahl durch den Patienten schon nicht durch den Hinweis auf ein bestimmtes Sanitätshaus eingreifen darf, dann darf er erst recht nicht selbst die Waren abgeben, weil er so durch die angebotene Bequemlichkeit einerseits und im Hinblick auf das ihm entgegengebrachte Vertrauen andererseits sogar in besonders massiver Weise in eben diese Auswahlfreiheit eingreift.“

Die dargestellten berufsrechtlichen Restriktionen führen jedoch nicht dazu, dass dem Arzt die Ausübung einer gewerblichen Tätigkeit generell untersagt ist. Eine solche gewerbliche Betätigung ist durchaus zulässig, sofern für den Patienten kein Zusammenhang mit der freiberuflichen Tätigkeit als Arzt hergestellt werden kann. Dass nach außen der Eindruck eines solchen Zusammenhangs nicht entsteht, kann nur durch eine konsequente räumliche, organisatorische und wirtschaftliche Trennung sichergestellt werden.

### Ausnahme: Therapiebestandteile

Ferner ist eine Abgabe von Produkten dann zulässig, wenn die Abgabe – was sich bereits unmittelbar aus dem Wortlaut von § 3 Abs. 2 BO ergibt – notwendiger Bestandteil der Therapie ist. Typische Beispiele für eine zulässige Tätigkeit in diesem Sinne sind die Abgabe von Kontaktlinsen in Augenarztpraxen oder Hörgeräten in HNO-Praxen. Stets muss dabei jedoch die steuerrechtliche Problematik berücksichtigt werden. Die Einkünfte aus Verkäufen derartiger Gegenstände gelten nämlich, auch wenn sie im unmittelbaren Zusammenhang mit der freiberuflichen Tätigkeit stehen, als Einkünfte aus Gewerbebetrieb. Insbesondere bei Gemeinschaftspraxen kann somit die Gefahr der „Infizierung“ der freiberuflichen Einkünfte bestehen mit der Folge, dass sämtliche Einkünfte der Gewerbesteuer unterliegen.

Die Grenzen zwischen zulässiger Empfehlung und unzulässiger Verkaufsförderung, zwischen zulässiger Abgabe und unzulässiger gewerblicher Betätigung im Zusammenhang mit der ärztlichen Berufsausübung sind fließend und sehr stark vom jeweiligen Einzelfall abhängig. Es ist daher zu empfehlen, sich vorab sachkundig beraten zu lassen.

Verfasser:  
David Bethin (Jurist), Referat Berufsrecht der Ärztekammer Berlin

### Es drohen Geldbußen

Wie erst nach Redaktionsschluss bekannt wurde, hat das Berufsgericht für Heilberufe beim Verwaltungsgericht Köln in einer aktuellen Entscheidung (Az.: 32 K 4638/99.T) gegen einen Arzt wegen Verstoßes gegen die Berufspflichten einen Verweis und eine Geldbuße in Höhe von 10.000 Euro ausgesprochen (noch nicht rechtskräftig). Der betreffende Arzt war an einer GmbH beteiligt, die die Räumlichkeiten der Arztpraxis für die Durchführung von Ernährungsberatung und den Verkauf von Diätprodukten genutzt hat. Im Hinblick auf diese Sanktion ist darauf hinzuweisen, dass auch das Berliner Kammergesetz (§ 17 Abs. 1) bei Verstößen gegen die Berufspflichten die Möglichkeit des Ausspruches einer Geldbuße bis zu 50.000 Euro durch das Berufsgericht vorsieht.

# „Ökonomischer Wettbewerb duldet keine Barmherzigkeit“

Dankesworte zur Verleihung der Paracelsus-Medaille am 3. Mai 2005

Von Jürgen Hammerstein

Dem Berliner Gynäkologen, Prof. Dr. med. Jürgen Hammerstein, langjähriger früherer Leiter der gynäkologischen Endokrinologie am Universitätsklinikum Steglitz (heute Charité, Campus Benjamin Franklin) wurde auf dem Deutschen Ärztetag die Paracelsus-Medaille verliehen. Mit dieser Auszeichnung werden Ärzte für ihr Lebenswerk geehrt, die sich in besonderer Weise um die Ärzteschaft und deren Fortbildung verdient gemacht haben. Jürgen Hammersteins kleine Dankesrede, zugleich im Namen der ebenfalls Ausgezeichneten Prof. Dr. med. Heinz Pichelmeier (Köln) und Prof. Dr. med. Heinz Dietrich (Dresden), spiegelt die Zerrissenheit des ärztlichen Berufsstands zwischen ökonomischen und ethischen Prämissen. Mit seiner Erlaubnis drucken wir sie hier im Wortlaut ab.

*„Herr Präsident, sehr geehrte Damen und Herren des Vorstands!*

*Die Verleihung der Paracelsus-Medaille erfüllt uns mit großer*

*Dankbarkeit. Bei aller Freude über die darin zum Ausdruck kommende öffentliche Anerkennung unseres beruflichen Engagements, wollen wir uns aber doch nichts vormachen:*

*Zahllosen nicht so im Rampenlicht der öffentlichen Wahrnehmung stehenden Ärzten ist es täglich mit vergleichbarem persönlichem Einsatz ebenso um die Erfüllung ihres ärztlichen Auftrags in fachlich-kurativer wie auch karitativ-mitmenschlicher Hinsicht zu tun; und auch sie nehmen häufig noch Aufgaben der ärztlichen Selbstverwaltung bzw. Ehrenämter an den Schnittstellen zwischen Ärzteschaft und Gesellschaft auf sich. Ihnen allen zusammengenommen ist es zu verdanken, wenn wir Ärzte hierzulande in der demoskopischen Beliebtheitsskala immer noch eine Spitzenposition unter den Berufen einnehmen – trotz zunehmender staatlicher Reglementierungen und immer wieder überbordenden Kampagnen gegen einzelne Ärzte, gegen spezielle Arztgruppen oder pauschal gleich gegen die ganze Ärzteschaft.*

*Aber wie lange noch? Wie lange kann der breiten Öffentlichkeit weiterhin eine heile*

*medizinische Welt vorgetäuscht werden – außer in Arztfilmen, versteht sich? Hat doch die Attraktivität unseres Berufes im Laufe der letzten Jahre als Folge gesundheitspolitischer Maßnahmen bereits beängstigende Einbrüche erlebt. Indizien dafür gibt es genug:*

- Zunehmende Abbrecher schon während des Medizinstudiums,
- Ausweichen auf patientenferne Berufe nach dem Staatsexamen,
- Bevorzugung ärztlicher Tätigkeiten im Ausland wegen besserer Arbeitsbedingungen dort.

*Die Konfrontation des angehenden Mediziners mit der ärztlichen Wirklichkeit zeigt also schon während des Studiums Wirkung; à la longue stehen uns schwerwiegende Konsequenzen ins Haus:*

- Schon jetzt ist eine schnell fortschreitende Überalterung der Ärzteschaft infolge fehlenden Nachwuchses festzustellen.
- Schon jetzt macht sich der Ärztemangel auf dem flachen Land in den neuen Bundesländern – und nicht nur dort – nachhaltig bemerkbar; allein 230 Kassenarztsitze sind in Brandenburg vakant.
- Schon jetzt zeichnen sich auch in den Kliniken zunehmende Probleme bei der Besetzung freiwerdender Arztstellen ab.

*Das sind doch Alarmzeichen, die die Gesundheitspolitiker und -ökonom aufschrecken und zur Abwendung noch größerer Fehlentwicklungen auf den Plan rufen müssten. Aber statt gegenzusteuern, wird die Ökonomisierung, Verbürokratisierung und Verrechtlichung unseres Gesundheitswesens weiter vorangetrieben und die Ärzte in ein immer enger werdendes Korsett von medizinischen Regulationen und ökonomischen Normierungen eingeschnürt, so dass ihnen bei gewissenhafter Ausübung ihrer kurativen Tätigkeit schnell die Luft ausgeht.*

*Wenn dieser Entwicklung kein Einhalt geboten wird, werden sich die Patienten schon bald an immer längere Wartezeiten auf Arzt- und Operationstermine gewöhnen müssen – ebenso an immer weitere Wege zur nächsten Praxis bzw. Klinik, an überlastete „burned-out“-Ärzte*



Foto: privat

und zunehmend auch an sprachliche Verständigungsschwierigkeiten mit ausländischen Ärzten, die die schon jetzt absehbaren Lücken in unserer Gesundheitsversorgung in immer größerer Zahl füllen werden. Hausbesuche durch den Hausarzt sind dann ohnehin passé.

Im wahrsten Sinne verschaukelt müssen sich all jene Ärzte der ehemaligen DDR fühlen, die 1990 den Übergang von der staatlichen Gängelei in die ärztliche Selbstverwaltung aus innerster Überzeugung begrüßt haben, und die sich wie der heute hier ebenfalls ausgezeichnete Professor Diettrich in Dresden um die Wiederherstellung des freien Arztberufes

an prominenter Stelle besonders verdient gemacht haben.

Sie müssen jetzt erleben, wie das Pendel zurückschlägt und das berufspolitische Bild erneut beherrscht wird von zunehmender staatlicher Bevormundung, von Mangelverwaltung und von einer Renaissance der Polikliniken – euphemistisch als „Medizinische Versorgungszentren“ deklariert. Der Arzt, Angehöriger eines freien Berufes – das war einmal: Wir Älteren können uns noch gut daran erinnern!

Über dem gegenwärtigen Rationalisierungsgebot im Gesundheitswesen haben die verantwortlichen Politiker und Gesundheitsökonom den kurativ tätigen

Arzt offenbar als zu vernachlässigende Größe aus den Augen verloren. So muss ein Arzt heute, will er beruflich überleben, sein Handeln nach ökonomischen Maximen ausrichten, auch wenn dabei seine Hinwendung zum kranken Menschen mehr oder weniger auf der Strecke bleibt. Um die Situation mit einem Satz von Professor Diettrich abschließend auf den Punkt zu bringen: „Von der Politik gewollter ökonomischer Wettbewerb duldet keine Barmherzigkeit.“ Eine solche Entwicklung sollten wir Ärzte nicht widerspruchslos hinnehmen.

Nochmals herzlichen Dank für die heutige Auszeichnung.“

## Dieter Janz wurde 85



Foto: Janz-Peschke

O bwohl der Geburtstag schon verstrichen ist, sei er nicht vergessen: Prof. Dr. med. Dieter Janz, Epileptologe und früherer Leiter

der Neurologie am damaligen Klinikum Charlottenburg der FU Berlin, wurde am 20. April 85 Jahre alt.

In Speyer geboren, wuchs er in einer dem Pfälzischen verbundenen Pfarrersfamilie auf. Er studierte Medizin in Marburg, Frankfurt, Prag und nach Unterbrechung durch den Wehrdienst in Freiburg. Als Assistent unter Paul Vogel an der Heidelberger Ludolf-von-Krehl-Klinik wurde er Neurologe. Unter dem Einfluss von Viktor von Weizsäcker, Paul Christian und Alexander Mitscherlich wuchs auch Janz in einen lebenslang bestehenden Arbeits- und Freundeskreis hinein, zu dem unter anderen Walter Bräutigam, Otto Hallen, Walter Christian, Hubertus Tellenbach, Klaus

Peck, Wolfgang Jacob und Ansgar Matthes gehören. Nach einer Assistentenzeit in Heidelberg – unterbrochen durch Forschungsaufenthalte in Zürich und London – wurde Janz Oberarzt und später Abteilungsleiter. Janz' Epilepsiesprechstunde in Heidelberg wurde zur Keimzelle der sich nach dem Krieg entwickelnden deutschen Epileptologie, er hat mehrere Generationen von Epileptologen geprägt.

Als der 37-jährige Dozent Dr. Dieter Janz zusammen mit Dr. Walter Christian infolge seiner 10-jährigen Erfahrung zum ersten Mal systematisch das uns heute geläufige und nach ihm benannte Syndrom des Impulsiv-Petit mal (juvenile myoklonische Epilepsie) beschrieb, konnte er wohl kaum die epochale Wirkung voraussehen, die diese Schrift entfalten würde. Schon hier, wie in früheren Schriften, zeigte sich der „Janz-Stil“: die vorurteilsfreie klinische Analyse in Anwendung einer strengen phänomenologischen Methode, die körperliche Erscheinungen ebenso ernst nimmt wie seelische und biographische Besonderheiten. Vergleichbar J. H. Jack-

son und W. R. Gowers stützt sich auch Janz auf eigene langjährige klinische Beobachtungen. Seine Krankengeschichten sind auch Erzählungen, geprägt von einer umfassenden Bildung. Dieser Stil hat Vorläufer und orientiert sich an der „Biografischen Methode“ Viktor von Weizsäckers, dessen Forderung nach der „Einführung des Subjekts in die Medizin“ Janz wie kaum ein anderer umsetzte.

Der Initiative des Hochgeehrten und in zahlreichen Fachgesellschaften Aktiven ist auch die Gründung der „Stiftung Michael“ vor 43 Jahren zu danken, die an der Aufklärung und Forschungsförderung zur Epilepsie arbeitet.

Von 1960 bis 1962 war Dieter Janz Vorsitzender der Deutschen Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie und von 1973 bis zur Emeritierung 1988 Professor und Leiter der Abteilung für Neurologie des Klinikums Charlottenburg der FU Berlin, die neben dem Schwerpunkt Epileptologie Konzepte und Arbeiten zur Psychosomatik und Sozialmedizin in der Neurologie hervorbrachte.

Prof. Dr. med. Wilhelm Rimpau

# Bestandene Facharztprüfungen März bis Juni 2005\*

## Allgemeinmedizin

Rafik Magamed Asadi  
 Dr. med. Bettina Auer  
 Christine Bonitz  
 Ute Buchheister  
 Semiha Bünger  
 Christian Bützow  
 Daniel Engert  
 Dr. med. Stephanie Fietz  
 Stefan Graf  
 Jana Groß  
 Roberto Hank  
 Dr. med. Ingela-Toa Henning  
 Dr.-medic/Rumänien Corinna Marina Huth  
 Manuel Kociok  
 Doren Köneke  
 Dipl.-Med. Ute Lippmann  
 Michael Maier  
 Dr. med. Edda Mainusch  
 MD/SYR Nidal Mansour  
 Benno Mertens  
 Christian Philipp Moret  
 Isabella Maria Nagel  
 Heike Ingrid Peters  
 Dr. med. Sandra Patricia von Prollius  
 Fereshteh Nikoo Boresh Rad  
 Tatiana Il'inična Rodova  
 Dr. med. Britta Schmidt  
 Alaeddin Sönmez  
 Luca Stein  
 Dr. med. Heike Beate Stetter  
 Ching-Ling Tan-Bleinroth  
 Paul Manfred Tolete  
 Michael Voigt  
 Carola Wolf  
 Dr. med. Holger Wendland

## Anästhesiologie

Jan Akyli  
 Roswitha von Bahder  
 Dr. med. Martina Blümel  
 Dr. med. Katja Fügner  
 Dr. med. Stefan Krantz  
 Dr. med. Michael Krimphove  
 Rainer Kuhly  
 Oliver Kumpf  
 Dr. med. Tatjana Luck  
 Dr. med. Claudia Mietke  
 Dr. med. Kerstin Möller  
 Yvonne Nachbar  
 Jörn Rust  
 Dr. med. Steffen Schröder  
 Dr. med. Maren Sievers  
 Dr. med. Martina Weißhaar  
 Claudia Wyen

10. Mai 2005  
 15. März 2005  
 10. Mai 2005  
 17. Mai 2005  
 3. Mai 2005  
 14. Juni 2005  
 14. Juni 2005  
 28. Juni 2005  
 15. März 2005  
 14. Juni 2005  
 28. Juni 2005  
 28. Juni 2005  
 17. Mai 2005  
 3. Mai 2005  
 14. Juni 2005  
 17. Mai 2005  
 21. Juni 2005  
 15. März 2005  
 21. Juni 2005  
 5. April 2005  
 17. Mai 2005  
 19. April 2005  
 3. Mai 2005  
 5. April 2005  
 15. März 2005  
 3. Mai 2005  
 19. April 2005  
 5. April 2005  
 14. Juni 2005  
 10. Mai 2005  
 19. April 2005  
 15. März 2005  
 10. Mai 2005  
 28. Juni 2005  
 21. Juni 2005

2. März 2005  
 18. Mai 2005  
 30. Juni 2005  
 30. Juni 2005  
 30. Juni 2005  
 14. März 2005  
 14. März 2005  
 30. Juni 2005  
 2. März 2005  
 6. April 2005  
 2. März 2005  
 14. März 2005  
 14. März 2005  
 2. März 2005  
 6. April 2005  
 6. April 2005  
 30. Juni 2005

## Arbeitsmedizin

Svetlana Frumkina  
 Piotr Kopankiewicz  
 Dr. med. Sača Plačkov  
 Dr. med. Eva-Maria Stöhr

23. März 2005  
 16. März 2005  
 23. März 2005  
 10. März 2005

## Augenheilkunde

Bettina Koll  
 Franz Lohwasser  
 Christina Pilz  
 Dr. med. Matthias Scherer  
 Stephanie Schmidt  
 Necip Torun  
 Dr. med. Tarik Yousif

25. Mai 2005  
 16. März 2005  
 25. Mai 2005  
 16. März 2005  
 25. Mai 2005  
 16. März 2005  
 25. Mai 2005

## Chirurgie

Dr. med. Anja Dippmann  
 Nasrollah Farahmand  
 Dr. med. Ulrike Götsch  
 Dr. med. Stefan Grund  
 Jörg Homann  
 Björn Jörgensen  
 Ute Jückstock  
 Dr. med. Guido Junge  
 Dr. med. Carola Kalz-Tosberg  
 Dr. med. Andreas Laipple  
 Dr. med. Hans Peter Langen  
 Dr. med. Tobias Lindner  
 Frank Meritz  
 Ralf Nitz  
 Dr. med. Andreas Pascher  
 Dr. med. Arno Schmeling  
 Sybille Schmidt  
 Dr. med. Daniel Seehofer  
 Dr. med. Christoph Willimski

15. März 2005  
 10. Mai 2005  
 10. Mai 2005  
 10. Mai 2005  
 10. Mai 2005  
 10. Mai 2005  
 21. Juni 2005  
 15. März 2005  
 15. März 2005  
 21. Juni 2005  
 21. Juni 2005  
 21. Juni 2005  
 10. Mai 2005  
 15. März 2005  
 15. März 2005  
 21. Juni 2005  
 15. März 2005  
 15. März 2005  
 21. Juni 2005

## Diagnostische Radiologie

Michael Borchert  
 Dr. med. Natascha Eckelt  
 Dr. med. Jens Olaf Heidenreich  
 Dipl.-Med. Ina Kolev  
 Dr. med. Thomas Kröncke

14. Juni 2005  
 26. April 2005  
 14. März 2005  
 14. März 2005  
 26. April 2005

## Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Dr. med. Anja Bellingkrodt  
 Dr. med. Kerstin Flemming  
 Dr. med. Claudia Heyna  
 Stefania Kilavuz  
 Armin Kühn  
 Dr. med. Kathleen Kroll  
 Dr. med. Franka Lenz  
 Wenke Mehls

29. Juni 2005  
 29. Juni 2005  
 27. April 2005  
 16. März 2005  
 29. Juni 2005  
 29. Juni 2005  
 25. Mai 2005  
 27. April 2005



Andrea Merholz  
Dr. med. Simone Pütz  
Dr. med. Annett Rake  
Afsana Razai  
Meike Schumann  
Dr. med. Jutta Sidor

16. März 2005  
25. Mai 2005  
16. März 2005  
16. März 2005  
27. April 2005  
25. Mai 2005

Dr. med. Friederike Roediger  
Dr. med. Barbara Sagolla  
Dr. med. Elke Schäffner  
Dr. med. Hagen Schmidt  
Dr. med. Uta Seuß  
Sebastian Spencker  
Dr. med. Stefanie Srock  
Dr. med. Marion Subklewe  
Dr. med. Prisca Thongbhouesra  
Dr. med. Cordula Tietz  
Antje Urmersbach  
Burkhard Weber  
Dr. med. Klaus Weber  
Hans Wesselmann  
Veronika Willems

16. März 2005  
27. April 2005  
20. April 2005  
27. April 2005  
25. Mai 2005  
25. Mai 2005  
25. Mai 2005  
11. Mai 2005  
22. Juni 2005  
16. März 2005  
16. März 2005  
22. Juni 2005  
22. Juni 2005  
22. Juni 2005  
8. Juni 2005  
2. März 2005

## Haut- und Geschlechtskrankheiten

Dr. med. Stefan Joachim Jodl  
Christian Kors  
Dr. med. Kristin Pelzer  
Dr. med. Matthias Steinhoff  
Dr. med. Bianca Wagemann

20. April 2005  
22. Juni 2005  
20. April 2005  
20. April 2005  
22. Juni 2005

## Herzchirurgie

Dr. med. Rufus Baretti  
Dr. med. Michael Erb  
Dr. med. Rainer Petzina  
Jens Schubel

1. Mai 2005  
15. März 2005  
10. Mai 2005  
15. März 2005

## Kinder- und Jugendmedizin

Dr. med. Corinna Dorothea Eva Maria Jansma  
Dr. med. Tillmann Taube

6. April 2005  
20. April 2005

## Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Dr. med. Alexander Brümmerhoff  
Dr. med. Jakob Hein

22. März 2005  
10. März 2005

## Klinische Pharmakologie

Dr. med. Konstanze Diefenbach  
Dr. med. Andreas Johné  
Dr. med. Beate Rohde

19. Mai 2005  
19. Mai 2005  
1. März 2005

## Laboratoriumsmedizin

Dr. med. Antje-Beate Molz  
Dr. med. Rico Müller  
Dr. med. Michael Praus  
Dr. med. Andreas Weimann

14. März 2005  
7. April 2005  
25. Mai 2005  
25. Mai 2005

## Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie

Dr. med. Andreas Roth

7. April 2005

## Nervenheilkunde

Dr. med. Gabriele Schick

31. Mai 2005

## Neurochirurgie

Elfituri Nemrich  
Dr. med. Hans-Georg Schlosser

12. Mai 2005  
12. Mai 2005

## Neurologie

Jan Sebastian Cassau  
Dr. med. Vivien Homberg  
Dr. med. Anne-Katrin zur Horst-Meyer  
Dr. med. Rolf Klee  
Jens Krumme  
Gregor Scherzinger

8. März 2005  
19. April 2005  
22. März 2005  
19. April 2005  
8. März 2005  
31. Mai 2005

## Innere Medizin

Dr. med. Rafat Abu Daher  
Dr. med. Karlfried Aupperle  
Dr. med. Silke Baginski  
Michael Bierbaum  
Silke Vera Biesenthal-Matthes  
Dr. med. Jana Binkau  
Dr. med. Marina Brinsuk  
Dr. med. Julia Brümmer  
Dr. med. Eva Elina Buschmann  
Dr. med. Sima Canaan-Kühl  
Dr. med. Annette Dieing  
Prof. Dr. med. Duska Dragun  
Dr. med. Nadja Dreyse  
Dr. med. Hans-Dirk Düngen  
Dr. med. Annette Fleck  
Dr. med. Juliane Franz  
Dr. med. Ulrich Freyburg  
Petra Haar  
Frauke Haase  
Dr. med. Holger Hänsch  
Dr. med. Andreas Heinsius  
Dr. med. Bert Hildebrandt  
Dr. med. Boris Keweloh  
Elke Kiefer  
Hilmar Kleinau  
Ariane Kromer  
Dr. med. Karsten Langenberger  
Dr. med. Konstanze Lodenkemper  
Dr. med. Veit Mansmann  
Dr. med. Hans-Christian Mochmann  
Dr. med. Ingo Paetsch  
Tim Pagel  
Dr. med. Katrin Pfahl  
Dr. med. Stephan Rackwitz  
Dr. med. Ursula Rauch  
Dr. med. Matthias Reimann  
Dr. med. Bernd Reisbeck

22. Juni 2005  
20. April 2005  
27. April 2005  
25. Mai 2005  
20. April 2005  
22. Juni 2005  
20. April 2005  
16. März 2005  
25. Mai 2005  
27. April 2005  
25. Mai 2005  
11. Mai 2005  
2. März 2005  
11. Mai 2005  
22. Juni 2005  
22. Juni 2005  
11. Mai 2005  
11. Mai 2005  
8. Juni 2005  
8. Juni 2005  
22. Juni 2005  
8. Juni 2005  
25. Mai 2005  
20. April 2005  
8. Juni 2005  
16. März 2005  
22. Juni 2005  
20. April 2005  
8. Juni 2005  
22. Juni 2005  
2. März 2005  
11. Mai 2005  
20. April 2005  
25. Mai 2005  
22. Juni 2005  
16. März 2005  
22. Juni 2005

## Nuklearmedizin

Dr. med. Tilman Ehrenstein  
Fatos Schneider

22. März 2005  
22. März 2005

## Orthopädie

Heiko Durst  
Dr. med. Ulf Ernst  
Petra Hahne  
Siegfried Reichenbach  
Dr. med. Kathrin Schikora  
Dr. med. Gösta Schmidt  
Dr. med. Björn Schwarzenholz  
Dr. med. Roger Sprecher

10. Mai 2005  
21. Juni 2005  
21. Juni 2005  
10. Mai 2005  
10. Mai 2005  
10. Mai 2005  
21. Juni 2005  
21. Juni 2005

## Physikalische und Rehabilitative Medizin

Sergei Feist  
Dr. med. Gundula Reichenbach

15. März 2005  
10. Mai 2005

## Plastische Chirurgie

Dr. med. Nikolaus Edler von Braunmühl  
Dr. med. Susan Fenner  
Dr. med. Götz Habild

1. Juni 2005  
1. Juni 2005  
1. Juni 2005

## Psychiatrie und Psychotherapie

Dr. med. Heike Helber-Böhlen  
Dr. med. Britta Janssen  
Dr. med. Anne Wünsche

26. April 2005  
26. April 2005  
26. April 2005

## Psychotherapeutische Medizin

Dr. med. Wolfgang Fischer  
Dipl.-Med. Dorothea Stolle  
Dr. med. Silke Witt

9. März 2005  
9. März 2005  
9. März 2005

## Transfusionsmedizin

Dr. med. Tunay Aslan

26. Mai 2005

## Urologie

Dr. med. Frank Christoph  
Alexander Drunkenmölle  
Dr. med. Dimitros Manos  
Dr. med. Olaf Wenzel  
Dr. med. Florian Wolkers

21. März 2005  
21. März 2005  
31. Mai 2005  
21. März 2005  
31. Mai 2005

*\* 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 Charité verkauft ihr Tafelsilber

Den noblen altpreußischen Klinkerbau an der Dorotheenstraße kennen die meisten Mediziner. Dort, in der Bibliothek des damaligen Physiologie-Instituts, sprach Robert Koch 1882 über seine Entdeckung des Tuberkelbazillus. Das Datum des berühmten Vortrags, der 24. März, wurde zum jährlichen Welt-Tuberkulosestag. Aber der Charité-Vorstand beschloss, diese „Außenliegenschaft“ abzustoßen – ohne Rücksicht auf Image-Verluste.

Das heutige Institut für Mikrobiologie und Hygiene, mit dem exquisiten, von einer Rundbogengalerie umgebenen Robert-Koch-Hörsaal, war ursprünglich als Physiologisches Institut gebaut worden. Geplant und durchgesetzt mit seiner für damals hoch modernen Ausstattung wurde es von Emil Du Bois-Reymond. Auf dass keine Erschütterung die empfindlichen Instrumente störe, verlegte man sogar die S-Bahn. Aber für die neuen Herren der Charité ist der geschichtsträchtige und ästhetisch herausragende Bau nur ein Mittel zur „Erreichung des Flächenabbauziels“.

Im benachbarten Pharmakologischen Institut entwickelte Oskar Liebreich das erste moderne Psychopharmakon, das Chloralhydrat. Im Physikalischen Institut kam der spätere Nobelpreisträger Hermann Nernst zum 3. Hauptsatz der Thermodynamik. Ein traditionsreicher Standort der Spitzenforschung also – lauter Leuchttürme. Aber im „Unternehmenskonzept“ der Charité ist mit „Werthaltigkeit der Liegenschaften“ nichts anderes gemeint als ihre „potenzielle Veräußerbarkeit“.

Auch die mehrfach umgebaute Frauenklinik in der Tucholskystraße ist Teil des „Vermarktungs- und Verwertungskonzepts“: ein Haus in der Scharnhorststraße (zur alten Pépinière gehörend) ist bereits verkauft.

Aber ausgerechnet den Gebäudekomplex der „Vereinigten Institute“ zwi-



Hauptportal des heutigen „Robert-Koch-Forums“, Dorotheenstraße (Porträt-Medaillons: Johannes Müller und Albrecht von Haller).

schen Spree und Dorotheenstraße zu verscherbeln, also die Arbeitsstätte der Spitzenforscher und Nobelpreisträger, mit denen die Charité sich schmückt, findet Volker Hess, der Direktor des Instituts für Medizingeschichte, absurd, nicht nur aus Traditionsbewusstsein. „Wenn man begreifen will, wie moderne Wissenschaft funktioniert, nämlich interdisziplinär, dann kann man das an der Architektur dieser Gebäude und der Geschichte ihrer Nutzung ablesen.“

Es handelt sich hier um ein besonders gelungenes Beispiel für die schön gegliederten preußischen Ziegelbauten des späten 19. Jahrhunderts mit ihrer zurückhaltenden und doch reichen Ornamentik. Der Architekt Paul Spieker errichtete die Bauten für je zwei naturwissenschaftliche und medizinische Institute der Grundlagenforschung (Physik, Chemie, Physiologie, Pharmakologie) zwischen 1873 und 1883. Das moderne Konzept dahinter: Förderung der Kommunikation zwischen den Dis-

ziplinen. Du Bois-Reymond, Helmholtz und die anderen trafen sich im Innenhof, aßen und diskutierten miteinander, liehen sich Apparate aus, besprachen Versuchsanordnungen.

Dieser Kernbereich Berliner Wissenschaft gilt dem, anscheinend ebenso geschichts- wie zukunftsblinden, „Unternehmen Charité“ als abzustoßende „Außenliegenschaft“ – und das bei dem strategisch idealen Standort, wie Hess betont: Auf halber Strecke zwischen Universitäts-Hauptgebäude und Charité-Campus: mit Kontakt zur Öffentlichkeit – die ARD nimmt den Platz des kriegszerstörten physikalischen Instituts ein – und zur Politik – das Regierungsviertel ist gleich gegenüber. „Wenn man Leute aus der Wirtschaft befragt, dann schütteln die den Kopf und sagen, man kann nur mit dem Geld arbeiten, das man hat, und das gilt auch für symbolisches Kapital.“ Banken tragen fürs Image umfangreiche Kunstsammlungen zusammen und die Charité verkauft ihre Corporate Identity.

Man kann nur hoffen, dass dies noch scheitert. Das denkmalgeschützte, schwer zu nutzende Gebäude dürfte auf dem zusammenbrechenden Berliner Immobilienmarkt kaum einen Käufer finden, meint Hess. Aussichtsreicher und lukrativer wäre sicher der Verkauf der Dahlemer und Steglitzer Villen, in denen Institute des – jetzt noch eher virtuellen – Zentrums für Human- und Gesundheitswissenschaften untergebracht sind. Im Dorotheenstraßen-Komplex könnte man endlich, fast ohne Investitionskosten, alles unter ein Dach bekommen – als „Berlin School of Public Health“? Ulf Göbel, Direktor des Instituts für Mikrobiologie und Hygiene, das im berühmtesten Teil des Gebäude-Ensembles sitzt, berichtet, der Charité-Vorstand könne die Bauten nicht ohne Zustimmung des Berliner Senats verkaufen. „Jetzt dreht uns die Charité aber quasi den Strom ab“, sagt Göbel. Das heißt, es werden keine Mittel zur Erhaltung der Bauten mehr genehmigt. – Entmietungsmethoden wie von Immobilienhaien?

Rosemarie Stein

# Änderungen der Satzung über die Berliner Ärzteversorgung

vom 20. April 2005 veröffentlicht im Amtsblatt für Berlin, Nr. 29, 24.6.2005, S. 2121.

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin hat in der Sitzung am 20. April 2005 folgende Änderungen der Satzung über die Berliner Ärzteversorgung in der Fassung vom 26. Januar 1994 (ABl. 1995, S. 2659), zuletzt geändert am 29. September 2004 (ABl. 2004, S. 4923), beschlossen:

**1. In § 9 wird folgender Absatz 7 angefügt:**

„(7) Übersteigt der Rentenanspruch zum Zeitpunkt der Einweisung in die Altersrente nicht den Wert von 1 % der jeweiligen monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV, erhält das Mitglied von Amts wegen statt der Rentenzahlung eine Kapitalabfindung in Höhe des 15fachen dieser Jahresrente.“

**2. In § 10 Abs. 1 Buchstabe c wird das Zitat „(§ 9 Abs. 1 Satz 1 und 2)“ gestrichen.**

**3. In § 16 werden Absätze 2 und 3 gestrichen.**

**4. In § 39 wird folgender Absatz 24 angefügt:**  
„(24) Die Satzungsänderungen aufgrund des Beschlusses der Delegierten-

versammlung der Ärztekammer Berlin vom 20. April 2005 treten mit Wirkung vom 1. Januar 2005 in Kraft“.

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

Berlin, den 3. Juni 2005  
Senatsverwaltung für Gesundheit,  
Soziales und Verbraucherschutz

**Ausgefertigt:**

Berlin, den 8. Juni 2005

gez. Dr. Günther Jonitz  
Präsident

gez. Dr. Elmar Wille  
Vizepräsident

*Weitere Erläuterungen zur Satzungsänderung beinhaltet der Infobrief Nr. 11, den die Mitglieder des Versorgungswerkes Mitte August erhalten.*

# BERLINER ÄRZTE

8 / 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-Gruner-Straße 62,  
04107 Leipzig  
Telefon 0341 710039-90, FAX -99  
Internet: [www.leipziger-verlagsanstalt.de](http://www.leipziger-verlagsanstalt.de)  
E-Mail: [info@leipziger-verlagsanstalt.de](mailto:info@leipziger-verlagsanstalt.de)

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe  
Anzeigendisposition: Anne Gentzsch, 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