

Explosive Mischung



Foto: privat

Dr. med. Oliver Peters

... ist Weiterbildungsassistent an der Charité und aktives Mitglied der dortigen Ärzteinitiative.

Die Protestwoche Anfang August mit ihrer Abschlusskundgebung in Berlin, stellte für viele Klinikärzte bundesweit ein Novum dar. An streikende Ärzte erinnern sich wohl die wenigsten berufstätigen Kollegen aus eigener Erfahrung. Es ist eine neue Generation von Mediziner, die da auf die Straße geht.

Diese Generation bilden mehrheitlich noch in der Weiterbildung befindliche Ärzte, deren Ansprüche jahrelang nicht niedrig genug ausfallen konnten. Angesichts unheilvoller Prognosen einer drohenden Ärzteschwemme und einem aus Sicht der Berufsanfänger ungünstigen Verhältnis zwischen angebotener und nachgefragter ärztlicher Dienstleistung war man erpressbar. Aber in den letzten Jahren hat sich das Bild deutlich gewandelt. Sowohl im In- als auch im Ausland werden Ärzte nun händelnd gesucht. Einige europäische Länder bieten deutschen Ärzten sogar bessere Arbeitsbedingungen und höhere Gehälter. Das hat zu einer Abwanderung von mehreren Tausend in Deutschland ausgebildeter Kollegen geführt. Jetzt ist ein Umfeld entstanden, in dem Unrechtsempfinden und Protestwille bei den Krankenhausärzten erneut eine explosive Mischung zu bilden scheinen.

Wofür wird eigentlich gestreikt? Vergleicht man die Themen von heute mit denen der 70iger Jahre – als das

letzte Mal Ärztestreiks größeren Ausmaßes von sich reden machten – stellt man keine grundsätzlichen Unterschiede fest. Vielmehr sind die Forderungen von heute eine zwangsläufige Fortsetzung der früheren. Damals ging es den demonstrierenden Ärzten um eine Bezahlung der Bereitschaftszeiten. Heute geht es den Klinikärzten um eine höhere Wertschätzung ihrer Arbeit auf mehreren Ebenen: Auch wenn die Fürsorge und Verantwortung für die Patienten das höchste Gut bleibt, ist es nicht vermessen, für eine leistungsgerechte Bezahlung inklusive aller Überstunden einzutreten. Doch geht es den Protestierenden bei Weitem nicht nur ums Geld, sondern auch um strukturelle Fehlentwicklungen. Arbeitsverhältnisse, in denen eine überbordende Bürokratie und ständige Zunahme arztfremder Leistungen den Alltag bestimmen, sind eine inakzeptable Zumutung.

Ist es ein Jammern auf hohem Niveau, wie so mancher Stammtisch zu wissen glaubt? Schon seit vielen Jahren steht Deutschland mit Gesundheitskosten in Höhe von 11,1% des Bruttoinlandsprodukts im Vergleich westeuropäischer Länder an der Spitze. Dieser Prozentsatz ist über Jahrzehnte hinweg stabil. Gleichzeitig ist die Vergütung derer, die von sich selbst behaupten, sie seien wesentliche Leistungserbringer in der medizinischen Versorgung, im internationalen Vergleich westlicher Industrienationen an die letzte Stelle abge-

rutscht. Da passt etwas nicht zusammen und man kann schlussfolgern, dass die Ärzte in den Krankenhäusern im Verteilungskampf, sowohl um Gelder als auch um Rechte, über viele Jahre hinweg auf der Strecke geblieben sind.

Kann denn ein Ärztestreik überhaupt etwas bewirken? Diese Frage beschäftigte uns nicht nur vor, während und nach der Streikwoche. Leichter ist die Frage zu beantworten, ob man auf eine „Spontanheilung“ hoffen soll. Sicher nicht. Insbesondere in Zeiten eines verminderten gesamtwirtschaftlichen Wachstums und der damit einhergehenden Verknappung der Gelder auch im Gesundheitswesen, wird das Ringen um die gedeckelten Ressourcen härter werden. Die Krankenhausärzte werden weiterhin für Öffentlichkeit sorgen müssen, um ihrem Anliegen Gehör zu verschaffen. Die Protestierenden haben in der Streikwoche allenthalben Sympathie- oder doch zumindest Verständnisbekundungen erfahren dürfen. Insofern war es ein erster und ein sehr wichtiger Schritt in die richtige Richtung.



TITELTHEMA

Der große Spagat

Die Charité ist zu Europas größtem Uniklinikum zusammenfusioniert worden. Doch ihre finanziellen Probleme zwingen zu einem strengen Konsolidierungskurs. Leisten soll dies ein Rezept, das bereits am Uniklinikum Hamburg-Eppendorf schon einmal erfolgreich war: Die Zentrenbildung.

Wie kommt der Riesentanker Charité damit klar und was sagen die Ärzte dazu?

Von Daniel Rühmkorf14

MEINUNG

Explosive Mischung

Von Oliver Peters3

BERLINER ÄRZTE aktuell6

Todesfall in Berlin nach verzögerter Malaria-Diagnostik

Mitteilungen aus dem Tropeninstitut13

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

Geschlechterdifferenzen beim akuten Herzinfarkt

Das Berliner Herzinfarktregister konnte in seinen Erhebungen feststellen, dass Männer und Frauen große Unterschiede bei der Krankenhaussterblichkeit mit Ursache Herzinfarkt aufweisen. Die Gründe sind nicht eindeutig zu klären, doch alles deutet darauf hin, dass die Geschlechter unterschiedlich auf bestimmte Therapiebausteine reagieren.

Von Birga Maier 23

Zehn Jahre EbM: Was hat's gebracht?

Seit 10 Jahren müht sich das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin, Ärzte auf den Pfad der auf Metaanalysen gestützten Therapieentscheidung zu bringen. Auf der Jubiläumstagung zog man ein erstes Resümee.

Von Rosemarie Stein27

Studie zur Behandlung des Rektumkarzinoms

Welche Methode der präoperativen Therapie bringt Patienten mit einem Rektumkarzinom der Stadien II und III mehr Nutzen: Die Kurzzeitvorbestrahlung oder die neoadjuvante Radiochemotherapie? Hierzu läuft eine Studie an der Robert-Rössle-Klinik/ Charité Buch.

Von Stephan Koswig und Peter M. Schlag 29

Naturheiltage31

PERSONALIEN.....

In memoriam

Carola Viebahn25

Kurt Höck wird 8526

Zum Tode von Margot Larsen ... 26

Ernst Ludwig Grauel ist tot 28

FEUILLETON.....

Kardiologe und Krimiautor

Christoph Spielberg, derzeit Berlins erfolgreichster ärztlicher Schriftsteller, hat mit „Der vierte Tag“ gerade seinen neuesten Roman herausgebracht. In seinen Krimis verarbeitet der frühere Oberarzt aus dem UKBF sein hart erarbeitetes Detailwissen. Er schreibt über die Krankenhauswelt, wie es wohl nur ein Arzt tun kann.

Von Rosemarie Stein30

Impressum38

Ärztedemonstration

Wir arbeiten gern aber nicht umsonst!

... hieß es auf der Abschlusskundgebung zur Ärzte-Protestwoche in Berlin, an der rund 3000 Ärzte teilnahmen. Sie forderten die Einhaltung von Arbeitszeithöchstgrenzen, die Vergütung ärztlicher Überstunden und die Befreiung von überbordender Bürokratie und Dokumentationspflichten. In historisch nach dem Krieg noch nicht dagewesener Zahl waren deutschlandweit mehrere tausend Klinikärzte dem Aufruf des Marburger Bundes gefolgt und hatten sich mit Streiks und Demonstrationen an der Protestwoche beteiligt. Das Medieninteresse war ausgesprochen groß. In Berlin konzentrierte sich die Protestwelle vor allem am Universitätsklinikum Charité und fand über die hausinterne Ärzteinitiative ein Sprachrohr. Einige ihrer Vertreter, bis dato in der Öffentlichkeit nur als Namen unter Anzeigenaktionen bekannt, traten erstmals in einer Pressekonferenz vor die Journalisten.

Am Universitätsklinikum herrscht durch nach wie vor stockende Tarifverhandlungen und einen parallelen Einstellungsstopp ein besonderer Leidensdruck. Die rigiden Sparvorgaben treffen vor allem junge Assistenzärzte mit ihren Zeitverträgen. Zwar scheinen die wenige Wochen zuvor in der Presse kolportierten einmonatigen Minivertragsverlängerungen nur Einzelfälle



Foto (li.): Dr. med. Olaf Guckelberger von der Ärzteinitiative (li.) und MB-Chef Dr. med. Frank-Ulrich Montgomery
Foto (re.): Knapp 3.000 Ärzte demonstrierten mit Trillerpfeifen und teils sehr kreativen Slogans.



Fotos: Rühmkorf

zu sein. Doch jede Nachbesetzung freiwerdender Stellen muss in der Charité derzeit einen komplizierten Genehmigungsparcours nehmen, so Vorstandschef Ganten. Vertragsverlängerungen werden – wenn sie denn durchkommen – derzeit in einem Rahmen zwischen 6 Monaten und drei Jahren gewährt, es dauere allerdings lange, bis eine Entscheidung gefällt ist.

Neben unkalkulierbaren Zukunftschancen beklagen die jungen Ärzte nach wie vor fehlende Überstundenvergütung, etwa fünf bis sechs Bereitschaftsdienste im Monat und eine durch Personalabbau zunehmende Arbeitsverdichtung. Oft fühlen sich die Ärzte auch nach 24 Stunden Einsatz inklusive durchgearbeitetem

Bereitschaftsdienst so unter Druck, dass sie morgens noch Visiten machen und wieder an ihre Schreibtische eilen. „Dass jemand morgens um acht nach Hause geht, habe ich noch nicht erlebt“, so Eckart Schott von der Ärzteinitiative.

Vorstandschef Ganten bekundete „durchaus Sympathie“ für die Anliegen seiner Jungärzte. Leider fehle jedoch das Geld, um die meisten Forderungen umzusetzen. Die Basisfallwerte der DRGs seien zu niedrig, um die Abläufe und Komplikationen einer Uniklinik abzubilden. Allerdings sieht er auch organisatorische Veränderungsmöglichkeiten, mit denen den Protestierenden entgegengekommen werden könnte. Ob neue Vergütungsmodelle im Chefarztbereich

ausreichen würden, um ausreichend Geld durch Umverteilung bereitzustellen, ist mehr als fraglich.

Zwar umfasst das Gesamtvolumen der Privatliquidationen derzeit 40 Millionen Euro jährlich. Doch können Neuverträge – die den Chefärzten höhere Abgabepflichten auferlegen und sie leistungsabhängiger bezahlen – nur mit neuen Chefs abgeschlossen werden. Und selbst bei optimistischer Kalkulation lassen sich darüber keinesfalls die Summen lockermachen, die gebraucht würden, um die Personalmittel im geforderten Umfang aufzustocken. Denn allein bis zum Jahr 2010 muss das Uniklinikum jährlich mit 246 Millionen Euro weniger auskommen. Es reicht also vorne und hinten nicht. SyGo

Broschüre

Gesundheitssport

Alle Gesundheitssportangebote der Berliner Vereine auf einen Blick bietet der Landessportbund über seine frisch erschienene Broschüre „Gesundheitssport 2005/2006“. Dazu gehören Angebote zum Herz-Kreislauf-Training, für den Stütz- und Bewegungsapparat, zur Stressbewältigung, Herzsport oder Sport in der Krebsnachsorge. Alle Angebote sind nach einem gemeinsam mit der Ärztekammer Berlin festgelegten Prinzip qualitätsgesichert und zur Prävention und Rehabilitation geeignet. Der Überblick ist nach Bezirken gegliedert und listet die Vereinsangebote dort mit Uhrzeiten, Orten und

Ansprechpartnern auf. Die Broschüre hat mittlerweile ihre 7. Auflage erreicht und weist ein Angebot auf, das größer ist als je zuvor. Wegen der steigenden Nachfrage ist die Zahl der Herzsportgruppen deutlich erweitert worden. Echte Renner sind auch die Rückenschulen.

Ärzte, die ihren Patienten die Sportangebote als therapeutische Maßnahmen ans Herz legen wollen, können die Broschüre für ihr Wartezimmer bestellen. Solange der Vorrat reicht, schicken Sie bitte eine formlose Bestellung an den Landessportbund, Referat Gesundheits- und Breitensport, Fax 30002-164. Ärzte, die die Broschüre in der Vergangenheit

schon einmal bestellt haben, sind automatisch im Verteiler und werden bei jeder Neuauflage informiert und beliefert. Übrigens: Unter www.lsb-berlin.net können die Sportangebote auch online eingesehen werden.



Kursangebot

Fortbildung Transfusionsmedizin

Eine Fortbildung zum Erwerb der Qualifikation „Transfusionsbeauftragter/-verantwortlicher“ (12 P) bietet die Ärztekammer Berlin am 21. und 22. Oktober an. Mitveranstalter sind die Charité und der DRK-Blutspendedienst. Mehr dazu finden Sie in unserem Veranstaltungskalender unter Termin 306.

Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

Schlosspark-Klinik Nach 17jähriger Chefarztstätigkeit an der Internistischen Abteilung ging Prof. Dr. med. Klaus von Werder jetzt in den Ruhestand. Sein Nachfolger, Prof. Dr. med. Fritz von Weizsäcker, ehemals Leitender Oberarzt und stellvertretender Ärztlicher Direktor der Abteilung Innere Medizin an der Universitätsklinik Freiburg, hat seine Nachfolge übernommen.

DRK-Kliniken Westend Neuer Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie und Muskelerkrankungen ist Dr. med. Arpad von Moers. Der ehemalige Oberarzt am Campus Virchow-Klinikum übernimmt die Nachfolge von Prof. Dr. Hans-Ludwig Spohr, der bereits Ende März in den Ruhestand ging.

Charité Universitätsmedizin Berlin Der frühere Prodekan für Forschung der Charité, Prof. Dr. med. Cornelius Frömmel, wechselte als Vorstandssprecher und Dekan an die Uni Göttingen. Seine Nachfolge als Charité-Forschungsdekan übernahm Prof. Dr. Robert Nitsch. Er ist Direktor des Instituts für Zell- und Mikrobiologie und Sprecher des Zentrums für Anatomie der Charité.

DRK-Kliniken Berlin/Wiegmann-Klinik Am 1. Juli verließ die Klinik ihren alten Standort in der Höhnmannstraße in Berlin-Grünwald und bezog das grundsanierte Gebäude auf dem Gelände der DRK-Kliniken Berlin/Westend am Spandauer Damm 130. Die ehemalige Privatklinik war bereits vor einem Jahr von den DRK-Kliniken übernommen worden. Das Team unter Chefärztin Dr. med. Ilse-Dorothee Kress blieb erhalten.

Evangelisches Krankenhaus Hubertus Patienten mit Gefäß- und Herzerkrankungen steht ein neues ambulantes Rehabilitationszentrum am Ev. Krankenhaus Hubertus zur Verfügung. Träger der Einrichtung ist die Evangelische Ambulante Rehabilitation Berlin GmbH.

Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Chefarztpositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause.
Tel. 40 80 6-1600/-1601, Fax: -1699
E-Mail: e.piotter@aekb.de oder s.golkowski@aekb.de

Neue WbO vorab Online

Auf ihrer Homepage hat die Ärztekammer Berlin jetzt die neue Weiterbildungsordnung als PDF-Datei eingestellt (Kapitel „Weiterbildung“). Sie ist noch nicht gültig, sondern befindet sich noch zur Genehmigung bei der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz. Dennoch geben wir damit allen Interessierten schon einmal Einblick in die neuen Bestimmungen. Im Laufe des September werden auch die Richtlinien vorab zur Kenntnis einsehbar sein.

Wichtig:

- Wenn die neue WbO in Kraft tritt, ist die alte WbO nicht sofort ungültig.
- Alle, die vor Inkrafttreten der neuen WbO ihre Facharztweiterbildung begonnen haben, können zwischen der alten und der neuen WbO wählen.
- Wer sich für die alte WbO entscheidet, muss sie innerhalb von 7 Jahren abschließen.

Alkoholranke

Ambulante Entgiftung an der Charité

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité Campus Mitte bietet seit kurzem eine ambulante Entgiftung für Alkoholiker an. Das Ange-

bot ist Bestandteil eines Vertrages zur Integrierten Versorgung mit der DAK. Es richtet sich an solche Suchtkranke, die keine stationäre Entgiftungsbehandlung wollen. Gemäß den Leitlinien zur Akutbehandlung alkoholbezogener Störungen wird eine qualifizierte Entzugsbehandlung durchgeführt. Einzelne Teile der Behandlung können dabei auch von ambulanten Leistungsträgern erbracht werden.

In einem Vorgespräch mit anschließender Untersuchung wird geprüft, ob der Patient für eine solche ambulante Entgiftung überhaupt geeignet ist, so der zuständige Oberarzt Dr. med. Jakob Hein. Dabei spielt die internistische Stabilität des Patienten eine ebenso große Rolle wie seine Motivation zu solch einer selbstständigen Therapie-Variante.

Kontakt über die Ambulanz der psychiatrischen Alkoholsprechstunde, Tel. 450-517095.

Robert-Koch-Institut

Informationen zur Vogelgrippe

Umfassende Informationen zum Thema „Vogelgrippe“ finden Ärzte und Patienten auf der Homepage des Robert-Koch-Instituts. Fakten zu der Krankheit sind dort unter den Schlagworten „Vogelgrippe“ oder „Aviäre Influenza“ zu finden.

Das RKI gibt eine genaue Definition der Krankheit, klärt über die klinischen Symptome auf und gibt Handlungsanleitungen zu Diagnostik, Meldepflichten und Fallmanagement bei Verdacht.

DRK-Kliniken

Neues Institut für Mikrobiologie und Krankenhaushygiene

Die DRK Kliniken Berlin haben den Laborbereich Infektionsdiagnostik als eingeständiges „Institut für Mikrobiologie und Krankenhaushygiene“ ver selbstständigt. Die neu gegründete Einrichtung steht unter der Leitung der ehemaligen Oberärztin Dr. med. Marlies Höck. Mit der Entscheidung stellen sich die DRK-Kliniken bewusst gegen den Trend. Überlicherweise werden an vielen Kliniken die infektionsdiagnostischen Einrichtungen aus Kostengründen abgeschmolzen und zusammengelegt oder es erfolgt eine Vergabe der Leistungen an auswärtige Labore. Die DRK-Kliniken sehen darin jedoch die Gefahr, dass Befunde leichter fehlinterpretiert werden können und daraus eine Falschberatung der Ärzteschaft hinsichtlich Infektionsdiagnostik, Antibiotikatherapie und Krankenhaushygiene resultieren kann. „Deshalb wollen wir mit der Einrichtung eines eigenen mikrobiologischen Instituts ein



Leiterin Dr. med. Marlies Höck

Signal setzen und verdeutlichen, wie sehr uns, trotz aller Sparzwänge, das Problem der Infektionen am Herzen liegt“, erklärte der Ärztliche Direktor der DRK Kliniken Berlin, Prof. Dr. med. Thomas Kersting. Durch Schaffung einer neuen Oberarztstelle und die Gewinnung eines beratenden Senior-Professors aus dem universitären Bereich wird das Institut zudem personell erweitert.

Infobroschüre

Todesursachen in der Todesbescheinigung

Der neue Flyer „Todesursachen in der Todesbescheinigung – Eine kurze Anleitung“ soll Ärztinnen und Ärzte beim Ausfüllen von Leichenschauschein unterstützen. Das Statistische Bundesamt hat ihn in Zusammenarbeit mit dem DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) entwickelt.

In der Vergangenheit war die Verarbeitung der Diagnosen auf den Leichenschauschein in den Statistischen Landesämtern immer wieder schwierig, hervorgerufen durch unklare Angaben zur Kausalkette, durch Abkürzungen und schlechte Lesbarkeit. Der Flyer erklärt die Struktur der Leichenschau-scheine. Anhand von Beispielen zeigt er, wie ein gut ausgefüllter Leichenschauschein aussehen kann, und gibt Hinweise, worauf beim Ausfüllen zu achten ist.

In den Statistischen Landesämtern werden die Todesursachen aller Verstorbenen erfasst und dann in einer gesamten Statistik des Bundes und der Länder zusammengeführt. Aus diesen Daten werden Handlungsempfehlungen für epidemiologische Forschung, Prävention und Gesundheitspolitik abgeleitet, die das Ziel haben, die Lebenserwartung und Lebensqualität der Bevölkerung zu erhöhen.

Beim Statistischen Bundesamt kann der Flyer in gedruckter Form kostenlos bestellt werden:

Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn, VIII A Gesundheitsstatistiken, Graurheindorfer Str. 198, 53117 Bonn oder über das Infotelefon: 01888 - 644 89 51.

Auf folgender Page kann er auch aus dem Internet geladen werden: <http://www.destatis.de/download/d/veroe/faltblatt/todesursachen.pdf> *bue*

Medizinische Flüchtlingshilfe

Aktive Ärzte und Spenden erbeten

Das Büro für Medizinische Flüchtlingshilfe braucht dringend Geldspenden und sucht freiwillig mitarbeitende Ärzte. Nach Schätzungen von Flüchtlingsorganisationen und Wohlfahrtsverbänden leben in Deutschland circa eine Million Menschen ohne Aufenthaltsstatus, davon allein etwa 100.000 in Berlin. Um diesen Menschen wenigstens eine rudimentäre Gesundheitsversorgung für den Notfall zu organisieren, hat sich 1996 das Büro für Medizinische Flüchtlingshilfe gegründet. Es arbeitet ohne staatliche Fördermittel; alle Mitarbeiter dort sind ehrenamtlich tätig.

Das Büro hat ein Netzwerk von etwa 100 niedergelassenen Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern, Hebammen und Krankengymnastinnen aufgebaut. Diese behandeln im Rahmen ihrer Mög-

lichkeiten Menschen aus der betroffenen Patientengruppe qualifiziert, anonym und kostenlos. Die Vermittlung erfolgt über das Büro. Kosten für Medikamente, orthopädische Hilfsmittel, Brillen, labortechnische Untersuchungen, bildgebende Verfahren werden über Spendengelder gedeckt.

Berliner Ärztinnen und Ärzte, die Interesse haben, sich an der gelegentlichen unentgeltlichen Versorgung von Flüchtlingen zu beteiligen, wenden sich bitte mit einer kurzen E-Mail an: info@medibuero.de. Sie bekommen dann einen Rückruf zur Terminvereinbarung für ein persönliches Informations- und Einführungsgespräch.

Das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe ist darüber hinaus dringend auf Spenden angewiesen. Wer die Projektarbeit unterstützen möchte, kann über folgende Bankverbindung spenden:

Bank für Sozialwirtschaft, Stichwort: „Medizinische Hilfe“, Konto-Nr. 3260302, BLZ 10020500

Niederlassung

Informationen und Praxisbörse für angehende Hausärzte



Eingebettet in den 28. Deutschen Hausärztetag hat der Deutsche Hausärzterverband am 30. September eine Informationsveranstaltung mit Praxisbörse für angehende Hausärzte organisiert. Zielgruppe sind nicht nur Allgemeinmediziner in der Weiterbildung, sondern auch interessierte Medizinstudenten, niederlassungswillige Fachärzte für Allgemeinmedizin und Hausärzte, die selbst ihre Praxen abgeben möchten.

Parallel zu einer Podiumsveranstaltung mit umfassenden Informationen zum Thema

(siehe Übersicht) werden die KVen der Planungsregionen Berlin, Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Westfalen-Lippe mit eigenen Infoständen präsent sein.

Sie informieren über offene Planungsbezirke, Niederlassungsbedingungen und Einkommensmöglichkeiten in ihrer Region. Dazu zählen auch zusätzliche Anreize in unterversorgten Gebieten (Sicherungszuschläge). Zudem gibt es Kontaktmöglichkeiten zwischen abgebenden Praxen und an der Neuniederlassung interessierten Ärzten.

PROGRAMMABLAUF:

EINFÜHRUNG

Dr. Wolfgang Kreischer
(Vorsitzender Hausärzterverband Berlin-Brandenburg)
Perspektiven und Honorarsituation für Hausärzte
(MU Dr. Peter Noack, KV Brandenburg)
Niederlassung als Hausarzt
(Dipl.-Med. Andreas Schwark, KV Brandenburg)

Hausärztemangel:

Lösungsansätze aus Sicht der Kommunalpolitik
(Dieter Herrchen, Bürgermeister Elsterwerda)
Bericht aus einer Hausarztpraxis
(Dr. Andreas Huth, Frankfurt/Oder)

Weiterbildung zum Hausarzt: Stand und Perspektiven
(Robert Festersen, Hausärzterverband)

Möglichkeiten der Finanzierung einer Hausarztpraxis
(Dipl. Pol. Falko Skowronnek)

Abschlussdiskussion mit den Referenten

Die Teilnahme ist kostenfrei – Anmeldung ist jedoch erforderlich. Informationen und Unterlagen unter Tel. 030/ 312 929 43.

IALD-Award

Preis für das Lichtkonzept der Ärztekammer Berlin

Das Beleuchtungskonzept der Ärztekammer Berlin wurde jetzt mit einem Lichtdesignpreis ausgezeichnet. Der Berliner Lichtplaner Michael F. Rohde (L-Plan Lichtplanung Berlin) erhielt dafür den „Award of Excellence 2005“ der International Association of Lighting Designers (IALD), eine Art „Oscar“ der Beleuchtungs-Branche. Rohde hatte die Kammer für seine Lichtkonzeption als „Testgebäude“ ausgewählt.

Er stattete das Haus der Ärztekammer mit neu entwickelten Pendelleuchten aus, die auf die Schreibtische ein direktes, und an die Decke ein indirektes Licht abgeben können. Durch Verwendung verschiedenfarbiger Leuchtröhren (rot-grün-blau) lässt sich die Raumdecke in nahezu jeder Farbe beleuchten.

Damit soll die anregende und positive Wirkung von Licht und Farbe auch für die Gestaltung von Büroarbeitsplätzen genutzt werden. Dieses in der Lichtplanung noch neue Konzept wurde am Neubau der Kammer europaweit erstmalig an einem Bürogebäude getestet. Die vielseitige veränderbare Beleuchtung lässt sich optimal den Bedürfnissen der Mitarbeiter anpassen. Und sie hat noch einen weiteren Effekt: Das Haus der Ärztekammer kann bei Nacht in unterschiedlichen Farbkombinationen beleuchtet werden – ein Hingucker, der eine positive Wahrnehmung des Gebäudes im nächtlichen Stadtbild ermöglicht.



Meldestelle

Im Unruhestand

Karin Schwarz, die Leiterin der Meldestelle der Ärztekammer Berlin, ging am 8. August in den Ruhestand. 40 Jahre lang war sie, die fast jedes Kammermitglied vom An- und Ummelden persönlich kannte, die Seele der Meldestelle. Für alle Mitglieder hatte sie ein warmes Wort, gern gewürzt mit Berliner Mutterwitz, parat. Dabei bot sie Beratung und Hilfe wo sie nur konnte. Oft entwickelte sich ein über Jahre gewachsenes persönliches Verhältnis, in dem sie „ihre“ Ärzte nach Kräften unterstützte und aufmunterte.



Karin Schwarz war die dienstälteste Mitarbeiterin, die die Ärztekammer Berlin in ihrer Geschichte je hatte. Eine unmittelbare Nachfolgerin gibt es nicht, denn die Meldestelle wurde jetzt mit dem Referat Beitragswesen fusioniert. Die Gesamtleitung übernimmt Ute Günther, die bereits seit sechs Jahren das Referat Beitragswesen leitet.

Der Arzt als Manager

Pilotseminar „Ärztliche Führung“

Ein Testseminar zum geplanten Curriculum „Ärztliche Führung“ der Bundesärztekammer findet im Herbst dieses Jahres in Bayern statt. Es wendet sich an Leitende Ärzte und Ärztinnen mit mehrjähriger Berufserfahrung. Schon im Vorfeld des Seminars sollen sich die Teilnehmer mit einem kurzgefassten schriftlichen Exposé zu einer alltäglichen ärztlichen Führungsaufgabe positionieren und dabei auch die eigene Rolle reflektieren.

Der Pilotkurs findet vom 17. bis 22. Oktober 2005 in Bad Bayersoien statt und kostet einschließlich Arbeitsmaterialien, Übernachtungen und Verpflegung 1.790 €. Die Teilnehmerzahl ist auf 20 Personen begrenzt. Registrierungen erfolgen nach der Reihenfolge des Posteingangs. Anmeldungen bitte ausschließlich über das Anmeldeformular der Landesärztekammer Bayern. Nähere Informationen über Anneliese Konzack, Tel. 089/ 4147-499.

Arzthaftungsprozesse

Landesgesundheitskonferenz

Unter dem Motto „Alle an einen Tisch“ rief Gesundheitssenatorin Heidi Knake-Werner im Frühjahr ein neues Gremium ins Leben: die Landesgesundheitskonferenz. Darin sollen Ideen und Know how führender sozialpolitischer Kräfte Berlins zusammengeführt werden.

Die Liste der teilnehmenden Organisationen ist beeindruckend: Krankenkassen, Kammer, KV und Landesportbund sind beteiligt, aber auch Gesundheit Berlin e.V., die Industrie- und Handelskammer, der Deutsche Gewerkschaftsbund, der Gesundheitsausschuss und die LIGA der

Wohlfahrtsverbände (um nur einige zu nennen). Die Landesgesundheitskonferenz soll – unterstützt von beratenden Arbeitsgruppen – Maßnahmen der Gesundheitsförderung koordinieren und Empfehlungen abgeben. Zudem soll sie gesundheitspolitische Ziele für Berlin definieren, über zentrale Fragen der Gesundheitsversorgung diskutieren und eine Abstimmung zur Selbstverpflichtung der Beteiligten herbeiführen. Für die Ärztekammer Berlin wurde Präsident Dr. med. Günther Jonitz als stimmberechtigtes Mitglied in das Gremium berufen.

Kurs „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ startet im Herbst 2005

Die Erstellung medizinischer Gutachten gehört zur ärztlichen Berufsausübung. Beauftragt werden Gutachter von privaten und gesetzlichen Versicherungsträgern und von Gerichten. Bereits im Rahmen ihrer Weiterbildung müssen Ärztinnen und Ärzte Gutachten anfertigen.

Ab Oktober 2005 bietet die Ärztekammer Berlin das Curriculum „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ an. Es basiert auf dem Curriculum der Bundesärztekammer und wen-

det sich insbesondere an Kolleginnen und Kollegen in der Facharztweiterbildung, aber auch an andere Interessierte aus Klinik und Praxis.

Der Kurs vermittelt allgemeine Grundlagen zur Begutachtung und klärt über Anforderungen an Gutachten im Hinblick auf spezielle Fragestellungen der Versicherungs- und Sozialleistungsträger auf. Dabei werden nicht nur medizinisch-fachliche, sondern auch juristische, sozialversicherungsrechtliche und rechtsmedizinische

Aspekte der Begutachtung behandelt. Anhand von Fallvorstellungen diskutieren ausgewiesene Experten hierzu fachspezifische Fragen.

Die Fortbildungsinhalte werden in vier Modulen vermittelt, die jeweils am Freitag Nachmittag und Samstag Vormittag stattfinden. In den freien Intervallen zwischen den Präsenzveranstaltungen erstellen die Teilnehmer zwei Gutachten; die Ergebnisse werden im Plenum zusammengefasst. Für die Teilnahme sind 40 Fortbil-

dungspunkte auf das Fortbildungszertifikat anrechenbar.

Die Termine im Einzelnen:
Modul I: 28./29.10.2005
Modul II: 25./26.11.2005
Modul III: 10./11.02.2006
Modul IV: 03./04.03.2006

Die Teilnehmergebühr für die Module I-IV beträgt 400 €; der Veranstaltungsort ist die Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die folgende E-Mail: begutachtung2005@aekb.de

Vivantes

Institut für Tabakentwöhnung

Raucher, die endlich vom Glimmstängel loskommen wollen, bekommen jetzt professionelle Hilfe. Kürzlich öffnete das Institut für Tabakentwöhnung (IRT) am Vivantes-Klinikum Neukölln seine Pforten. Unter der Leitung des Diplompsychologen Dr. Michael Heidler wird hier eine verhaltenstherapeutische Gruppentherapie für Patienten angeboten. Das Institut ist an die Klinik für Pneumologie unter der Leitung von PD Dr. med. Wulf Pankow angebunden. Patienten müssen die Kursgebühren von 330 € allerdings in der Regel aus eigener Tasche bezahlen. 50 € davon gibt es allerdings zurück, wenn die Patienten ein Jahr nach Abschluss einen Auswertungstermin wahrnehmen.



Weitere Informationen und Anmeldung unter Tel. 6004-2487.

Veranstaltung

Fachübergreifende Dienste

Der Frage „Was können wir gegen fachübergreifende Dienste tun?“ widmet sich eine Veranstaltung der Fraktion Gesundheit.

Sie findet statt am:
Mittwoch, 14. September 2005,
20.00 Uhr im
Theatercafé
Mephisto,
Meraner Str. 31,
Berlin/Schöneberg (nahe U-Bhf. Bayerischer Platz).

Es wird das Ergebnis einer Erhebung vorgestellt, in welchem Ausmaß fachübergrei-

fende Dienste in Berliner Kliniken bereits verbreitet sind. Zudem werden juristische Aspekte des Themas beleuchtet und den Teilnehmern Handlungshilfen gegeben, was sie tun können, wenn sie selbst für fachübergreifende Dienste einge-

teilt werden.

Übrigens. Mit dem Thema „Fachübergreifende Bereitschaftsdienste“ beschäftigt sich BERLINER ÄRZTE voraussichtlich im Oktoberheft.



Todesfall in Berlin nach verzögerter Malaria-Diagnostik

Ein 26-jähriger Afrikaner, der seit 5 Jahren in Deutschland lebte, entwickelte 10 Tage nach einem 4-wöchigen Kamerun-Aufenthalt grippeähnliche Symptome. Im Vordergrund der Symptomatik standen hohes Fieber ($> 40^{\circ}\text{C}$) sowie Kopf- und Gliederschmerzen. Der Mann suchte aufgrund seiner ausgeprägten Beschwerden die Notaufnahme eines Berliner Klinikums auf. Trotz Hinweis auf die Reiseanamnese wurden ihm lediglich

MCP-Tropfen gegen Übelkeit und Erbrechen verschrieben.

Während der nächsten zwei Tage wurde er zu Hause dreimal vom ärztlichen Notdienst gesehen, ohne dass eine weitergehende Diagnostik veranlasst wurde. Schließlich stellte sich der Mann auf Drängen eines Freundes im Tropeninstitut vor.

Zu diesem Zeitpunkt befand er sich bereits in einem reduzierten Allgemeinzustand mit Desorientiertheit und verminderter Vigilanz. Mikroskopisch wurde eine Malaria tropica diagnostiziert. Die Parasitendichte von Plasmodium falciparum betrug 12%. Aufgrund der Hyperparasitämie und des deutlich eingeschränkten Allgemeinzustands mit Unfähigkeit orale Medikamente einzunehmen wurde der Patient notfallmäßig auf die Intensivstation des Bundeswehrkrankenhauses Berlin verlegt. Es folgte die Einleitung einer intravenösen Therapie mit Chiningluconat. Am Folgetag wurde der Patient anurisch und schließlich koma-tös. Hierauf wurde eine veno-venöse-Hämofiltration (CVVH) eingeleitet. Im weiteren Krank-

heitsverlauf erkrankte der Patient an einer Klebsiellen-Pneumonie, die sich unter Antibiose nur vorübergehend besserte und schließlich in einen septischen Schock mündete. Wenig später entwickelte sich ein Herz-Kreislaufversagen, in dem der Patient am 14. Behandlungstag verstarb. Verzögert sich die Diagnose einer Malaria tropica über die ersten Krankheitstage hinaus, so muss mit ernstesten Komplikationen gerechnet werden. Eine

konsekutive Multiorganbeteiligung leitet sich aus einer massiven Ausschüttung proinflammatorischer Cytokine sowie einer Adhäsion befallener Erythrozyten an Gefäßendothelien ab.

Die Entwicklung einer zerebralen Malaria und Beteiligung von Niere und Lunge können die Vitalfunktionen schnell und unkontrollierbar beeinträchtigen. Trotz der Möglichkeiten der modernen Intensivmedizin verläuft die zerebrale Malaria unter dem Bild eines Multiorganversagens in einem hohen Prozentsatz der Fälle tödlich.

Jede fieberhafte Erkrankung bei Patienten mit Tropenanamnese gilt bis zum Beweis des Gegenteils als verdächtig auf Malaria. Bei klinischem Verdacht sollten getrocknete Blutausstriche und Dicke Tropfen als Eilsendung einer sofortigen Diagnostik zugeführt werden.

Dr. med. Matthias Günther
Institut für Tropenmedizin

PD Dr. med. Tomas Jelinek
Institut für Tropenmedizin

Dr. med. Hanspeter Bubser
Bundeswehrkrankenhaus

Die Charité verkauft ihr Tafelsilber BERLINER ÄRZTE 8/2005

Mit großer Bestürzung und ebensolcher Wehmut habe ich den Beitrag „Die Charité verkauft ihr Tafelsilber“ gelesen. Die neuen Herren der Charité scheinen keinerlei Gefühl für Traditionsbewusstsein und keine Demut vor der Leistung unserer legendären Forscherpersönlichkeiten zu haben. Sie waren es doch, die den Ruf der Charité in die Welt hinaus trugen. Die wenigen historischen Denkmäler, die der Bombenkrieg uns hinterlassen hat, sollten wir doch pflegen und nicht veräußern. Immer, wenn ich an dem noblen Gebäudekomplex in der Dorotheenstraße vorbeigehe, halte ich inne und denke dankbar an meine Promotionsprüfung im Hygiene-Institut bei Professor Oesterle am 27.2.1959.

Ich protestiere entschieden gegen den Verkauf der schönen alten Institute, wenn es auch nichts nutzen wird.

Dr. med. Margret Arendt

Der oben genannte Artikel in BERLINER ÄRZTE hat auch mich alarmiert! Auch ich würde es sehr sehr bedauern, wenn die Charité ausgerechnet diese beiden herausragenden und bedeutenden Gebäude verscherbeln würde. Muss das denn wirklich sein? Der Vorschlag, Villen in Dahlem zu veräußern, um an das Geld zu kommen, scheint mir wesentlich vernünftiger. Erst vor wenigen Tagen habe ich meinem Enkel erklärt, was diese Gebäude mal beherbergt haben und wer darin gelehrt hat. Und nun soll das alles weg! Wenn da mal eines Tages eine Pizzeria oder eine Disco drin sein werden, werden die Herren aus der Charité dumm aus der Wäsche gucken.

Dr. med. Ilse Lommel

Der große Spagat

Die Probleme der Charité lassen sich schnell umreißen: Geschätzte Erlöseinbrüche durch das DRG-System um etwa 40 Millionen Euro im Jahr, eine jährliche Kürzung des Landeszuschusses um knapp 100 Millionen Euro, das durch die Fusion schwer zu manövrierende Unternehmen, die weit verstreuten Standorte und ein Investitionsstau von über 400 Millionen Euro drängen das größte Uniklinikum Europas zu schnellem Handeln. Jedes Problem für sich wäre schon dazu geeignet, eine Universitätsklinik ins Straucheln zu bringen. Die Charité allerdings hofft, mit tiefgreifenden Strukturveränderungen der Probleme Herr zu werden. Hoffnungen setzt der Klinikumsvorstand vor allem auf das Strukturkonzept, das der seit einem Jahr agierende Klinikumsdirektor Dr. Behrend Behrends von seiner alten Wirkungsstätte, dem Uniklinikum Hamburg-Eppendorf, mit an die Spree brachte: Die Zentrenbildung.



Die Charité sucht bei finanzieller Talfahrt ihren Weg zwischen Standorterhalt und Konzentration – mit einer Zentrenbildung

Kurz vor ihrem 300. Geburtstag, den sie im Jahre 2010 feiern wird, ist die Charité wieder die einzige universitäre Einrichtung für Forschung und Lehre in der Medizin im Raum Berlin/Brandenburg. Nach dem 1995 eingegliederten Universitätsklinikum Rudolf Virchow darf seit zwei Jahren auch das Universitätsklinikum Benjamin Franklin das „Charité“ im Namen führen. Die Fusion der medizinischen Fakultäten der HU und FU kam dabei nicht freiwillig zustande –

harte politische Vorgaben zwangen die Institutionen zum Zusammenrücken. Nachdem es dem Berliner Senat aufgrund der massiven Proteste nicht gelungen war, das Universitätsklinikum Benjamin Franklin in Steglitz zu schließen, kürzte Wissenschaftssenator Thomas Flierl kurzerhand den Landeszuschuss für Forschung und Lehre im Bereich Medizin um 98 Millionen Euro, exakt den Betrag, der dem Uniklinikum Benjamin Franklin zur Verfügung gestanden hätte. Dieses wurde nun

Von Daniel Rühmkorf

DEN GÜRTEL ENGER SCHNALLLEN



nicht geschlossen, dafür sein Etat einfach aus den Haushaltsbüchern des Landes gestrichen. Damit das Uniklinikum nicht mittellos blieb, erlebte Berlin 2003 eine spektakuläre Elefantenhochzeit, den Zusammenschluss zweier Unikliniken zur Charité Universitätsmedizin Berlin.

Sie besteht aus insgesamt vier Standorten mit 128 Kliniken und Instituten und über 15.000 Mitarbeitern. Damit ist die Charité zum größten Arbeitgeber der Stadt aufgestiegen. Diesen Titel wird sie voraussichtlich nicht lange halten, denn bereits jetzt lässt der Vorstand der Charité keinen Zweifel daran, dass 2.200 bis 2.450 Stellen in allen Bereichen abgebaut werden müssen.

DEM KOSTENDRUCK STANDHALTEN



Fotos: Rühmkorf, Montage: Sehstern

Die Charité-Centren

Kernstück des neuen Unternehmenskonzepts ist die Neugliederung der 128 Institute und Kliniken in 17 standortübergreifende „Charité-Centren“ (siehe Kasten S.17). Die sollen, wenn das kommende Hochschulmedizinstrukturgesetz bis zum Herbst fertig wird, bereits am 1. Januar 2006 ihre Arbeit aufnehmen. In den Zentren zusammengeschlossen sind fachgleiche und fachverwandte Einrichtungen. Der Vorsitzende des Klinikumsvorstand, Prof. Detlev Ganten, sieht in der Zentrenbildung ein Bekenntnis und Instrument zur Sicherung der vier Kernstandorte Benjamin Franklin, Buch, Mitte und Virchow-Klinikum: „Indem wir die Kliniken und Institute

standortübergreifend zusammenschließen, verweben wir zugleich die vier Campi.“ Unter diesem Gerüst sollen mehrere Aufgaben gleichzeitig gemeistert werden.

Gemeinsame Ressourcen nutzen

Wenn man die Prozesse in jeder Klinik optimiert, so Behrends, erreicht man nicht den selben Effekt, den man erzielt, wenn verschiedene Kliniken zunächst zu einer Einheit zusammengefasst und anschließend optimiert werden. In vielen Bereichen seien die Abläufe verschiedener Kliniken, die gemeinsame Ressourcen nutzen, nicht effektiv aufeinander abgestimmt. Behrends

kann sich vorstellen, dass im OP-Management, der Nutzung von Ambulanzen oder Großgeräten noch deutliche Prozessoptimierungen erzielt werden können. „Die gemeinsame Nutzung von Ressourcen ist einer der Grundgedanken, die zur Zentrenbildung führen.“

Gemeinsame Behandlungsstandards

Die Entwicklung von gemeinsamen Standards, Patientenpfaden und Clinical Pathways kann besser fachübergreifend in den Zentren erfolgen. So soll eine onkologische Patientin, die in verschiedenen Kliniken der Charité behandelt wird, im CC 14 für Tumormedizin nach einheitlichen Standards behandelt werden.

Spezialisierung und Diversifizierung

Im Zuge der Zentrenbildung sollen mehrfach vorgehaltene Fächer ihr Leistungsportfolio stärker aufeinander abstimmen. „Wir sind an der Charité an fast allen Standorten mit den selben Fachdisziplinen vertreten. Wenn alle das Gleiche tun, haben wir eine interne Konkurrenz. Also müssen wir komplementäre Schwerpunkte bilden“, erläutert Behrends die neue Strategie der Charité. Die Kardiologie in Mitte solle nicht dasselbe tun wie die Kardiologie im Virchow und in Steglitz. Jeder Standort soll eine eigene Spezialität haben, um auf diese Weise bessere Marktchancen zu erreichen.

Dezentralisierung

Die Masse an Einrichtungen, die durch die Fusion jetzt unter einem Dach firmieren, lassen sich aus Sicht des Klinikumsvorstands nicht vernünftig zentral steuern. „Das ist völlig undenkbar bei der Größe der Charité“ gibt Behrends unumwunden zu. Dafür sei die Leistungsspanne viel zu groß. Mit 17 Zentren aber lasse sich das machen. Sie würden Profit-Center, die über Ziel- und Leistungsvereinbarungen gesteuert

DIE PENDEL-CHEFS



Wichtigstes Werkzeug: Das Mobiltelefon. Chefarzt Mario Brock pendelt zwischen Virchow und Benjamin-Franklin. Er wünscht sich mehr räumliche Nähe zum Nachbarfach Neurologie.

Beispiel Neurochirurgie

Seit 1978 ist Prof. Dr. med. Mario Brock am Campus Benjamin Franklin als Chef der Neurochirurgie tätig. Als der Lehrstuhl am Campus Virchow Anfang 2004 frei wurde, übernahm Brock auch die dortige Neurochirurgie mit. So hat man einen Lehrstuhl für Neurochirurgie eingespart; gleichzeitig wurde die Stelle des leitenden Oberarztes nicht mehr besetzt. „Wir Neurochirurgen waren lange Jahre harte Konkurrenten, erst zwischen der HU und FU und dann zwischen dem Virchow und uns. Das gab zunächst Probleme bei der „federnden Übernahme“ des Virchow-Klinikums. Mittlerweile ist die Zusammenarbeit aber wirklich gut, ich habe meine Fans gefunden!“ sagt Brock und lacht.

Für Brock bedeutet das, sich zwischen den beiden Standorten aufzuteilen: Montags und mittwochs arbeitet er in Steglitz, dienstags und donnerstags im Wedding. An vielen Tagen muss er aber trotzdem zwischen den Standorten pendeln. Das wichtigste Werkzeug hat Brock immer parat, zeigt auf sein Mobiltelefon und lächelt: „Ich bin ständig erreichbar. Das einzige Problem für einen erfahrenen Neurochirurgen ist nicht die Entscheidungsfindung, das kann man am Telefon besprechen. Am wichtigsten ist es, in jedem Moment die richtige

Diagnose zum richtigen Patienten parat zu haben.“ Das bedeutet für Brock, ständig bis zu 40 Patienten im Gedächtnis zu behalten. Dies sei eine spannende Herausforderung, erzählt er nicht ohne Stolz.

„Unsere Neurochirurgie ist jetzt die größte Westeuropas. Wir haben zwischen 3000 und 3500 Operationen im Jahr“, so Brock. Sein Bereich erwirtschaftet der Charité Gewinne, denn die Verweilzeiten sind kurz. Und Brock würde sich wünschen, auch am Standort Mitte die Neurochirurgie wieder zu eröffnen. „In Mitte ist sozusagen das Hauptquartier der Neurologie. Und der Neurochirurg gehört an die Seite des Neurologen“ argumentiert er und verweist auf die gemeinsame Entwicklung von Clinical Pathways, wie sie im Charité-Strukturkonzept vorgesehen sind. Solch eine Verzahnung erfordere aber auch gemeinsame Standorte. Unter dem jetzigen Finanzdruck sei aber an eine Vergrößerung der Neurochirurgie nicht zu denken.

Trotz der guten Bilanz wird auch sein Budget im nächsten Jahr abgesenkt. „Bisher haben wir alle unsere Stellen wieder besetzen können, aber die Verträge sind ganz schrecklich. Es gibt nur noch Monatsverlängerungen“ berichtet Brock und verweist auf den offenen Brief der Ärztein Initiative. Es gibt kein Weihnachtsgeld und kein Urlaubsgeld mehr, Überstunden werden nicht mehr bezahlt. Es läuft zurzeit eine „riesige Kampagne“, damit Mitarbeiter ihre Stellen aufgeben. In diesem Punkt sei die Verwaltung effizient, regt sich Brock auf. Für das zukünftige Zentrum sieht er keine Probleme in der Kooperation mit der Neurologie und Neuropathologie. Er begrüßt es sehr, dass Prof. Dr. med. Karl M. Einhäupl als ärztlicher Leiter des Zentrums CC 15 vorgesehen ist. Dagegen sieht Brock keinerlei Berührungspunkte mit der Psychiatrie. „Weder die Psychiatrie noch wir wollten gemeinsam in ein Zentrum, aber es ist so gemacht worden“, beschwert er sich über die Entscheidungen des Vorstandes.

werden. Behrends ist vom Erfolg der Mission überzeugt: „Ich gehe davon aus, dass diese mit dem Vorstand vereinbarten Ziele auch erreicht werden. Wir müssen in erheblichem Umfang Kompetenzen nach unten verlagern, die vorher beim Vorstand angesiedelt waren. Die Verlagerung von Entscheidungsbefugnissen ist ein spannender Prozess. Sie kommt den Klinik- und Institutsdirektoren insofern sehr entgegen, als die Flexibilität und Handlungsfreiheit durch dezentrale Entscheidungsstrukturen erheblich gestärkt wird.“

Kollegiale Dreier-Führung...

Behrends will mit Hilfe der Zentren die Charité in ein modernes Gesundheitsunternehmen überführen, das nach betriebswirtschaftlichem Kalkül handelt. Geführt werden die Zentren von einem Team aus je einem ärztlichen, kaufmännischen und pflegerischen Leiter, die vom Vorstand eingesetzt

werden. Die ärztlichen Leiter werden aus dem Kreis der Klinikdirektoren rekrutiert. Sie haben bereits als „Beauftragte“ die Arbeit aufgenommen und sondieren die Lage für das nächste Jahr.

... und in großen Zentren Managereinsatz

Die pflegerischen und kaufmännischen Leiter sollen soweit wie möglich intern besetzt werden. Jedoch werde der Vorstand für die großen Zentren wie das CharitéCentrum 17 für Frauen-, Kinder- und Jugendmedizin sowie die Perinatalmedizin, die die Größe eines mittelgroßen Krankenhauses haben, Krankenhausmanager als kaufmännische Leiter einsetzen. Grundsätzlich haben die Zentren eine kollegiale Führungsorganisation.

„Wir haben aber in unserer Satzung festgelegt, dass im Falle einer Nichteinigung der ärztliche Leiter die ausschlaggebende Stimme hat“, stellte

Behrends klar. Damit bekommt er viel Macht, aber ebensoviel Verantwortung. „Wir wollen nicht, dass die Zentrenleitungen reine Debattierclubs werden; es muss auch entschieden werden.“

Die Besetzungen von oben sorgen bei den Mitarbeitern für zusätzliche Unruhe. Gewohnt an die Mitbestimmung der Gremienuniversität werden solche Strukturen als undemokratisch empfunden. Behrends wiegelt ab: „Die Leitungen müssen vom Vorstand eingesetzt werden, weil sie vom Vorstand delegierte Aufgaben wahrnehmen. Alle Leiter müssen ein direktes Mandat haben, damit der Vorstand dafür sorgen kann, dass die strategischen Ziele der Charité umgesetzt werden.“



Zukünftig sollen die folgenden 17 Zentren die Kräfte der Charité bündeln:

- CC 1 für Human- und Gesundheitswissenschaften
- CC 2 für Vorklinische Medizin (1. Studienabschnitt)
- CC 3 für Zahnmedizin
- CC 4 für Therapieforschung
- CC 5 für Diagnostische Labormedizin
- CC 6 für Diagnostische und Interventionelle Radiologie und Intensivmedizin
- CC 7 für Anästhesiologie, OP-Management und Intensivmedizin
- CC 8 für Chirurgische Medizin
- CC 9 für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie
- CC 10 für Magen-, Darm- und Stoffwechselmedizin
- CC 11 für Herz- und Kreislaufmedizin
- CC 12 für Innere Medizin und Dermatologie
- CC 13 für Innere Medizin mit Kardiologie, Gastroenterologie, Nephrologie
- CC 14 für Tumormedizin
- CC 15 für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie
- CC 16 für Audiologie/Phoniatrie, Augen- und HNO-Heilkunde
- CC 17 für Frauen-, Kinder- und Jugendmedizin mit Perinatalmedizin

Nähere Infos zur Aufgliederung der einzelnen Zentren können im Netz unter: <http://www.Charite.de/org/chc/> abgerufen werden.

Alle Zentren erhalten ein Controlling-System über monatliche Berichte, damit sie wissen, wo sie bei den Leistungen, Erlösen, Kosten, Personal- und Sachkosten stehen. Für den Fall, dass in den Zentren die Ziel- und Leistungsvereinbarungen nicht eingehalten werden, werde der Vorstand helfen gegenzusteuern, so Behrends.

Inhomogene Grundstruktur der Zentren

Schaut man sich die Architektur der Zentren etwas genauer an, fällt auf, dass sie sehr unterschiedlich zugeschnitten

sind. Das kleinste Zentrum, das CharitéCentrum 1 für Human- und Gesundheitswissenschaften, hat 120 Mitarbeiter. Dagegen hat das CharitéCentrum 17 für Frauen-, Kinder- und Jugendmedizin sowie die Perinatalmedizin das Ausmaß eines mittelgroßen Krankenhauses mit über zwanzig Einrichtungen. Und in jedem Zentrum scheinen noch Kliniken untergebracht worden zu sein, die eigentlich nirgendwo so richtig hinpassen. Prof. Dr. med. Hans Scherer, Chef der HNO, findet sich zusammen mit der Phoniatrie und Audiometrie, aber auch mit der Augenheilkunde im CharitéCenter 16 wieder. Der Chef der

Geburtsmedizin, Prof. Joachim W. Dudenhausen, versteht nicht, welche Anknüpfungspunkte die Humangenetik zu seinem Fach im CharitéCenter 17 haben soll. Gemeinsame Patientenpfade könnten so nicht entwickelt werden. Ebenso ergeht es der Neurochirurgie, in deren Zentrum die Psychiatrie untergekommen ist. Und auch der Chef der Dermatologie, Prof. Dr. med. Wolfram Sterry, entdeckt wenig Gemeinsamkeiten mit Rheumatologie und Nephrologie, mit denen er sich gemeinsam in einem Zentrum vereint sieht. Das Zentrenkonzept ist bereits im Februar veröffentlicht worden, jetzt fehlt nur noch

D I E P E N D E L - C H E F S

Gemeinsame Behandlungspfade, getrennte Spezialisierungen an jedem Standort, dazu Mitarbeiter-Rotation; mit diesem Rezept fährt die Dermatologie recht gut, so ihr Chef Wolfram Sterry.



Beispiel: Dermatologie

Prof. Dr. Wolfram Sterry ist Chef der Dermatologie der Charité. Bei zwei Standorten in Mitte und Steglitz und einem Konsiliardienst im Virchow-Klinikum arbeiten seine Mitarbeiter weit verstreut. Doch die Fusion der Dermatologie der drei Kliniken hat Sterry stets als Bereicherung empfunden. Die Entwicklung gemeinsamer Behandlungspfade beruht auf den Erfahrungen aller Mitarbeiter in allen Häusern. „Wir haben dreimal das universitäre Know-How, was für uns ein großer Vorteil ist.“ An allen drei Standorten werden die häufigen Krankheitsbilder der Dermatologie behandelt, darüber hinaus haben die drei Kliniken Schwerpunkte entwickelt. In

Mitte sitzen die Spezialisten für Allergologie, im Benjamin-Franklin für HIV-assoziierte Hauterkrankungen und im Virchow für Hauterkrankungen bei immunsupprimierten Patienten, da dort auch das Transplantationszentrum der Charité angesiedelt ist.

Nach einer Transplantation erkranken 40 bis 50 Prozent der Patienten an Hautkrebs. Sterry weiß, dass für eine gute Zusammenarbeit die räumlichen Grenzen überwunden werden müssen. Erste Erfahrungen sammelte er dabei bereits Mitte der neunziger Jahre, als die Dermatologie vom Virchow-Klinikum nach Mitte umzog. Heute sei es für seine Mitarbeiter ganz normal, durch die verschiedenen Standorte zu rotieren. Die internen

Fortbildungen finden ebenfalls im Wechsel statt: Eine Woche in Mitte, in der folgenden Woche in Steglitz. Zu Beginn der Zusammenlegung wurden viele Treffen abgehalten, um eine „Arbeitstransparenz“ herzustellen. Und bereits nach einem halben Jahr wurde die Zusammenarbeit zur Routine.

„Die Erfahrungen aus der Fusion sind nur begrenzt für die anstehende Zentrenbildung geeignet“, so Sterry. Ein einzelnes Fach zusammenzuführen sei einfacher als eine Vernetzung mit anderen Bereichen wie beispielsweise der Rheumatologie oder Nephrologie, die wenig Schnittmengen mit der Dermatologie aufwiesen.

Grundsätzlich mahnt Sterry zur Vorsicht beim Umbau der Charité: „Ein System verträgt nur eine begrenzte Menge an Veränderungen. Um Veränderungen durchzuführen, brauchen Sie eine Basis: Menschen führen und informieren.“

Unter diesem Aspekt sieht Sterry Schwierigkeiten für die Zentrumsbildung, da wenig Zeit zur Verfügung steht und zusätzlich die massiven Finanzschwierigkeiten auf der Charité lasten.

das Gesetzgebungsverfahren, damit die neuen Zentren zum 1. Januar 2006 ihre Arbeit aufnehmen können. Entscheidend für den Senat wird vor allem die Frage sein, ob die Zentren die geforderte Einsparsumme erbringen können. Innerhalb der Charité wird daran gezweifelt, ausschlaggebend ist aber der Aufsichtsrat und Wissenschaftssenator Flierl, die die Zentrenbildung unterstützen.

Aufkeimender Protest

Der Vorstand hat mit Unterstützung der Unternehmensberatung Roland Berger das Strukturkonzept erarbeitet, das vollmundig klingt wie ein Wahlprogramm: Die Konsolidierung der Finanzen soll das gleichzeitige Wachstum nicht beeinträchtigen. Zwar sollen Mitarbeiter abgebaut werden, der Betrieb dabei aber noch effizienter laufen. Diese Logik verschließt sich vielen Mitarbeitern. In offenen Briefen meldeten sich diesen Sommer die Forscher und die 2004 gegründete hausinterne Ärzteinitiative zu Wort. Sie wollten Vorstand, Senat und Öffentlichkeit auf die prekären Zustände in der Charité aufmerksam machen. Die Teilnahme am Protesttag Anfang August war groß. Dabei geht der Unmut bis in die Chefarztebene hinein.

So zürnt zum Beispiel der Direktor der HNO-Klinik, Prof. Dr. med. Hans Scherer: „Die Zahl der Geldverbraucher, also das Management, wird immer größer, und die der Geldverdiener, der Ärzte, wird immer kleiner. Wir fahren mit Vollgas gegen die Wand, es wird nur noch mehr Geld ausgegeben. Indem die Etats der einzelnen Kliniken abgesenkt werden, graben sie sich selbst das Wasser ab. Die Untertariflichen ernähren die Über-tariflichen.“ Für besonderen Unmut sorgt der flächendeckende Einstellungs-

stopp, der seit Sommer 2004 an der Charité gilt. Ihn hält auch der ehemalige Forschungsdekan, Prof. Dr. med. Cornelius Frömmel, für tödlich: „Das ist so, als würde ich jemandem, der gefährliche Viren eingeatmet hat, raten, keine Luft mehr zu holen. Der läuft blau an und fällt tot um. Dieses Schicksal droht auch der Charité, wenn sie nicht weiter gute Leute holen und halten kann.“ Nach seinem überraschenden Weggang in diesem Sommer arbeitet Frömmel jetzt im Vorstand der Universitätsklinik Göttingen.

Soll „Umbau“ eigentlich „Abbau“ heißen?

Zukunftsweisend sind vor allem die neuen Vokabeln, die den Umstrukturierungsprozess schmücken. Da finden sich Leuchtturmprojekte, Lebenswissenschaften, Gesundheitssystem Charité und weitere wohlfeile Begriffe. Für viele Betroffene klingen diese Worte jedoch wie blanker Hohn. Sie sehen im „Umbau“ eher den Abriss der Charité. Und so ist das Misstrauen unter den Mitarbeitern gegenüber dem Management groß.

Auch Behrends räumt ein, dass die Kommunikation noch weiter verbessert werden müsse. Er verweist aber darauf, dass alle Projekte und Konzepte auf Mitarbeiterversammlungen, in Rundschreiben und im Intranet veröffentlicht worden seien. Aber anscheinend erreiche man damit immer nur einen Teil der Beschäftigten.

Aus dem Tarifvertrag der Arbeitgeber im öffentlichen Dienst ist die Charité bereits im letzten Jahr ausgestiegen. In einer Zeit, in der den Assistenzärzten Vertragsverlängerungen oft nur noch monatsweise angeboten werden (bis



„Wir können die Kosten nicht so schnell senken, wie uns die Erlöse wegbrechen. Bis wir die Kostenstruktur dem niedrigen Erlösniveau angeglichen haben, brauchen wir eine tarifliche Entlastung. Wir brauchen die Bereitschaft der Beschäftigten, sich an der wirtschaftlichen Gesundung zu beteiligen.“

Dr. Behrend Behrends,
Klinikumsdirektor



„Die Zahl der Geldverbraucher wird immer größer, die der Geldverdiener und Leistungsträger, also der Ärzte, immer kleiner. Die Untertariflichen ernähren die Übertariflichen. Wenn das so weitergeht, fahren wir mit Vollgas gegen die Wand.“

Prof. Dr. med. Hans Scherer,
Direktor der HNO-Klinik der Charité

der neue Tarifvertrag steht), das Weihnachts- und Urlaubsgeld gestrichen und Überstunden nicht mehr vergütet werden, sehen viele nur den Ausweg, die Charité schnellstmöglich zu verlassen. Die Zurückbleibenden haben dann noch mehr unter den Stellensperren zu leiden.

Nach einem spektakulären, von 250 Ärzten getragenen Massen-Stellengesuch

im Deutschen Ärzteblatt Ende 2004, hat sich die Ärzteinitiative der Charité Mitte Juli wieder zu Wort gemeldet und auf die demotivierenden Arbeitsbedingungen hingewiesen. Unter anderem erbringe die ärztliche Basis monatlich 85.000 unbezahlte Überstunden und unterstütze so die Charité inoffiziell mit 20 Millionen Euro jährlich. Zu weiteren Sparmaßnahmen seien sie nicht bereit.

Sie fordert von der Charité und dem Berliner Senat, die Universitätsmedizin nicht kaputtzusparen. Einem offenen Brief folgte ein gemeinsam mit dem Marburger Bund initiiert Warnstreik. Behrends indes sieht in diesem Punkt keinen Verhandlungsspielraum, es wird zu Tarifabsenkungen kommen: „Wir können die Kosteneinsparungen, die notwendig sind, nicht so schnell reali-



Sieht mit Sorge den Raubbau an den Mitarbeitern; Joachim Dudenhausen, der Chef der Geburtsmedizin an den Standorten Virchow und Benjamin-Franklin. „Die Leute sind ausgeknautscht. Wie beim Personal noch weiter gespart werden soll, muss man mir erst mal erklären.“

Beispiel: Geburtsmedizin

Etwas überraschend ist es schon, dass Prof. Dr. Joachim W. Dudenhausen nicht mehr in der ersten Reihe steht – in den vergangenen zehn Jahren war er Chefarzt der Geburtsmedizin im Virchow-Klinikum, Prodekan für Lehre und Dekan der fusionierten Charité. Als Leiter des größten CharitéCentrums 17 für Frauen-, Kinder- und Jugendmedizin und Perinatalmedizin indes steht Dudenhausen nicht zur Verfügung. Denn seit der Fusion der beiden Standorte in

DIE PENDEL-CHEFS

Steglitz und im Wedding hat Dudenhausen eine „reizvolle Herausforderung“ mehr: Die Zusammenführung der Geburtsmedizin im Benjamin Franklin und im Virchow-Klinikum bedeutete, zwei unterschiedlich entwickelte Kliniken zu vereinen. Das Virchow-Klinikum ist ein High-Tech-Zentrum, in Steglitz drohte vor der Fusion die Abwicklung der Abteilung.

Er als neuer Chef für die Mitarbeiter in Steglitz habe keine Probleme gehabt. „Ich bin nett aufgenommen worden“, sagt Dudenhausen. Der Fehler der neunziger Jahre, die einzelnen Stationen nach der Fusion des Klinikums Westend und des Rudolf-Virchow-Krankenhauses nicht zu mischen, hat die Geburtsmedizin nicht wiederholt. Sowohl die Assistenten als auch die Oberärzte rotieren und kennen so beide Einrichtungen. Das sei bei zwei weiterhin bestehenden Standorten dringend erforderlich, erläutert Dudenhausen. Er selbst arbeitet an zwei Wochentagen und an einem Tag am Wochenende in Steglitz. Heute befindet sich die Klinik im Benjamin Franklin in einem entwicklungsfähigen Zustand und ist einer der Bereiche, der schwarze Zahlen schreibt, berichtet Dudenhausen. Zwar sei die Ausstattung der Kliniken unterschiedlich, trotzdem müssten nur ein Prozent der Schwangeren vom Süden in das Virchow-Klinikum verlegt werden. Nur wenn eine Beatmung des Neugeborenen erforderlich werden könnte wie bei Mehrlingsschwangerschaften, Fehlbildungen und Geburten vor der 32. Schwangerschaftswoche, sei eine Entbindung im Virchow ratsam. Dudenhausen

sieht mit Bedauern, dass selbst in seinem hochprofitabel arbeitenden Bereich Raubbau an den Mitarbeitern betrieben werde. Zwar habe er keine größeren Einbußen an Stellen, aber seine Mitarbeiter seien „ausgeknautscht“. Wie da beim Personal noch weiter gespart werden solle, müsse man ihm erst mal erklären.

„Die Idee der Zentrumsbildung mag ich ja noch nachvollziehen“, so Dudenhausen, „Aber die Bildung eines Zentrums für Frauenheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie und Humangenetik mit insgesamt 19 Instituten und Kliniken, das will mir nicht einleuchten. Warum müssen denn ausgerechnet 17 Zentren gebildet werden?“ fragt Dudenhausen weiter. Und wer könne denn belegen, dass sich auf diese Weise tatsächlich Geld einsparen ließe? Er sehe zwar die Notwendigkeit, Standards zu entwickeln sowie interdisziplinäre Behandlungspfade einzuführen, aber diese seien nicht an die Gründung von Zentren gebunden.

Schon die Fusion der Universitätsmedizin werfe die Frage auf, ob es sinnvoll war, einen solchen „Riesentanker“ auf den Weg zu bringen. Vielleicht wäre Berlin mit zwei Unikliniken besser gefahren, gibt der Geburtsmediziner zu bedenken. Denn bei einer solch großen Besetzung werde die Steuerung des Ganzen, ob mit oder ohne Zentren, problematisch.



sieren wie uns die Erlöse wegbrechen. Bis wir unsere Kostenstruktur dem niedrigen Erlösniveau angeglichen haben, brauchen wir eine tarifliche Entlastung. Das ist für die Charité essenziell. Deswegen brauchen wir die Bereitschaft der Beschäftigten, sich an der wirtschaftlichen Gesundung des Unternehmens zu beteiligen.“ Für die aktuellen Tarifverhandlungen hatte man von weiteren Kündigungsdrohungen abgesehen und sich auf die Wünsche der Tarifpartner zubewegt.

Zusammenlegung von Lehrstühlen

Aber nicht nur bei den Assistenzarztstellen wird gekürzt. Bis 2010 sollen von den 220 C3- und C4-Professorenstellen 45 abgebaut werden. Wenn Leitungspositionen frei werden, müsse, so De-

kan Prof. Dr. med. Martin Paul, in jedem Einzelfall die Wiederbesetzung überprüft werden. Die Charité hat seit ihrer Fusion mit dem Fachbereich Humanmedizin der FU Berlin zur „Charité - Universitätsmedizin Berlin“ bereits einige Verschmelzungen erlebt. So sind die Geburtsmedizin, die Neurochirurgie, die Neurologie, die HNO und die Dermatologie unter der Regie eines Chefs zusammengefasst. Diese Fusionen konnten relativ reibungslos vonstatten gehen, weil sich in den Fächern jeweils einer der Chefs in den Ruhestand verabschiedet hatte und der Chefarztstuhl leer blieb. Angesichts der teilweise dramatischen Kämpfe der Vergangenheit um Standorte, scheinen die meisten Mitarbeiter froh darüber zu sein, wieder in klaren Strukturen zu arbeiten. Einhellig berichten die Chefärzte mit erweiterten Standorten von einem freundlichen Miteinander und einer guten Zusammenarbeit, trotz räumlicher Trennung (siehe Kästen „Die Pendel-Chefs“).

Finanziell geht's abwärts

Bis zum Jahre 2010 entsteht der Charité jährlich ein Ergebnisrisiko von 246 Millionen Euro. Das hat zur Folge, dass die Budgets der Zentren schon im nächsten Jahr abgesenkt werden. „Wir können ungefähr abschätzen, wo wir im Jahre 2010 stehen müssen“, so Behrends. „Wir rechnen am Ende der Konvergenzphase mit einem Basisfallwert von 2975 Euro. Das ist die Zielgröße, auf die wir uns einstellen.“ Deshalb führt der Vorstand mit allen Klinikdirektoren intensive Gespräche, wie und bis wann sie sich vorstellen können, zu diesem Zielwert zu kommen. Diskutiert wird, ob man die Erlöse steigern kann oder andernfalls, wie sich die Kosten weiter reduzieren

lassen. Daraus entsteht der Businessplan für dieses Zentrum, fokussiert für das Jahr 2010.

Ob die Konsolidierung der Charité greift, ist nicht nur vom Erfolg der CharitéCenter abhängig. Weitere Brocken müssen aus dem Weg gerollt werden: Die medizinischen Einrichtungen der Charité müssen bis 2010 für geschätzte 427 Millionen Euro renoviert werden. Das Benjamin Franklin braucht 120 Millionen Euro, soll aber aus den Mitteln der Hochschulbauförderung instand gehalten werden. Für das Bettenhochhaus in Mitte werden mindestens 200 Millionen Euro veranschlagt.

Verkauf von Tafelsilber

Da die vorhandenen Mittel nicht ausreichen, muss die Charité sich von Grundstücken und Gebäuden trennen.

Von den 600.000 Quadratmetern Nutzfläche sind nach Angaben des Vorstands 200.000 Quadratmeter in den nächsten Jahren verzichtbar. In der ersten Stufe werden alle Außenstandorte aufgegeben und auf die Kernflächen geholt. Aufgegeben werden die Psychiatrie in der Eschenallee, das alte American Hospital in der Fabekstraße, die Gebäude am Heubnerweg, die alte Orthopädie in der Scharnhorststraße, 515 Mitarbeiter-Wohnungen, die Mikrobiologie und Virologie in der Dorotheenstraße sowie weitere Objekte in der Ziegelstraße, Tucholskystraße und Bunsenstraße.

Das ergibt nach Angaben des Vorstands eine Einsparung von 100.000 Quadratmeter. Die effektivere Nutzung der Kernflächen soll in der zweiten Stufe noch einmal 100.000 Quadratmeter erbringen. Diese Flächen sowie das Bettenhochhaus in Mitte sollen in eine Immobiliengesellschaft überführt werden. Die Erlöse aus diesen Verkäufen, so die Absprache mit dem Berliner Senat, dürfen vollständig von der Charité genutzt werden, wenn damit Investitionen getätigt werden. Wie schwierig es allerdings sein kann, Immobilien in Berlin zu verkaufen, hat bereits Vivantes in den letzten Jahren erleben müssen. Ein weiterer Bereich, aus dem die Charité schnell Geld machen will, sind die Servicebereiche. Diese werden ausgegliedert und zu einer Facility-Management-Gesellschaft umgewandelt und verkauft. Erwarteter Erlös: 30 Millionen Euro.

Behrend Behrends hatte in Hamburg elf Jahre Zeit, um das Universitätsklinikum Eppendorf umzustrukturieren. Hamburgs medizinische Zentren liegen Fußläufig beieinander, für sie entstand ein hochmoderner Neubau, in dem alle Kliniken auf kurzen Wegen zu erreichen sind. Berlin ist gänzlich anders. Hier muss sich erst noch herausstellen, ob dem Strukturkonzept Behrends - und damit der Charité - ein weiterer Erfolg beschieden ist.

Verfasser:

Dr. med. Daniel Rühmkorf,
Medizinjournalist

DIE PENDEL-CHEFS



Die Grundlagenfächer haben von der Fusion profitiert, die Drittmittelwerbung klappt besser und die Infrastruktur wird sinnvoll zusammengezogen, freut sich Rolf Winau, Chef des Zentrums für Human- und Gesundheitswissenschaften.

Beispiel: Human- und Gesundheitswissenschaften

Der Pionier der Zentrenbildung an der Charité ist unbestritten Prof. Dr. med. Rolf Winau, Ordinarius des Instituts für Geschichte der Medizin und ehemaliger Prodekan für Lehre. Seit 2000 ist er außerdem der Direktor des Zentrums für Human- und Gesundheitswissenschaften, nachdem vor zehn Jahren unter Leitung der Struktur-Berufungskommission des Wissenschaftssenators beschlossen wurde, die Grundlagenfächer zusammenzufassen.

Winau verweist darauf, dass die beteiligten Institute bei der Gründung aktiv mitgewirkt und sich eine Satzung gegeben haben, die sie in langen Diskussionen abstimmen. Winau ist sich sicher: „Ohne den Schutz des Zentrums wären einige der Institute längst geschlossen!“ Gleich nach der Zentrumsgründung wurden doppelt angelegte Institute zusammengelegt, so die Sozialmedizin, die Geschichte der Medizin oder die Medizinische Psychologie. Die Integration der fusionierten Institute sei gelungen. Die beteiligten Einrichtungen hätten sich Zeit genommen, um einander kennenzulernen und damit die Grundlage für fächerübergreifende Kooperationen und Forschung geschaffen.

Im kommenden Jahr will das Zentrum die strengen Institutsgrenzen aufgeben. Außerdem wird der Studiengang Public Health von der TU an das humanwissenschaftliche Zentrum verlagert.

„Besitzstandsängste gab es bei uns genauso wie bei den anderen Einrichtungen, die jetzt die Zentrumsbildung vor sich haben. Aber wir haben die Chance gesehen, unsere Fächer und Leistungsfähigkeit zu erhalten.“ Insofern ist Winau einer der wenigen Befürworter des Strukturkonzepts der Charité. Das Zentrum für Humanwissenschaften profitiert vom Zusammenschluss: Mehr und mehr Forschungsprojekte würden interdisziplinär umgesetzt. Wichtige drittmittelgeförderte Projekte hätten nur eingeworben werden können, weil das Konzept des Zentrums in Vergabeverfahren überzeugte.

Ein weiterer Gewinn ist die Zusammenfassung der Bibliotheken zur zweitgrößten humanwissenschaftlichen Bibliothek Europas. So ergeben sich bessere Arbeitsbedingungen für alle Mitarbeiter. Geplant ist nun, weitere Bibliotheken aus Berliner Kliniken zu übernehmen und auszuwerten. Eine Forderung des humanwissenschaftlichen Zentrums wird nun erfüllt werden: Alle bisher noch über die Stadt verteilten Institute werden in Mitte zusammenziehen. Dezentrale Steuerung funktioniert beim CC1: „Die Zentrenbildung gibt uns die Möglichkeit, die Mittel sinnvoller zuzuweisen“, ist Winau überzeugt. Das Budget wird vom Zentrumsrat auf die 12 zusammengeschlossenen Institute verteilt. Die Aufteilung des Budgets nach Lehrfähigkeit und Leistung sei „nicht immer problemlos“. Alle Beschlüsse werden vom gewählten Zentrumsrat getroffen, der Zentrumsdirektor hat die Funktion eines Geschäftsführers. Das Zentrum für Humanwissenschaften ist das erste, aber auch das kleinste innerhalb der Charité: 120 Mitarbeiter umfasst es.

Geschlechterdifferenzen bei Sterblichkeit und Behandlung des akuten Herzinfarkts

Daten des Berliner Herzinfarktregisters

Das Herz hat kein Geschlecht, wohl aber der Herzinfarkt. Er ist männlich, und das nicht nur grammatikalisch, sondern auch in der allgemeinen Wahrnehmung. Sind doch die Mehrzahl aller Herzinfarktpatienten Männer. Gleichwohl ist die Gefahr für die Frau eine größere: Wenn Frauen einen Herzinfarkt erleiden, dann sterben sie mehr als doppelt so häufig im Krankenhaus an ihrem Infarkt als die Männer. Ein Ungleichgewicht, das umso schwerer wiegt, als bei der Therapie eine Ungleichbehandlung von Mann und Frau zu beobachten ist. Frauen erhalten in der Klinik in signifikant geringerem Maße eine Therapie, die den medizinischen Leitlinien zur Behandlung eines Herzinfarkts entspricht als Männer. Das ist die Bilanz einer Untersuchung, die das Berliner Herzinfarktregister in den Jahren von 1999 bis 2002 in 25 Berliner Kliniken durchführte.

Von Birga Maier

In diesem Zeitraum wurden Daten zur stationären Versorgung von 5133 Patienten und Patientinnen mit einem Herzinfarkt erhoben. In die Untersuchung eingeschlossen waren alle Patienten und Patientinnen, die einen Infarkt ausserhalb des Krankenhauses erlitten hatten, deren Prähospitalzeit geringer als 48 Stunden war und die mindestens zwei der drei Kriterien der WHO für einen Herzinfarkt erfüllten.

Dieser Untersuchung zufolge starb etwa jede fünfte Frau im Krankenhaus an ihrem Herzinfarkt, bei den Männern war es jeder zwölfte Patient. Die Erklärung für dieses Ungleichgewicht scheint auf der Hand zu liegen. Ist doch der männliche Herzinfarktpatient im Durchschnitt 62 Jahre alt, die durchschnittliche Herzinfarktpatientin 11 Jahre älter. Doch leider greift dieser eingängige Zusammenhang von Alter

und Tod in diesem Fall zu kurz. Das zeigt bereits ein einfacher Vergleich der Krankenhaussterblichkeit in den verschiedenen Altersklassen (Abb 1). Zwar ist tatsächlich bei beiden Geschlechtern ein altersbedingter Anstieg der Krankenhaussterblichkeit zu beobachten, doch in nahezu jeder Altersklasse sterben mehr Frauen an ihrem Infarkt als Männer gleichen Alters. In der Altersgruppe von 41 bis 60 Jahren liegt die Krankenhaussterblichkeit unter den Frauen beispielsweise bei 7 Prozent und bei 4 Prozent unter den Männern. In der darüberliegenden Altersgruppe bis 80 Jahren sterben 17 Prozent aller Frauen in der Klinik an ihrem Herzinfarkt, aber nur 10 Prozent der Männer. Im Alter gleichen sich diese Unterschiede dann ein wenig an. Die erhöhte Krankenhaussterblichkeit der Frauen scheint also keine Frage des Alters zu sein.

Frauen weisen andere Risikofaktoren auf

Doch eine andere Beobachtung fällt ins Auge: Männer und Frauen haben – das zeigt die Untersuchung des Berliner Herzinfarktregisters – ein unterschiedliches Krankheitsbild geprägt durch eine unterschiedliche Verteilung der Risikofaktoren und des Schweregrades der Erkrankung. Ein Drittel aller Frauen weist etwa bei der Aufnahme ins Krankenhaus eine Lungenstauung auf, im Vergleich zu nicht einmal jedem vierten Mann. Doppelt so häufig wie der männliche Herzinfarktpatient leidet die Patientin unter einer manifesten Herzinsuffizienz oder sogar unter einem kardiogenen Schock. Ihr Zustand bei Aufnahme ist insgesamt ernster. Die bestimmten Risikofaktoren der Frauen heißen Diabetes, Bluthochdruck und Adipositas, die des Mannes zu hohes Cholesterin und Rauchen. Eine Geschlechtertrennung ist hier klar ersichtlich.

Frauen werden seltener leitliniengerecht behandelt

Der Zustand der Frauen bei Einlieferung ins Krankenhaus ist ernster, die Risikofaktoren sind je eigene. Da kann es

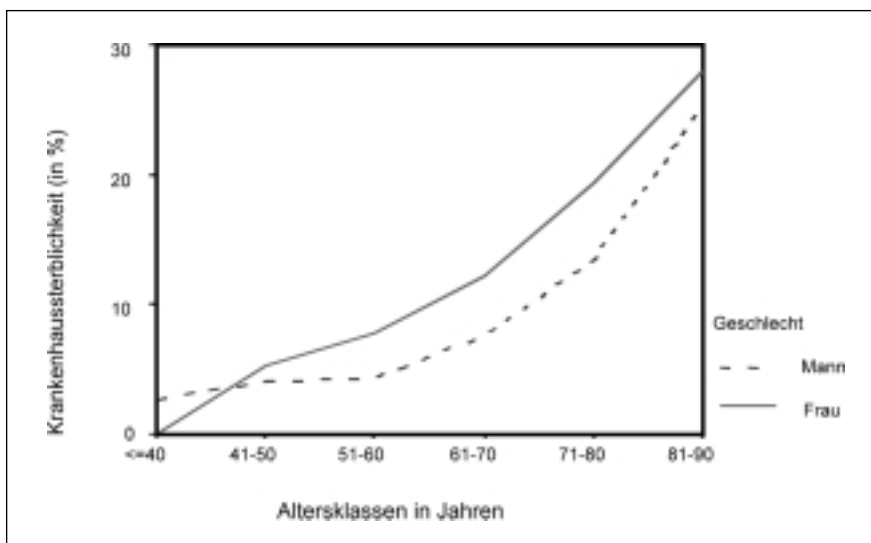


Abb. 1: Krankenhaussterblichkeit unterteilt in Geschlechter und Altersklassen

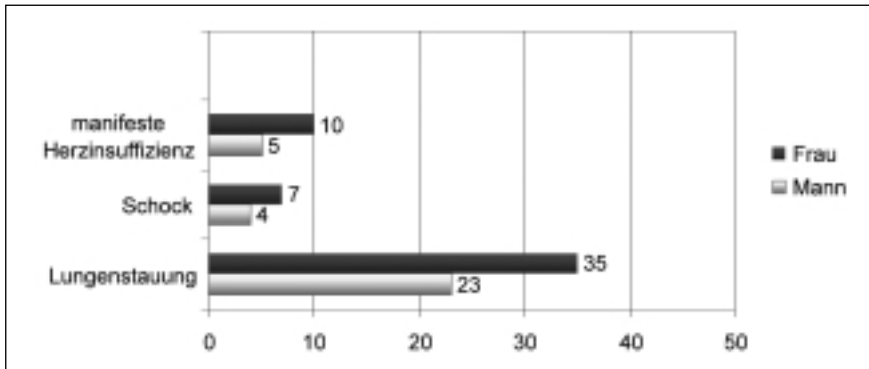


Abb. 2: Schweregrad bei Aufnahme

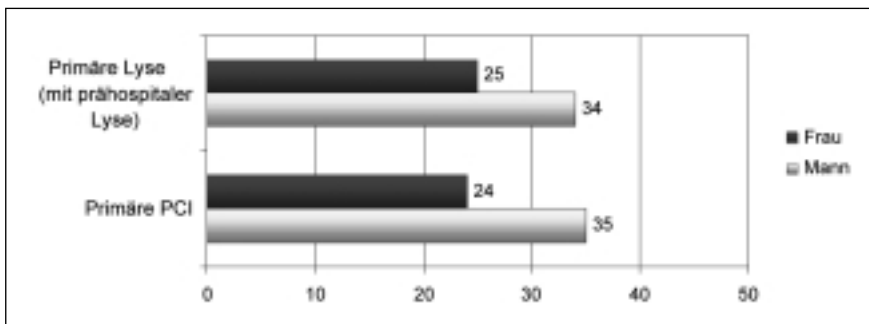


Abb. 3: Einsatz der Reperfusionstherapie bei Frauen und Männern in %

nicht verwundern, dass Männer und Frauen unterschiedlich behandelt werden. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang allerdings die Beobachtung, dass Frauen seltener nach medizinischen Leitlinien behandelt werden. Zur Infarktbehandlung empfehlen diese die Reperfusionstherapie. Das kann zum einen die so genannte PCI (percutaneous coronary intervention) bedeuten, das heißt die Wiedereröffnung des verschlossenen Herzkranzgefäßes durch eine Ballondilatation mittels Katheter, zum anderen die

medikamentöse Auflösung durch ein Thrombolytikum. 69 Prozent aller männlichen Herzinfarktpatienten erhielten eine dieser beiden Behandlungsoptionen. Von den Frauen erhielt gerade einmal die Hälfte diese leitliniengerechte Therapie. Ein Ungleichgewicht, das bei beiden Behandlungsformen (PCI und Thrombolyse) zu beobachten ist. Frauen erreichen auch zu 10 % seltener ein Krankenhaus mit einem Linksherzkatheter-Messplatz, der für den interventionellen Eingriff im Rahmen einer PCI notwendig ist.

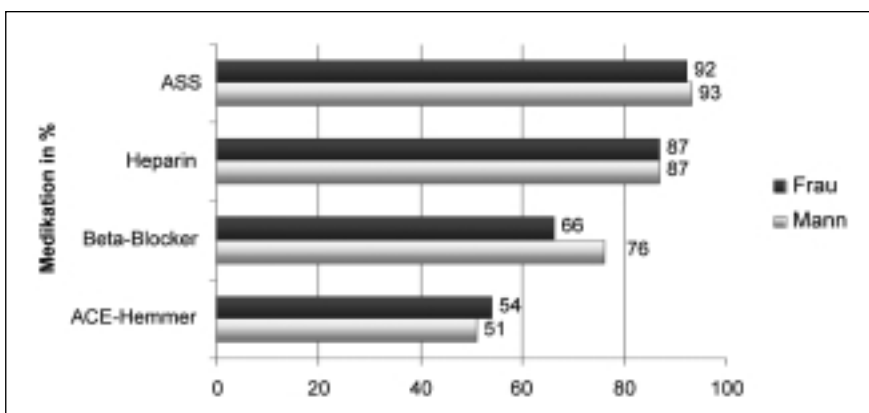


Abb. 4: Medikamentöse Begleittherapie (initial) bei Frauen und Männern

Neben der Reperfusionstherapie wird in den medizinischen Leitlinien eine medikamentöse Begleittherapie gefordert. Auch hier sind Unterschiede in der Behandlung von Mann und Frau zu beobachten. Bei der Gabe von Heparin und ASS ähneln sich die Werte. Beta-blocker jedoch erhielten Frauen in signifikant geringerem Maße. Bei zehn Prozent liegt hier immerhin der Unterschied zwischen den Geschlechtern. Auffällig auch in diesem Zusammenhang, dass die Gabe von ACE-Hemmern die einzige Therapie ist, die Frauen häufiger erhalten als Männer.

Ein entsprechendes Bild bietet sich auch bei der leitliniengerechten Entlassungsmedikation. Sowohl Beta-Blocker als auch Cholesterin-Synthese-Hemmer wurden Frauen in signifikant geringerem Maße bei ihrer Entlassung verschrieben als Männern. Betablocker erhielten 89 Prozent aller Männer und 80 Prozent aller Frauen und Cholesterin-Synthese-Hemmer fast zwei Drittel aller Männer (63%) und weniger als die Hälfte aller Frauen (48%). Frauen, die einen Herzinfarkt erleiden, sind also ernsthafter erkrankt, sie weisen andere Risikofaktoren auf und sie werden in geringerem Maße gemäß den medizinischen Leitlinien behandelt. Vor diesem Hintergrund scheint es nicht weiter verwunderlich zu sein, dass Frauen häufiger an ihrem Infarkt sterben als Männer.

Unterschiede nach Adjustierung

Um trotz dieser Unterschiede die Sterblichkeit von Mann und Frau vergleichen zu können, gilt es, die unterschiedlichen Voraussetzungen mit ins Kalkül zu ziehen. Dazu haben wir uns einer statistischen Methode, der so genannten Adjustierung, bedient. Mit ihrer Hilfe lassen sich die Auswirkungen der verschiedenen Ausgangsbedingungen ausgleichen. Was heißt das? Wir haben ein statistisch-mathematisches Modell gebildet, um rechnerisch so zu tun, als wären die Herzinfarktpatienten gleich alt, gleich vorerkrankt und würden eine gleiche Behandlung erfahren. Im Ergebnis

In memoriam Carola Viebahn



Die Ärztekammer Berlin nimmt Abschied von Dr. med. Carola Viebahn, die nach schwerer Krankheit viel zu früh am 26.7.2005 ver-

starb. Carola Viebahn war seit dem Jahr 2000 Vorsitzende der Ärztlichen Stelle Röntgen (bzw. Ärztliche Stelle Qualitätssicherung Strahlenschutz – Berlin) und Stellvertreterin des Beauftragten für den Strahlenschutz der Ärztekammer Berlin.

Mit ihr haben die Berliner Ärzte nicht nur eine engagierte und fachlich hoch kompetente Kollegin, sondern auch

einen ungemein hilfsbereiten und liebenswerten Menschen verloren. Carola Viebahn wurde am 11.12.1948 in Berlin Wilmersdorf geboren. Nach Schulzeit und Studium in Berlin hat sie 1978 die Approbation als Ärztin erhalten und 1981 den Doktorgrad der Medizin erworben.

Ihre Weiterbildung zur Fachärztin für Radiologie am Klinikum Steglitz der Freien Universität Berlin (heute Campus Benjamin Franklin der Charité) schloss sie 1984 erfolgreich ab. 1987 wurde sie Chefärztin der Radiologischen Abteilung des Evangelischen Krankenhauses Hubertus in Berlin-Zehlendorf. Von 1991 bis 1994 war sie zugleich Ärztliche Direktorin der Klinik. Ihre Abteilung hat sie bis zu ihrem Tod mit beispielhaftem Einsatz, großer Umsicht und Tatkraft

geleitet und stetig weiterentwickelt. In den letzten Jahren war es ihr noch vergönnt, einen modernen Spiralcomputertomographen und eine Hochleistungsangiographieanlage in Betrieb zu nehmen. Damit schaffte sie die Voraussetzungen für die besonderen Aufgaben der Interventionellen Radiologie im Rahmen des neu gegründeten Gefäßenzentrums Berlin am Hubertuskrankenhaus.

Mit ihrem langjährigen ehrenamtlichen Einsatz für den Strahlenschutz und die Qualitätssicherung in der Radiologie hat sich Carola Viebahn um die Berliner Ärzteschaft und ihre Patienten verdient gemacht. Sie hinterlässt eine große Lücke und wird uns, ihren Kollegen und Mitarbeitern in der Ärztekammer Berlin, sehr fehlen. Unser Mitgefühl gilt ihrem Ehemann und ihrer Familie.

Dr. med. Günther Jonitz, Dr. med. Ulrich Beckmann, Priv. Doz. Dr. med. Dietrich Banzer

Fortsetzung von Seite 24

dieser mathematischen Rechnung zeigte sich, dass – selbst wenn für die verschiedenen Einflussfaktoren (Alter, Risikofaktoren, Schweregrad der Erkrankung bei Krankenhausaufnahme und Behandlung) adjustiert wird – das Risiko für Frauen an ihrem Infarkt im Krankenhaus zu versterben 30% höher ($OR=1,3$) ist als für Männer, unabhängig von den anderen genannten Faktoren. Es gibt also unabhängig von der individuellen Krankengeschichte und der Behandlungsform eine Übersterblichkeit der Frau, die durch ihr Geschlecht bedingt zu sein scheint.

Und noch ein Zweites lässt sich mit Hilfe derartiger statistischer Modelle erkennen: Betrachtet man die Auswirkungen der Reperfusionstherapie für Mann und Frau getrennt und setzt, wie beschrieben, alle anderen Einflussparameter gleich, so ergibt sich, dass die Reperfusionstherapie die Krankenhaussterblichkeit unter den Männern in einem höheren Maße senkt als bei den Frauen. Bei den Männern sinkt das

Risiko, an ihrem Herzinfarkt zu sterben um mehr als ein Drittel, wenn sie eine Reperfusion erhalten, bei den Frauen lediglich um etwas mehr als 10 Prozent.

Fazit

Zusammenfassend können wir festhalten, daß es ein Ungleichgewicht zwischen den Geschlechtern bezüglich der Krankenhaussterblichkeit gibt, trotz Adjustierung für Unterschiede im Alter, in der Ausgangssituation, im Schweregrad bei Aufnahme und in der Erstversorgung. Den Gründen hierfür wird sich das Berliner Herzinfarktregister in seiner weiteren Forschung widmen.

Auch können wir festhalten, dass Frauen im Krankenhaus anders behandelt werden als Männer. Das könnte seine Gründe in einer unterschiedlichen Reaktion der Geschlechter auf die verschiedenen Therapiebausteine haben. Hier wäre zu fragen, ob die medizinischen Leitlinien und die Forschung insgesamt ihr Augenmerk intensiver auf Geschlechterdifferenzen legen sollte.

Anschrift der Verfasserin:

Dr. med. Birga Meier (MPH)
Berliner Herzinfarktregister e.V.
Inst. f. Ges.wissenschaften der TU Berlin
Ernst-Reuter-Platz 7
10587 Berlin

Kurt Höck wird 85



Foto: privat

OMR Dr. sc. med. Kurt Höck, einer der Begründer der Psychotherapie in der DDR, feiert am 5. September 2005 seinen 85. Geburtstag. Der in

Körlin/Persante geborene Arzt studierte nach dem Abitur in Greifswald Medizin. Unmittelbar nach dem Krieg wurde er zunächst als Truppen- und Lazarettarzt eingesetzt. Erst 1946 konnte er die Facharztweiterbildung zum Internisten beginnen. Bereits hier fing er an, sich für die Psychoanalyse zu interessieren und kümmerte sich um eine ordentliche Ausbildung auf diesem Gebiet. Die erhielt er zunächst am Schultz-Hencke-Institut in Berlin, musste sie aber nach dem 17. Juni 1953 erst einmal abbrechen.

1956 übernahm Kurt Höck die Chefarztstelle der Psychotherapie-Abteilung im „Haus der Gesundheit“. Dies geschah zu einer Zeit, als Höck eigentlich als Allgemeinmediziner niedergelassen war und parallel als Internist in der Charité arbeitete. Er blieb auf seinem neuen Platz im „Haus der Gesundheit“ bis 1986 und prägte in dieser Zeit die Entwicklung der Psychotherapie in der DDR entscheidend.

Zunächst aus der zeitlichen Not geboren, führte er dort Gruppentherapien ein. Damit begann ein Prozess, an dessen Ende die Konzeption der Intendierten Dynamischen Gruppenpsychotherapie stand, die mit dem Namen Kurt Höck eng verbunden ist.

Anfang der 60er Jahre wurde Kurt Höck Bezirksarzt. Auf diesem Posten musste er nach dem Mauerbau in bewegten politischen Zeiten die Folgen des Ärzte-Exodus gestalten und eine schwere

Ruhrepidemie im Jahre 1962 bekämpfen. Wegen seiner Erfolge dabei wurde er weit mehr geehrt als für seine Leistungen in der Psychotherapie, die erst 1995 mit der Verleihung der Ernst von Bergmann-Plakette eine späte Würdigung erfuhr. 1978 wurde der „Facharzt für Psychotherapie“ – zunächst übrigens nur als Zweitfacharzt führbar – in der DDR geschaffen; Kurt Höck erwarb den Titel als erster.

Wer in der DDR als Parteiloser gestalten wollte, der musste das haben, was Kurt Höck hat: Fähigkeit zur Verantwortungsübernahme und Organisationstalent, visionäre Intelligenz und Energie zur Gestaltung und Durchsetzung. Hätte es ihn nicht gegeben, den Initiator, Promotor, Katalysator, das Genie, das Talent, den Ganoven und väterlichen Freund, was wäre uns allen entgangen! Lieber Kurt Höck, lass Dir von dieser Stelle aus von Deinen vielen Schülern, Mitstreitern und Freunden herzlich gratulieren!

Dr. sc. med. Christoph Seidler

Zum Tode von Margot Larsen



Foto: privat

Die Chefärztin der früheren Neurologischen Stadtrandklinik Griesingerstraße, Dr. med. Margot Larsen, starb am 26. Juni 2005 im Alter

von 69 Jahren. Die für ihre kollegiale Ansprechbarkeit und ihr Engagement bekannte Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie fühlte sich zeit ihres Berufslebens in hohem Maße der ärztlichen Gesinnung verpflichtet und blieb politisch unabhängig.

Sie huldigte weder dem Grundsatz „wer schreibt, der bleibt“, noch pflegte sie Industriekontakte. Stattdessen hielt

Margot Larsen engen Kontakt zu allen Fachgruppen, sehr zum Wohle ihrer Patienten. Ihre Arbeit zeichnete sich durch fallbezogene Sensibilität aus, die auch in der Langzeitbetreuung weiter bestand und sich über die Zeit der Rehabilitation bis hin zur sozialen Wiedereingliederung der Patienten erstreckte.

Margot Larsen war eine Ärztin, die man bei therapeutischen Problemen oder privatissime jederzeit ansprechen konnte und deren Diskretion man sich sicher sein konnte. Die Weitergabe ihres profunden Wissens war ihr weit wichtiger als das dem üblicherweise folgende Stellen von Rechnungen.

Ihr warmherziges Interesse an den Menschen brachte Margot Larsen auch viele herzliche private Kontakte ein, denn die collega unterhielt praktisch

einen klassisch unkonventionellen Berliner „Salon“ mit geistreichen Gesprächen bei selbst bereiteter internationaler Küche. Die fanden sowohl in gepflegter Häuslichkeit als auch in einem raffiniert gestalteten Blumen-dschungel – genannt „Gärtchen“ – statt, in der prominente Gesichter aus Kunst und Wissenschaft auftauchten. Anonymität war gesichert.

Die Ärztin, die zeit ihres Lebens große gesellschaftliche Auftritte mied, drückte ihre Einstellung auch in ihrem letzten Willen aus. Der Wunsch nach einer anonymen Bestattung im engsten Kreise und nach Verzicht auf konventionelle Grabgebilde zeigt dies. Mit ihr starb ein in seiner Bescheidenheit und Zugewandtheit nachahmenswertes ärztliches Vorbild. Ihr plötzlicher und unerwarteter Tod hinterlässt uns in Trauer.

Renate Utke

Zehn Jahre EbM: Was hat's gebracht?

Was halten Sie denn von EbM? Nein – nicht „Einheitlicher Bewertungsmaßstab“. EbM mit kleinem b, wie „Evidence-based Medicine“, wofür sich die eigentlich sinnwidrige wörtliche Übersetzung „Evidenzbasierte Medizin“ eingebürgert hat. Die Eindeutigkeit der guten Sache selbst ist jetzt ein Jahrzehnt her. Deshalb fragten sich die Mitglieder des „Deutschen Netzwerkes Evidenzbasierte Medizin e.V.“ (DNEbM) selbstkritisch: Was hat's gebracht?

Nicht die Senkung des Blutzuckers, sondern die des Blutdruckes reduziert die Mortalität beim Typ-II-Diabetes. „Mit straffer Blutzuckersenkung kann man Fünfundachtzigjährige sogar umbringen“, sagte Bernd Richter (Uni-Klinikum Düsseldorf). Eine einzige Studie, wonach die Senkung des Blutzuckers lebensverlängernd wirke, sei aber in alle einschlägigen Leitlinien eingegangen. Ein Beispiel dafür, dass längst nicht alle Leitlinien evidenzbasiert sind, also dem Patienten auf sicherer wissenschaftlicher Grundlage Nutzen bringen. Als zweites Beispiel nannte Richter die acht Asthma-Leitlinien, die seit 1999 publiziert wurden, nach seinem Urteil durchweg „sehr schlecht“: Studien nicht berücksichtigt, geschweige bewertet, soziale Faktoren ignoriert, Dosierung der Beta-Agonisten nicht durchdacht. Anstieg der Asthma-Todesfälle durch Überdosierung?

Exempla docent, wie wenig sich die evidenzbasierte Medizin in ihrem ersten deutschen Jahrzehnt durchgesetzt hat, obgleich Berufene wie Unberufene sie ständig im Munde führen. „Überall steht jetzt EbM drauf, auch wenn EbM gar nicht drin ist“, kritisierte der Netzwerk-Vorsitzende Johannes Forster (St. Josefs-Krankenhaus Freiburg).

Heilslehre oder „Kochbuchmedizin“?

Polarisiert EbM die Ärzteschaft? Peter Scriba, Münchner Hochschul-Internist und langjähriger Politikberater (z.B. im Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen) hat das beobachtet: Auf der einen Seite unkritischer Enthusias-

mus; EbM als Heilslehre, mit der die Medizin zur berechenbaren Wissenschaft wird; auf der anderen pauschale Ablehnung als „Bürokratismus“ oder „Kochbuchmedizin“. Für Scriba ist EbM aber nichts als „der vernünftige Gebrauch der besten externen Evidenz (also der in einwandfreien Studien gewonnenen wissenschaftlichen Belege) für Entscheidungen bei der Versorgung individueller Patienten!

Evidenzbasierte Medizin besteht demnach aus drei Komponenten: Aus Studienergebnissen, klinischer Erfahrung des Arztes und Präferenzen des Patienten. Sie muss durchaus nicht bei jeder Entscheidung eingesetzt werden, ist aber in Problemfällen notwendig.

Wie sicher ist der Nutzen?

Wie kann man Ärzte davon überzeugen, dass die Befolgung von Leitlinien dem Patienten mehr nützt als schadet? Indem man den Grad der beanspruchten Evidenz solcher Empfehlungen kritisch untersucht und bewertet, sagte Regina Kunz (früher Charité, jetzt Gemeinsamer Bundesausschuss). Eine internationale Gruppe entwickelte Kriterien

dafür, die jetzt erprobt werden. Wie gut ist die Studie? Gibt es den beobachteten Effekt tatsächlich oder ist er anzuzweifeln?

Nur für 20 Prozent aller ärztlichen Interventionen sei die Wirksamkeit wissenschaftlich erwiesen, stellte das US-Institute of Medicine vor drei Jahrzehnten fest. Das bestätigte sich, wenn auch von Fach zu Fach sehr verschieden, bis heute, berichtete der Tübinger Biometriker und Qualitäts-Experte Hans-Konrad Selbmann, Vorsitzender der Leitlinien-Kommission der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften (AWMF). Viel ist einfach nie systematisch untersucht worden. Selbmann riet aber davon ab, „die Randomisierung anzubieten“, schon wegen der vielen Verzerrungsmöglichkeiten. Es gebe auch noch andere Wege zur Evidenz, etwa gute Beobachtungsstudien. Allerdings würden sie bei negativem Ausgang in aller Regel nicht veröffentlicht: „Publication-Bias“.

Regina Kunz warnte davor, die Schwelle beliebig zu senken – was Selbmann sicherlich fern liegt. Von BERLINER ÄRZTE gefragt, wie viele der tausend deutschen Leitlinien er für gut und evidenzbasiert hält, meinte er: „Viel- leicht 24 bis höchstens 30!“ In diesem Zusammenhang gehört ein Hinweis von Monika Lelgemann (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin): Verschiedene Studien zum selben Thema – wie COPD, Retinopathie-Screening bei Diabetes II und Influenza-Impfung – beurteilen das Evidenz-niveau, also die wissenschaftliche Aussagekraft derselben Studien verschieden. Nach ihrer Meinung

können eigentlich nur für bestimmte Schlüsselfragen einer Leitlinie evidenzbasierte Empfehlungen ausgesprochen werden.

„Es hat was gebracht“

Hat nun EbM nach zehn Jahren schon etwas gebracht? Bei aller selbstkritischen Skepsis, wie sie strenger Wissenschaftlichkeit eigen ist, kamen die „Netzwerker“ doch eindeutig zum „Ja“. Selbmann zu BERLINER ÄRZTE: „Es hat was gebracht. Man denkt jetzt mehr darüber nach, ob es wissenschaftliche Belege gibt für das, was man tut.“

„Man“? Es gibt nicht nur jene Ärzte, die ihr Tun wissenschaftlich begründen wollen. Scriba sprach von „Parallelwelten“ und wies auf die breiten wissen-

schaftsfernen Strömungen auch noch in der heutigen Heilkunde hin. Und der Lübecker Sozialmediziner Heiner Raspe befürchtet: „Die ganze EbM bricht sich

eventuell an der Realität – an der Haltung von Ärzten und Patienten.“

Rosemarie Stein

EbM (fast) für die Kitteltasche

Leider kann man nicht sämtliche Studien selbst lesen und obendrein noch beurteilen. Da ist das „Kompodium evidenzbasierte Medizin“ äußerst nützlich. Jetzt erschien es schon in der vierten, aktualisierten und stark erweiterten Auflage. Bei den praktisch wichtigsten schwerwiegenden wie auch banalen Leiden wird angegeben, ob der „Nutzen belegt“ oder „wahrscheinlich“ ist, ob „Nutzen und Schaden abzuwägen“ sind oder auch die „Wirksamkeit unbekannt“ ist.

Für Ärzte, die bei aller Zeitknappheit ihre Patienten wissenschaftlich fundiert behandeln wollen, ist dies Kompodium ein unentbehrliches Hilfsmittel. R. St

Günther Ollenschläger et al (Hrsg.): *Kompodium evidenzbasierte Medizin*. Verlag Hans Huber, Bern, 4. Aufl. 2005. 1038 S., 49,95 €.

Zum Tode von Ernst Ludwig Grauel



Foto: Charité Campus Mitte

Am 11. Mai 2005 verstarb in Berlin der Neonatologe und langjährige Direktor der Charité-Kinderklinik in Mitte, Prof. Dr. med. Ernst

Ludwig Grauel. Er wurde am 15. Februar 1935 in Hormersdorf/Erzgebirge geboren.

Nach dem Abitur studierte er Humanmedizin an der Charité. Nach Staatsexamen und Promotion (1958) arbeitete er für zwei Jahre als Pflichtassistent im Kreiskrankenhaus Seelow. Im Anschluss war er Assistenzarzt in der Charité-Kinderklinik und legte 1964 die Facharztprüfung für Kinderheilkunde ab. In den 60er Jahren wandte sich Grauel den stürmisch aufstrebenden Gebieten der Neonatologie und Perinatalogie zu und wurde Mitbegründer einer der ersten Neonatologischen Abteilungen

Deutschlands, deren Leitung er 1975 übernahm und bis zur Emeritierung innehatte. Im Zuge der Wende 1990 wurde er 1991 als Direktor der Charité-Kinderklinik eingesetzt und gleichzeitig als Leiter einer der Berufungs- und Strukturkommissionen der Charité zuständig für die Neustrukturierung und Neuberufung aller nichtchirurgischen Fächer, auch der der Charité-Kinderklinik. Nach der Fusion des Universitätsklinikums Rudolph Virchow mit der Charité 1995 bildeten die nun vereinten Kinderkliniken beider Campi das Otto-Heubner-Centrum für Kinder- und Jugendmedizin, zu dessen Sprecher er 1999 ernannt wurde. In dieser Zeit wurde er auch zum Stellvertretenden Ärztlichen Direktor der Charité gewählt.

Ernst Ludwig Grauel war bis zu seiner Emeritierung im Jahr 2001 neben seinen vielen Funktionen in Fachgesellschaften, in der Landespolitik und in der Charité vor allem Chef der Klinik für

Neonatalogie und hier besonders Kinderarzt und Lehrer. Er war stets freundlich, umgänglich und immer ansprechbar, auch unter größter Belastung. Sein nimmermüdes Engagement für das Leben Tausender neu- und frühgeborener Kinder war für Generationen von Kinderärzten und Kinderkrankenschwestern prägend. Für alle beispielhaft war sein sehr einfühlsamer und verständnisvoller Umgang mit den Eltern.

In der Ärztekammer Berlin war er nach den Wendejahren Mitglied der Delegiertenversammlung und der Ethikkommission. Zudem engagierte er sich als Prüfer und Mitglied des Weiterbildungsausschusses II sowie in der Qualitätssicherung Neonatalogie.

Ernst Ludwig Grauel verstarb nach kurzer schwerer Krankheit. Er hinterlässt eine Ehefrau und 6 Kinder. Wir werden ihn als liebenswerten Menschen, beispielhaften Arzt und Wissenschaftler, als Humanisten, aber auch als Kämpfer für die Rechte von Kind und Familie in ehrender und dankbarer Erinnerung bewahren.

Prof. Dr. med. Roland Wauer

Studie zur Behandlung des Rektumkarzinoms

In den aktuellen deutschen S3-Leitlinien wird für die Behandlung des Rektumkarzinoms in den UICC-Stadien II und III ein neuer Standard empfohlen. Methode der Wahl ist darin nicht mehr die adjuvante postoperative Radiochemotherapie, sondern die präoperative Therapie entweder als Kurzzeitvorbestrahlung oder als neoadjuvante Radiochemotherapie. Inwieweit beide Verfahren gleichwertig oder eines davon überlegen ist, wird sehr kontrovers diskutiert. Eine von der Berliner Krebsgesellschaft geförderte Studie, die von der Robert-Rössle-Klinik im HELIOS-Klinikum Berlin, Charité Campus Buch initiiert wurde, soll dazu Aufschluss bringen.

Von Stephan Koswig und Peter M. Schlag

In der Kontroverse Kurzzeitradiotherapie versus Langzeitradiationstherapie haben beide Seiten gute Argumente. Viele Chirurgen, aber auch Patienten favorisieren aufgrund der Kürze (5 Tage Bestrahlung mit unmittelbar sich anschließender OP) das Kurzzeitverfahren.

Von den Strahlentherapeuten wird hingegen die konventionelle Radiochemotherapie über circa 5 Wochen bevorzugt. Grund dafür ist die zu erwartende bessere Remission und die nicht gänzlich geklärte Rate möglicher Spättoxizität durch die Kurzzeittherapie. Eine endgültige Klärung der Kontroverse soll nun eine prospektiv randomisierte Studie herbeiführen, die im letzten Jahr unter Leitung von Professor Schlag (Chirurgie) und Professor Budach (Strahlentherapie) in Berlin gestartet wurde. Daran beteiligen sich bisher 30 Kliniken, 25 davon stammen aus Berlin. Innerhalb der letzten 18 Monate wurden mehr als 160 Patienten im Rahmen dieses Protokolls therapiert.

Zum Hintergrund der Fragestellung: Seit Anfang der 90er Jahre galt die adjuvante Radiochemotherapie bei der Therapie des Rektumkarzinoms im Stadium II und III als Standard. Diese Empfehlung wurde in den USA durch das NIH (1990) und in Deutschland durch eine Konsensuskonferenz der Deutschen Krebsgesellschaft 1994 gegeben. Sie beruhen auf den Ergebnissen von zwei nordamerikanischen Studien. In der GITSG-Studie wurde

erstmals für die postoperative Radiochemotherapie (45 Gy/ 5 Wochen und 5,4 Gy Boost plus Bolus 5-FU) ein Vorteil gegenüber der alleinigen Operation nachgewiesen. Die Lokalrezidivrate konnte von 24 % auf 11 % gesenkt werden. Diese Ergebnisse wurden durch die NCCTG-Studie bestätigt. Hierauf basierend wurde die Standardtherapie definiert, die aus 6 Zyklen Chemotherapie mit 5-FU als Bolusinjektion und einer Strahlentherapie (45 Gy plus Boost 5,4 Gy- GD 50,4 Gy), bestand, wobei der 3. und 4. Zyklus der Chemotherapie simultan zur Strahlentherapie appliziert wurde.

Trotz dieser Empfehlungen wurden viele Patienten mit lokal fortgeschrittenem Rektum-Ca, Stadium II-III nicht nach diesen Standards behandelt, wie die zwischen 1995 und 2000 durchgeführte Berliner Feldstudie zum Rektumkarzinom unter Leitung von Professor Schlag zeigen konnte. Dies spiegelt sich zum Teil in den hohen Lokalrezidivraten wieder.

Im Laufe der Jahre wurden viele Studien zur Verbesserung des damaligen Standards durchgeführt. Im Zuge dessen kann mittlerweile die simultane Radiochemotherapie mit einer 5-FU-Dauerinfusion während der Bestrahlung als Standard angesehen werden. Da in den letzten Jahren gleichzeitig durch die Anwendung der totalen mesorektalen Exzision (TME) die Lokalrezidivrate allein durch diese Operationstechnik in

Zentren erheblich gesenkt werden konnte, war offen, ob auch bei konsequentem Einsatz dieser OP-Technik eine zusätzliche Therapiemaßnahme noch zu einer Verbesserung der Ergebnisse führt.

In einer holländischen Studie wurde gezeigt, dass mit einer Kurzzeitvorbestrahlung (5x5 Gy über 5 Tage) auch bei TME die Lokalrezidivrate von 8,2 % auf 2,4 % nach 2 Jahren weiter sinkt. Dass die neoadjuvante Radiochemotherapie bessere Resultate erzielen kann als eine adjuvante Radiochemotherapie wurde durch die deutschen CAO/ARO/AIO-94 Studie gezeigt. Hier wurde ein signifikanter Vorteil durch die neoadjuvante Therapie hinsichtlich der Lokalrezidivrate (7% vs. 11%, $p=0,02$) gezeigt. Diese Ergebnisse führten im letzten Jahr zu einer Änderung der Therapieempfehlung bei der Behandlung des Rektumkarzinoms in den UICC-Stadien II und III.

Um rasch und vor allem valide zu klären, welche Patienten von welcher Vortherapie profitieren, ist eine Behandlung im Rahmen der o.g. Studie zu empfehlen, um hierdurch zu einer weiteren Optimierung in der Behandlung des Rektum-Ca zu gelangen.

Anschriften der Verfasser:

Dr. med. Stephan Koswig
Prof. Dr. med. Peter M. Schlag
Charité Campus Buch
Robert-Rössle-Klinik
im HELIOS-Klinikum Berlin
Lindenberger Weg 80, 13125 Berlin
Tel. 941 71 700

Kardiologe und Krimiautor

Dr. med. Felix Hoffmann, Internist an der Berliner Humana-Klinik, fragte sich konsterniert: „War ich am Ende gar kein Krankenhausarzt mit meinen wie auch immer unzulänglichen Bemühungen für die Patienten, sondern nur Statist in einer Geldwaschanlage, die sich als Standort ein Krankenhaus ausgesucht hatte?“ – Dass Kliniken zwangsweise zu Wirtschaftsunternehmen mutieren, weiß man. Aber zu Geldwäschereien?

Wir befinden uns in einem Roman, im ersten von bisher vier sehr unterhaltsamen „Dr. Felix Hoffmann-Krimis“. 2001 erschien „Die russische Spende“, in der Serie Piper, wie auch die anderen: „Denn wer zuletzt stirbt“, „Hundertundeine Nacht“, und „Der vierte Tag“, worin es eine dramatische und doch hochkomische Geiselnahme auf der Intensivstation gibt. Es fabuliert da einer mit so vielen Details aus der medizinischen Wirklichkeit Berlins, dass ärztliche Leser immer wieder Déjà-vu-Erlebnisse haben, bestimmte Szenen und Personen wiederzuerkennen glauben und „Wer is'n das?“ fragen, obwohl dies keine Schlüsselromane sind. Sie werden auch verständnisvoll schmunzeln oder laut auflachen, denn in diesen Taschenbüchern steckt soviel Witz, dass auch Nicht-Krimileser viel Spaß an den lebensnahen Milieuschilderungen haben.

Zu diesem „Phantastischen Realismus“ kann nur jemand fähig sein, der Berliner Kliniken sehr genau von innen kennt: die überlangen Dienste, den Papierkrieg, die Patienten, die nie nach dem Lehrbuch krank sind, die täglichen Medizynismen, die klinischen Studien für die Pharmaindustrie. Der Autor heißt Christoph Spielberg – kein Pseudonym. Privatdozent Dr. med. Christoph Spielberg, 1947 in Berlin geboren, war bis 1992 Oberarzt am Klinikum Steglitz, dann bis 1998 in einer Potsdamer kardiologischen Gemeinschaftspraxis tätig und arbeitet noch immer als engagierter Kardiologe in einer Zehlen-

dorfer Praxis, wenn auch zeitlich stark reduziert.

Er braucht seine Zeit zum Schreiben. Und warum gerade Krimis? Spielberg sieht enge Parallelen zwischen internistischer Diagnostik und kriminalistischen Ermittlungen: Fahndung nach der richtigen Spur in einem Wust von Symptomen oder Indizien, falsche Vermutungen, neue Untersuchungen... Gleich das erste Buch, „Die russische Spende“, war ein Erfolg und trug ihm 2002 den Preis der Krimi-Autoren, den Glauser-Preis, für den besten Debüt-Roman ein, obwohl der Plot ein bisschen langsam startet. 2004 folgte der Agatha Christie-Preis.

Der Autor ist durchaus kein Spätberufener, im Gegenteil. In seiner Wannseer Wohnung – mitten im Wald gleich beim Forsthaus, mit täglichen Visiten von Wildsau Nelly – steht eine schöne alte Kommode mit großen Schubladen voller Manuskripte. Mit dem „Schreiben“ fing er schon an, als er noch gar nicht schreiben konnte.

Den ersten „Roman“ diktierte er seiner großen Schwester: „Peter fährt nach Amerika“ – ein Traum, der später per Schüleraustausch Wirklichkeit wurde. Sein Gastvater, ein Mikrobiologe, und der heimische Biologielehrer, ein verhinderter Arzt, motivier-

ten ihn zum Medizinstudium (in Berlin und München).

Die breite internistische Weiterbildung, vor allem am heutigen Franklin-Klinikum, kommt nicht nur dem Arzt, sondern auch dem Autor Spielberg zugute, nämlich der Stimmigkeit der vielen medizinischen Roman-Situationen und -Reflexionen. Deren Aktualität verblüfft. Sogar zum Fehlermanagement („Nicht Wer war schuld, sondern Was war schuld?“) steht schon was im „Vierten Tag“.

Dr. Hoffmann über Chefarzt Zentis: „Wann immer etwas schief geht, wird nicht an der Problemlösung gearbeitet, sondern zuerst der Schuldige gesucht, beziehungsweise sichergestellt, dass ihn jedenfalls keine Schuld trifft. Wäre ich nicht in Handschellen an ein Heizungsrohr gefesselt, würde ich Zentis jetzt eins oder zwei auf die Nase hauen...“. Auch so ein Wunschtraum.

Rosemarie Stein



PD Dr. med. Christoph Spielberg

Foto: privat

BERLINER ÄRZTE

9/2005 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
E-Mail: 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