

Die Freiheit nehm' ich mir

Der Beruf des Arztes und der des Journalisten haben auf den ersten Blick nicht viel gemein. Doch sind die Parallelen beim genaueren Hinschauen größer als man denkt. Wer wie der Autor dieses Meinungsbeitrages jüngst aus der Medienlandschaft ins Gesundheitswesen gekommen ist, dem fallen interessante Gemeinsamkeiten und einige erschreckende Unterschiede ins Auge.

Arzt und Journalist üben beide vor dem Gesetz einen freien Beruf aus, beide kümmern sich um zentrale Güter der modernen Gesellschaft: Gesundheit und Information. Diese Güter, die viele Menschen heutzutage als selbstverständlich erachten und die scheinbar immer und überall zur Verfügung stehen, müssen hart erarbeitet werden und kosten – sollen sie qualitativ hochwertig sein – viel Geld. Dies wird leider allzu oft vergessen. Genauso wie die Tatsache, dass beides Güter sind, die sich herkömmlichem Produktions- und Profitstreben entziehen (müssen). Medizin und Journalismus befinden sich seit Jahren in einer permanenten Umbruchphase – mit beängstigenden Folgen. Rasender technologischer Fortschritt auf der einen Seite, immenser ökonomischer Druck auf der anderen. So drängen ausländische Medienmultis auf den deutschen Markt. Jüngstes Beispiel ist die Übernahme des Berliner Verlages durch das Konsortium um den britischen Geschäftsmann Montgomery (David, nicht Frank Ulrich). Entgegen anders lau-



Foto:

Sascha Rudat

*ist Redakteur der Zeitschrift BERLINER
ÄRZTE bei der Ärztekammer Berlin*

tenden Bekundungen wurde rasch klar, worum es den britischen Investoren geht: Schnelle Gewinnmaximierung.

Ähnliches ist in der Medizin beispielsweise im stationären Bereich zu beobachten. Immer mehr Kliniken in Deutschland werden privatisiert. Dies muss zwar nicht automatisch zu schlechteren Bedingungen für Ärzte und Patienten führen, doch wenn der zu erzielende Gewinn zur obersten Prämisse erhoben wird, sind die Konflikte vorprogrammiert. Und wenn Investoren (aus der Pharmaindustrie) und Medizinmanager anstatt Ärzte den Weg maßgeblich bestimmen, bleibt die medizinische Qualität zwangsläufig auf der Strecke. Nicht anders im Journalismus, wo die Verleger alten Schlags, die sich einem publizistischen Auftrag verpflichtet fühlten, durch forsche Medienmanager ersetzt werden, für die Informationen eine Ware wie Döbel oder Scheibenwischer sind.

Damit stellt sich die Frage, weshalb die Berufszufriedenheit unter Journalisten trotz des wirtschaftlichen Drucks immer noch vergleichsweise hoch ist – im Gegensatz zu den Medizinern, deren Proteste kontinuierlich an Schärfe zunehmen. Dies führt zwangsläufig zu dem Punkt, der beide Systeme grundlegend unterscheidet: Während die Freiheit der journalistische Arbeit durch den gesetzlichen Rahmen immer noch weit gehend geschützt ist, werden die Handlungsmöglichkeiten des Arztes

durch den Gesetzgeber immer weiter eingeschränkt. In einem ausufernden System der Bürokratie gefangen, kann der Arzt immer weniger selbst entscheiden, was er für richtig und notwendig erachtet. Und dort wo wirtschaftlicher Druck und einengende gesetzliche Regelungen gepaart mit überbordendem Bürokratismus zusammenkommen, wächst die Unzufriedenheit mit einem Beruf, dessen vermeintliche Freiheit zur Makulatur verkommt. An Stelle von beruflicher Selbstbestimmung tritt ein Gefühl der Ohnmacht.

Die Proteste der vergangenen Wochen und Monate haben gezeigt, dass sich die Ärzte hier zu Lande nicht mehr länger zwischen den verschiedenen Interessen zerreiben lassen wollen. Sie haben ihrem Unmut laut und öffentlichkeitswirksam Luft gemacht. Dies war ein wichtiger Anfang. Die bevorstehenden „Reformen“ des Gesundheitswesens lassen weitere Eingriffe in die Handlungsfreiheit des Arztes befürchten. Verteidigen wir diese Freiheiten vor dem Einfluss der Politik und der Wirtschaft so lange wie irgend möglich. Nur so lassen sich Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit erhalten – für beide zentralen Güter: Gesundheit und Information.

Ihr

Sascha Rudat



TITELTHEMA.....

Narrative Medizin

Dem Gespräch zwischen Arzt und Patient kommt seit jeher eine wichtige Rolle zu. Dies wurde lange unterschätzt. Denn auch scheinbar Nebensächliches kann für die Ärztin oder den Arzt wichtige Informationen enthalten, die entscheidend zur Heilung beitragen können.

Von Gabriele Lucius-Hoene14

„Erzählen Sie doch bitte...“

In der hausärztlichen Medizin spielt das Narrative eine wichtige Rolle. Durch eine gesundheitsorientierte Gesprächsführung können Arzt und Patient gemeinsam wichtige Ressourcen und Ziele erarbeiten.

Von Ulrich Schwantes19

Das Gespräch – ein unterschätztes Therapiemittel im Alter

Die viel versprechenden Möglichkeiten des Gesprächs zwischen Arzt und Patient werden in der Geriatrie oft vernachlässigt.

Von Christian Zippel22

MEINUNG.....

Die Freiheit nehm' ich mir

Von Sascha Rudat 3

BERLINER ÄRZTE aktuell..... 6

Fortbildungsveranstaltung der Bundesinstitute

Informationen des Bundesinstitutes für Risikobewertung.....13

BUCHBESPRECHUNGEN....

Wagemann: Verständnis fördert Heilung – Der religiöse Hintergrund von Patienten aus unterschiedlichen Kulturen.....25

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

Jungen Forschern geht es in den USA besser

Immer mehr junge deutsche Mediziner wagen eine berufliche und private Zukunft im Ausland. Der Autor schildert, weshalb er seinen Job in Deutschland an den Nagel gehängt und sich für einen Neuanfang in den USA entschieden hat. Von Markus Ries 26

Flexiblerer Gesundheitsschutz

Eine neue BGW-Unfallverhütungsvorschrift ermöglicht Praxisinhabern seit dem 1. Oktober 2005 neue und flexible Betreuungsmöglichkeiten durch Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit. BERLINER ÄRZTE informiert Sie über die Details der noch wenig bekannten Neuregelung.

Von Barbara Nemitz.....28

Bologna-Prozess – Schmalspur-Medizin oder gangbarer Weg?

Die Schaffung eines einheitlichen europäischen Hochschulsystems ist besonders im medizinischen Bereich stark umstritten. Durch ein Bachelor-Master-System im Medizinstudium sehen Kritiker die Gefahr eines Schmalspur-Mediziners. Doch das heftig diskutierte Modell kann auch Chancen bieten, wie eine Tagung der Hochschuldirektorenkonferenz zeigt.

Von Johanne Pundt und Jutta Räbinger.....30

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen..... 12**Wissen Sie, was Ihr Patient weiß?**

Patienten informieren sich immer

häufiger selbst über ihre Krankheiten. Dank des Internets verbreiten sich neue medizinische Erkenntnisse auch unter Laien schneller denn je - nicht immer zur Freude ihres Arztes. Wie Ärzte damit am besten umgehen können, war eines der Themen des Berliner Kongresses „Armut und Gesundheit“.

Von Rosemarie Stein.....32

FEUILLETON.....

Medizinische Impressionen aus dem Urlaub

An der türkischen Riviera bemühen sich „Heilpraktiker“ um zahlungskräftige ausländische Touristen. Bis auf Krebs und Virusinfektionen wollen diese Wunderheiler in Hütten am Strand alle Krankheiten lindern oder gar heilen können.

Von Rosemarie Stein34

PERSONALIEN.....

Zum Tode von Herta Lange-Cosack 35**Impressum 42**

Sarrazin reagiert auf Kritik der Ärztekammer

Finanzsenator Dr. Thilo Sarrazin (SPD) und die Senatskanzlei haben auf scharfe Kritik der Ärztekammer Berlin zum Thema fehlende Überstundenregelung an der Charité reagiert. Angesichts der „Unkenntnis“ führender Vertreter Berlins in den Aufsichtsgremien der Charité und bei Vivantes hatte Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz den Regierenden Bürgermeister Klaus Wowereit (SPD) aufgefordert, der gesetzlichen Pflicht als Arbeitgeber nachzukommen, die über die werktägliche Arbeitszeit hinausgehen-

de Arbeitszeit der Arbeitnehmer aufzeichnen zu lassen (§16 Absatz 2 Arbeitszeitgesetz). Hintergrund war, dass Sarrazin Ende November öffentlich geäußert hatte, ihm sei vom Charité-Vorstand mitgeteilt worden, es gebe an der Universitätsklinik keine dokumentierten Überstunden. Er als Aufsichtsratsmitglied der Charité verlasse sich auf die Angaben des Vorstandes und fühle sich daher nicht verpflichtet, dem weiter nachzugehen. In einem Schreiben an den Kammerpräsidenten verwies der Finanzsenator darauf, dass

das Land Berlin an der Charité keine Arbeitgeberfunktion ausübe, da es sich nicht um Landespersonal handele. Gleichwohl habe man sich in einer Aufsichtsratsitzung Anfang Dezember mit dem Thema beschäftigt. Der Charité-Vorstand sei dabei aufgefordert worden, kurzfristig die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Überstunden „angeordnet, vollständig dokumentiert und vergütet werden“. Insoweit sei dafür Sorge getragen, „dass gesetzliche Verpflichtungen durch den Vorstand der Charité eingehalten werden“. Gleichzeitig biete sich in diesem Zusammenhang die Chance,

vor dem Hintergrund vorhandener Personalüberhänge an der Charité den Umfang erforderlicher Überstunden auf das notwendige Maß zu reduzieren, fügte Sarrazin hinzu. Wie die Senatskanzlei weiter mitteilte, hat der Senat beschlossen, eine Arbeitsgruppe einzurichten, die bis Juni dieses Jahres „die Konsequenzen aus der EuGH-Rechtsprechung für Berlin darstellen und Lösungsvorschläge für einzelnen betroffenen Bereiche unterbreiten soll“. Man gehe davon aus, dass für alle Betroffenen eine akzeptable Lösung gefunden werde.

Ausstellung



Im Foyer der Ärztekammer Berlin ist bis zum 10. März 2006 die Ausstellung „Adelbert von Chamisso – Biografische Spuren“ zu sehen. Die Ausstellung ist ein Projekt der Chamisso Initiative e.V. Berlin in Zusammenarbeit mit dem Kreuzberg Museum, Berlin. Louis Charles Adélaïde de Chamisso de Boncourt, der sich später Adelbert von Chamisso nannte, lebte von 1781 bis 1838. Er „...war ein von der Natur auf seltene Weise ausgestatteter, aber vom Schicksal lange verfolgter Mann, ein französischer Emigrant und ein preußischer Offizier, ein Edelmann und ein Liberaler,

Auf den Spuren von Chamisso

ein Dichter und ein Botaniker, der Autor eines phantastischen Romans und ein Weltumsegler, er war ein Deutscher und ein geborener Franzose; kurz - es war Chamisso“, heißt es in der ersten biografischen Arbeit, die ein Jahr nach seinem Tod erschien. Kaum jemand weiß heute noch, dass Adelbert von Chamisso Student der Medizin an der Berliner Universität war. Er nahm 1812 das Studium der Medizin auf. Seinen Dichterfreunden teilte er mit:

„Ich habe verständig gewählt und ausgeführt und bin nun, was ich heiße, und heiße, was ich bin - das ist studiosus medicinae der Universität.“

1813 schrieb Chamisso „Peter Schlemihls wundersame Geschichte“, mit der er ein Stück Weltliteratur schuf und einer der meistgelesenen deutschsprachigen Dichter des 19. Jahrhunderts wurde. Von 1815 bis 1818 nahm er als begleitender Naturforscher an einer russischen Pazifik- und Arktisexpedition teil. Zurück von der „Reise um die Welt“, erklärte Chamisso Berlin zum „Nabelort meiner Welt, von dem ich zu meinem Zirkelgange ausgegangen, um dahin zurückzukehren...“.

Der weltgerieste Naturforscher fasste nun auch in Berlin beruflich Fuß. Er wirkte als Adjunkt am Botanischen Garten in Schöneberg und Zweiter Kustos am Königlichen Herbarium; 1833 wurde er zum Direktor des Königlichen Herbariums am Botanischen Garten in Schöneberg ernannt. Viele Stationen seines wechselvollen Lebens sind mit Berlin verbunden und doch ist seine langjährige Präsenz in Berlin in der Gegenwart weitgehend in Vergessenheit geraten. Anliegen der Ausstellung in der Ärztekammer Berlin ist es, die lebensgeschichtlichen Spuren Chamissos in Erinnerung zu rufen. Die Ärztekammer Berlin befindet sich vis-à-vis der Friedrichstraße 235. Das ist der historische Ort, an dem einst Chamissos Wohnhaus stand, in dem er von 1822 bis zu seinem Tod im Jahr 1838 lebte.



Fotos: Katalog »Mit den Augen eines Fremden«, Kreuzberg - Museum Berlin

Initiative

Arbeitskreis „Junge Ärzte“ lädt ein

Der Arbeitskreis „Junge Ärzte“ besteht seit November 2000 und trifft sich regelmäßig an jedem zweiten Dienstag im Monat mit Ausnahme der Schulferien. Themenschwerpunkt stellt der „Klinikalltag“ mit seiner Arbeitsbelastung sowie die Situation der ärztlichen Weiterbildung dar. Interessierte Ärztinnen und Ärzte sind jederzeit willkommen!

Die Treffen finden zu folgenden Terminen statt:

- 14. Februar 2006, 19.30 bis 22.00 Uhr
- 14. März 2006, 19.30 bis 22.00 Uhr
- 9. Mai 2006, 19.30 bis 22.00 Uhr
- 13. Juni 2006, 19.30 bis 22.00 Uhr

in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin.

Ansprechpartnerin ist Dr. med. Catharina Döring-Wimberg, zu erreichen Mo-Do unter der Telefonnummer: 030/40806 – 2400. Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des Arbeitskreises unter www.ak-junge-aerzte.de.

In eigener Sache

Gute Nachrichten gesucht

Der ärztliche Alltag bietet derzeit wenig Grund zur Heiterkeit. Die Arbeitsbedingungen für niedergelassene und stationäre Mediziner haben sich in der vergangenen Zeit zusehends verschlechtert. Der Unmut wächst massiv. Doch entgegen dem alten Journalistenleitsatz „Only bad news are good news“ möchte BERLINER ÄRZTE auch über die positiven Dinge des ärztlichen Berufs berichten. Die Redaktion fordert deshalb die Kammermitglieder auf, erfreuliche, lustige oder bemerkenswerte Erlebnisse mit Patienten,

Kollegen oder Institutionen zu schildern, die zeigen, dass der Arztberuf durchaus immer noch auch seine schönen Seiten hat. Bitte senden Sie Ihre Beiträge an:

Redaktion BERLINER ÄRZTE
Ärztekammer Berlin
Friedrichstr. 16
10969 Berlin
E-Mail: presse@aekb.de

Bitte alle Beiträge mit vollständiger Adresse und möglichst auch Telefonnummer für Rückfragen versehen.

Fortbildung

Krankenhausärzte müssen Fortbildung nachweisen

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 20. Dezember 2005 eine Vereinbarung zur Fortbildung der Fachärztinnen und -ärzte im Krankenhaus beschlossen (nach § 91 Abs. 7 SGB V). Ziel ist der Erhalt und die dauerhafte Aktualisierung der fachärztlichen Qualifikation. Danach müssen die Krankenhausärzte ab dem 1. Januar 2006 in einem Zeitraum von fünf Jahren 250 Fortbildungspunkte sammeln. Davon müssen 150 Punkte durch fachspezifische Fortbildung erworben worden sein. Unter fachspezifischer Fortbildung sind Fortbildungsinhalte zu verstehen, die dem Erhalt und der Weiterentwicklung der fachärztlichen Kompetenz dienen. Darin unterscheidet sich die Vereinbarung gegenüber der seit Juli 2004 bestehenden Fortbildungsregelung für den ambulanten Bereich.

Die geforderte Fortbildung muss der Facharzt durch ein Fortbildungszertifikat der Ärztekammern nachweisen. Die Unterscheidung in fachspezifische und sonstige Fortbildung soll der Facharzt laut Gemeinsamen Bundesausschuss selbst treffen. Er lässt sich die Unterscheidung vom Ärztlichen Direktor seiner Klinik schriftlich bestätigen. Dem Ärztlichen Direktor des Krankenhauses, in dem der Arzt nach Ablauf der Fünfjahresfrist tätig ist, muss auch der Nachweis der Fortbildung vorgelegt werden. Dieser hat die Einhaltung der Fortbildungsverpflichtung der in seinem Krankenhaus tätigen Ärzte zu überwachen und zu dokumentieren.

Den genauen Text der Vereinbarung finden Sie im Internet unter:

www.gba.de/cms/upload/pdf/abs7/beschluesse/2005-1220_VereinbarungFortbildung_FAe.pdf

Letzte Meldung

Tausende Mediziner demonstrierten beim „Tag der Ärzte“ in Berlin

Über 20.000 Ärztinnen, Ärzte sowie medizinisches Personal aus ganz Deutschland haben am 18. Januar beim „Tag der Ärzte“ in Berlin eindrucksvoll gegen den drohenden Kollaps des Gesundheitswesens demonstriert. Die Zahl der Teilnehmer übertraf die Erwartung der Organisatoren bei weitem. Wegen dieses enormen Andrangs konnte nur ein kleiner Teil der Demonstranten im Saal des Maritim-Hotels am Auftakt der Veranstaltung teilnehmen. Unter dem Motto „Gesundheit erhalten statt Mangel verwalten“ brachten dort Redner wie Bundesärztekammerpräsident Professor Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe oder der 1. Vorsitzende des Marburger Bundes, Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, die Probleme der deutschen Ärzteschaft auf den Punkt. Mit einer Vielzahl von Transparenten zogen die Ärzte anschließend lautstark über den Potsdamer Platz zum Bundesgesundheitsministerium in der Wilhelmstraße.

Dort wurde eine gemeinsam verfasste Resolution übergeben.



Foto: S. Rudat

Umzug

Krankenhaus Hedwigshöhe zieht in Neubau

Das Krankenhaus Hedwigshöhe im Bezirk Treptow-Köpenick hat in der Zeit vom 9. bis zum 19. Januar seinen Neubau bezogen. Rund 100 Patienten der Inneren Medizin und der Chirurgie mussten in dieser Zeit vom Altbau in den 35 Millionen Euro teuren Neubau auf dem Gelände der katholischen Klinik im Grünauer Ortsteil Bohnsdorf wechseln. Von den Baukosten tragen das Land Berlin 30 Millionen Euro und der Krankenhausträger, die Gesellschaft der Alexianerbrüder, 5 Millionen Euro.

Dank der guten Vorbereitung habe es beim Umzug keine Probleme gegeben, sagte Klinikdirektor Christian Dreißigacker BERLINER ÄRZTE. Mit dem Krankenhausneubau setze man im Berliner Südosten Maßstäbe, sagte Dreißigacker bei der Präsentation des neuen Gebäudekomplexes. Er verwies darauf, dass der Südosten Berlins im Vergleich zu anderen Regionen der Stadt mit Krankenhausbetten unterversorgt sei (ca. 60 Prozent gegenüber dem Berliner Durchschnitt). Die Klinik habe sich von einem kleinen Stadtrand-Krankenhaus mit rund 100 Betten Mitte der 90er Jahre zu einer hochmodernen Akutklinik gewandelt. Mit der Fertigstellung des letzten Bauabschnitts im Frühjahr 2007 wird sich die



Foto: KH Hedwigshöhe

Bettenzahl von jetzt 250 auf 350 erhöhen. Wie Dreißigacker weiter erklärte, sollen im Zuge der Bettenzahlerhöhung 70 bis 80 neue Arbeitsplätze geschaffen werden, davon fünf bis zehn neue ärztliche Stellen. Bisher habe man eine durchschnittliche Auslastung von rund 90 Prozent. Man hoffe, diese Rate auch nach der Er-

höhung der Bettenzahl halten zu können, sagte der Klinikdirektor. Der Neubau wird u.a. eine neue Erste-Hilfe-Stelle, eine neue Intensivstation sowie eine digitale Röntgenanlage beherbergen. Bis zum Ende des Jahres verbleiben die OPs im Altbau, der anschließend völlig entkernt wird. Neben den

Schwerpunkten Innere Medizin (Gastroenterologie, Kardiologie, Onkologie) und Chirurgie (Bauch- und Unfallchirurgie) übernimmt die Klinik Hedwigshöhe die psychiatrische Versorgung für den Bezirk Treptow-Köpenick. Die psychiatrischen Stationen sind in fünf Pavillions auf dem Klinikgelände untergebracht. Der Klinikneubau zeichnet sich durch helle, freundliche Ein- und Zweibettzimmer aus. Bei der Gestaltung des Gebäudes habe man versucht, „das Krankenhaus nicht wie ein Krankenhaus wirken zu lassen“, erläuterte der ausführende Architekt Christian Huber. Deshalb habe man, wo möglich, auf Materialien aus dem Wohnbereich zurückgegriffen. Auffällig ist die Verwendung von viel hellem Holz an der Gebäudefassade.

Knie-Totalendoprothese

Kammerpräsident bemängelt Mindestmengenbeschluss

Der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Günther Jonitz, hat sich in einem Brief zum Thema Knie-Totalendoprothese (Knie-TEP) an das Bundesgesundheitsministerium gewandt. Darin bat er um eine Stellungnahme zur beschlossenen Mindestmengenregelung bei Knie-TEP. Der Gemeinsame Bundesausschuss hatte im September 2005 im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern (§ 137 SGB V) eine Mindestmenge Knie-TEP von 50 Operationen pro Jahr beschlossen. Diese Regelung ist ab dem 1. Januar dieses Jahres gültig.

Ein Krankenhaus darf danach die betreffende Leistung nur noch in dem festgeschriebenen Umfang (Mindestmenge) erbringen. Der Kammerpräsident wies in seinem Brief darauf hin, dass „die parallel dazu stattgefundenene Bewertung der Schwellenberechnung einer Mindestmenge für diesen Eingriff durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) ergab, dass die Qualität dieser Operation mit steigender Operationshäufigkeit zunächst abnimmt, um anschließend in einem Bereich von über 200 Operationen pro Jahr wieder

anzusteigen“. Eine Grundlage für einen eindeutigen Schwellenwert ergebe sich demnach nicht, betonte Jonitz. Diese Auffassung habe auch IQWiG-Leiter Professor Dr. med. Peter Sawitzki bei der Leitlinienkonferenz der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften am 9. Dezember 2005 bestätigt. Nach Ansicht des Kammerpräsidenten ist damit der Grund für eine Mindestmenge Knie-TEP entfallen. Von der Mindestmengenregelung Knie-TEP ist knapp die Hälfte aller Berliner Kliniken betroffen (Datenbasis 2004).

ANZEIGE

Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

HELIOS Klinikum Emil von Behring/Zehlendorf

Seit dem 1. Januar 2006 ist Prof. Dr. med. Dirk Kaiser Ärztlicher Direktor der Lungenklinik Heckeshorn. Seit 1985 Chefarzt der Lungenklinik Heckeshorn für Thoraxchirurgie löst er Professor Dr. med. Robert Loddenkemper ab.

Neuer Chefarzt der Klinik für Pneumologie des HELIOS Klinikums Emil von Behring ist der Pneumologe PD Dr. med. Torsten Bauer, ehemals Oberarzt in den Berufsgenossenschaftlichen Kliniken Bergmannsheil am Klinikum der Ruhr-Universität in Bochum. Professor Dr. med. Robert Loddenkemper, bisheriger Ärztlicher Direktor und Chefarzt Professor Dr. med. Hartmut Lode wurden in den Ruhestand verabschiedet.

Oskar-Ziethen-Krankenhaus und Unfallkrankenhaus Berlin

Neuer Chefarzt des Instituts für Pathologie am Sana Klinikum Lichtenberg, Standort Oskar-Ziethen-Krankenhaus ist Professor Dr. med. Mario Sarbia, der gleichzeitig auch die Leitung des Instituts für Pathologie am Unfallkrankenhaus Berlin übernommen hat. Sarbia tritt damit die Nachfolge von Professor Dr. med. Hubert Martin an, der in den Ruhestand geht.

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.rudat@aekb.de

Berliner Medizinische Gesellschaft

Neugeborenencreening im Fokus

Die Berliner Medizinische Gesellschaft und die Berliner Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin laden zu der Veranstaltung „Neugeborenencreening: Früh erkannt – im Erwachsenenalter vernachlässigt?“ am 8. Februar 2006 um 19.30 Uhr ein. Dabei geht es um die Themenkomplexe „Ziel-erkrankungen und Ablauf des Neugeborenencreenings“, „Hypothyreose und adrenogenitales Syndrom: Was bedeuten diese Diagnosen langfristig?“ sowie „Langzeitprognose von Galaktosämie und Phenylketonurie: Erfahrung aus der Betreuung erwachsener Patienten“.

Referenten sind Dr. med. Julia B. Hennermann, Prof. Dr. med. Annette Grüters und Dr. med. Martin Schwarz.

Veranstaltungsort: Langenbeck-Virchow-Haus,
Luisenstr. 58/59, 10117 Berlin

Schwangeren-Vorsorge

Ehrenamtliche Mitarbeiter gesucht



Das Erich Saling-Institut sucht für wissenschaftliche und beratende Tätigkeiten ehrenamtliche ärztliche Mitarbeiter. Das gemeinnützige Institut ist eine Einrichtung zur Verbesserung der Schwangeren-Vorsorge und dient als überregionales Beratungszentrum zur Vermeidung von Frühgeburten. Da das Institut nicht öffentlich gefördert wird und die laufende Arbeit durch Spenden nicht genügend finanziert ist, kann die Tätigkeit nur ehrenamtlich erfolgen. Gedacht ist u.a. an Kollegen im Ruhestand, die fachlich gerne noch aktiv bleiben möchten und über Englisch- und Computerkenntnisse verfügen.

Interessenten wenden sich bitte an:
Prof. Dr. med. Erich Saling
Rudower Str. 48
12531 Berlin-Neukölln
Telefon: 030/6004-8334 /-5
Fax: 030/625 40 87
E-Mail: info@saling-institut.de

NATURHEILTAGE BERLIN Frühjahrskongress 2006 – Kurs II

An zwei aufeinander folgenden Wochenenden: Freitag bis Sonntag, 10.-12.3. und 24.-26.3.2006

Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“

Veranstalter: Ärztegesellschaft für Naturheilverfahren (Physiotherapie) Berlin-Brandenburg e.V.

Inhalte:

Phytotherapie: (11.3.06)	bei Unruhezuständen u. Schlafstörungen; urologischen Erkrankungen; Phytotherapie und Arzneimittelrichtlinien
Ordnungstherapie: (24.3.06)	in der ärztlichen Praxis; Einführung in die Muskelrelaxation nach Jacobsen; Atem- und Körperarbeit
Ernährungstherapie: (25.3.06 vorm.)	Adipositas; Heilfasten; Diagnostik und Therapie nach F.X. Mayer; Probleme der Beratung von Adipositaspatienten
Schwerpunktthema: (25.3.06 nachm.)	Der geriatrische Patient
Ausleitende Verfahren (26.3.06)	Blutegeltherapie, Schröpfen, Baunscheidtieren, Aderlass

Anmeldung: Vitanas Krankenhaus für Geriatrie, Senftenberger Ring 51, 13435 Berlin
Tel. 030/400 57 8484, Fax: 030/400 57 494
E-Mail: r.heinzler@vitanas.de

Veranstaltungsort: St. Gertrauden Krankenhaus, Paretzer Str. 12,
10713 Berlin-Wilmersdor

Kursgebühren: 320,00 € für den gesamten Kurs III, Tageskarte 40,00 €
Ermäßigungen werden unter bestimmten Voraussetzungen und bei
entsprechendem Nachweis gewährt.

Ausführliches Programm unter: www.naturheiltage-berlin.de



*Richtlinie***Sterilisation wird überprüft**

Hohe Anforderungen werden an den Betreiber von Medizinprodukten gestellt, wenn diese nach ihrer Verwendung aufbereitet werden müssen, um erneut am Patienten eingesetzt werden zu können. Insbesondere dann, wenn ein keimarm oder steriler Zustand Voraussetzung für eine sichere Anwendung ist.

Bereits in der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) vom 29. Juni 1998 wurde im § 4 für die Aufbereitung von Medizinprodukten gefordert, dass Reinigung, Desinfektion und Sterilisation unter Beachtung der Angaben des Herstellers mit geeigneten validierten Verfahren so durchzuführen sind, dass der Erfolg dieser Verfahren nachvollziehbar gewährleistet ist und die Sicherheit und Gesundheit von Patienten, Anwendern oder Dritten nicht gefährdet wird. Mit der Neufassung der MPBetreibV vom 21. August 2002 wurden die Anforderungen an die Aufbereitung von Medizinprodukten, die bestimmungsgemäß keimarm oder steril

zur Anwendung kommen, konkretisiert. Danach wird eine ordnungsgemäße Aufbereitung vermutet, wenn die gemeinsame Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert-Koch-Institut und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte zu den Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten (folgend: RKI-Empfehlung) beachtet wird. Der Wortlaut der Richtlinie ist im Internet unter www.rki.de/Krankenhaushygiene/Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene herunterladbar.

Die Umsetzung der gesetzlichen Forderungen wird die in Berlin zuständige Aufsichtsbehörde, das Landesamt für Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz und technische Sicherheit (LAGetSi), in der nächsten Zeit überprüfen. Zur Vorbereitung dieser Kontrollen wird ein Fragebogen verschickt, um Einrichtungen entsprechend ihrem Risikopotenzial auswählen zu können und um dessen Ausfüllen und Zurückschicken an das LAGetSi gebeten wird.

*Kinder- und Jugendpsychiatrie***Neue Klinik in Berlin-Buch**

Kinder und Jugendliche mit seelischen Problemen haben mit der Eröffnung der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Helios Klinikums Berlin-Buch ab 1. Februar eine neue Anlaufstelle. Die Klinik mit 20 Betten und 20 tagesklinischen Plätzen soll die gesamte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen, psychosomatischen und psychosozialen Problemen und Störungen abdecken. „Wir behandeln Kleinkinder bis Patienten im jungen Erwachsenenalter“, erklärt Chefarzt Dr. med. Rüdiger Stier, der die Klinik leitet. Der Psychiater war bisher Leitender

Chefarzt der Landesklinik Eberswalde und Chefarzt der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Klinik hat 45 Mitarbeiter, darunter sieben Ärzte und drei Psychologen.

Zu den Krankheitsbildern, die behandelt werden, gehören Depressionen, psychosoziale Krisen, Essstörungen, Angstzustände, Verhaltensauffälligkeiten (wie Borderline), soziale Probleme (Gewalt in der Familie, Überforderungen). Weitere Schwerpunkte sind die Versorgung von autistischen Menschen (einzige Klinik in den Ostberliner Bezirken) und traumatisierten Kindern und Jugendlichen nach Misshandlungen. Die Klinik wird auch eine ambulante Spezialsprechstunde für Eltern anbieten, deren psychische Erkrankung sich auf die Beziehung zum Kind auswirkt.

Das Helios Klinikum Berlin-Buch übernimmt auch die regionale Pflichtversorgung für Kinder und Jugendliche in seelischen Notlagen (schwere Depressionen, Selbstmordabsichten) für die „Versorgungsregion Nord“ und ist für die Sicherstellung der Notfallversorgung in den Bezirken Reinickendorf und Pankow/Weißensee/Prenzlauer Berg verantwortlich.

Kontakt:

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Chefarzt Dr. med. Rüdiger Stier
Karower Straße 11, Haus 211, 13125 Berlin
Telefon: 030/9401-2750/2777

*Salmeterol***Asthma-bedingte Todesfälle**

Eine amerikanische Verbraucher-vereinigung beschuldigt den Hersteller von Salmeterol-haltigen Fertigarzneimitteln (in D: Aero-max®, Serevent®), Ergebnisse einer Studie (SMART) beschönigend dargestellt zu haben. Der Hersteller legte vor der amerikanischen Zulassungsbehörde zu-erst nur Auswertungen z.B. über Asthma-bedingte Todesfälle während der Studiendauer und in der Nachbeobachtungszeit vor

(RR 2,50; 0,97 – 6,44, das Konfidenzintervall schließt den Wert 1,0 ein), die Werte während der 28-wöchigen Studie liegen höher (RR 4,33; 1,24 – 15,21, das Konfidenzintervall liegt über dem Wert 1,0). Eine Vertreterin des Herstellers weist die Vorwürfe zurück, stellt jedoch die Risikowerte selbst nicht in Frage und stellt eine Publikation in Aussicht (nach vorzeitiger Beendigung der Studie bereits im Januar 2003!).

Quellen: Lancet 2005; 366: 1261; Münch. med. Wschr. 2005; 147: 21

Anmerkung: In einem Kommentar wird darauf verwiesen, dass überwiegend schwarze US-Amerikaner zu der erhöhten Todesrate beitrugen. Nachfolgende Empfehlungen zur Anwendung lang wirksamer β_2 -Sympatomimetika können auch für Formoterol-haltige Arzneimittel (Foradil®, Oxis®) gelten:

- Anwendung erst ab Stufe III des Asthmaatherapiestufenplans.
- Immer mit einem inhalativen Glukokortikoid.
- Ab Stufe II des COPD-Stufenplans allein oder in Kombination mit einem zusätzlichen Bronchodilatator bzw. ab Stufe II mit einem inhalativen Glukokortikoid, sofern Patienten an einer erhöhten COPD-Exacerbationsrate leiden.

*Impfungen***Patienten mit Immundefizienz**

Die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut hat Hinweise zu Impfungen bei Patienten mit Immundefizienz mit den Kapiteln primäre und

sekundäre Immundefekte, Impfungen von Haushaltkontaktpersonen von Patienten mit Immundefizienz und Kinder mit Immundefizienz veröffentlicht.

Sie sind im Internet abrufbar unter www.rki.de/Infektionsschutz/Impfen.

*Atomoxetin***Suizidales Verhalten**

Die Arzneimittelbehörden der EU haben mit sofortiger Wirkung übereinstimmend die Produktinformation von Atomoxetin (Strattera®) geändert. Der Arzneistoff wird, unter Einschluss psychotherapeutischer Maßnahmen, beim so genannten Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) bei Kindern eingesetzt. Die Kinder müssen sorgfältig beobachtet werden, ob sich ihr Verhalten hin zu suizidalem oder verstärkt aggressivem Verhalten verändert.

Eltern oder Betreuer von Kindern sollten die behandelnden Ärzte unverzüglich über solche Verhaltensänderungen informieren, die bei 0,4 % der behandelten Kinder auftreten sollen.

Die britische Arzneimittelaufsichtsbehörde wies englische Kollegen bereits im Februar 2005 auf teils schwere, nicht vorhersehbare Leberfunktionsstörungen unter der Einnahme von Atomoxetin hin.

Quelle: Pressemitteilung 18/05 des BfArM vom 29.9.2005, Schreiben der britischen Arzneimittelaufsichtsbehörde vom 2.2.2005

Anregungen, Vorschläge und insbesondere kritische Anmerkungen aus Praxis und Klinik zu den Artikeln dieser Serie sind ausdrücklich erwünscht.

Per Telefon: 0211/4302-1589, per Fax: -1588, per E-Mail: dr.hopf@aekno.de

Dr. Günter Hopf, ÄK Nordrhein, Tersteegenstr. 31, 40474 Düsseldorf

A
N
Z
E
I
G
E

Nachdruck aus dem Rheinischen Ärzteblatt 2/2006

Fortbildungsveranstaltung der Bundesinstitute

Über die Jahre ist sie zu einer Art Institution geworden: Die Fortbildungsveranstaltung für Ärzte aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, die auch in diesem Jahr wieder gemeinsam vom Bundesinstitut für Risikobewertung, dem Robert Koch-Institut und dem Umweltbundesamt angeboten wird.

Vorrangig richtet sich die von der Bundesärztekammer, der Tierärztekammer und der Apothekerkammer als Fortbildungsveranstaltung anerkannte dreitägige Veranstaltung zwar an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheitsämter, der Medizinal-, veterinärmedizinischen und chemischen Untersuchungsämter sowie an die Hygienebeauftragten

der Krankenhäuser, längst nehmen darüber hinaus aber auch Kollegen teil, die in Praxen, Krankenhäusern oder Laboratorien in und um Berlin arbeiten.

Termin für die nächste Fortbildungsveranstaltung ist der 22.-24. März 2006; Veranstaltungsort ist das Bundesinstitut für



Risikobewertung in Berlin-Marienfelde, Diedersdorfer Weg 1. Neben den drei Berliner Einrichtungen beteiligen sich in diesem Jahr das Paul-Ehrlich-Institut und das Hessische Sozialministerium, Wiesbaden. Das Programm umfasst Themen aus dem gesundheitlichen Verbraucherschutz, Umweltmedizin sowie dem Gesundheits- und dem Infektionsschutz.

DAS PROGRAMM IM EINZELNEN:

Mittwoch, 22.3.2006, 10.00 bis 17.45 Uhr

VERBRAUCHERSCHUTZ

- Paragraph 8 der Zoonosenüberwachungsrichtlinie – Umsetzung in Deutschland
- Probabilistische Expositionsschätzung – Chance für die Risikobewertung von Schadstoffen in Lebensmitteln?
- Nanotechnologie – Fortschritt mit Risiken?
- „Zahl der gefährlichen Produkte steigt“ – Wer schützt in Zukunft die Verbraucher?
- Formaldehyd – gefährlicher als gedacht?
- Mehrfachrückstände – eine Herausforderung für Risikobewerter
- Fluortelomere – Segen für Konsumenten oder unerkanntes Risiko?

Donnerstag, 23.3.2006, 8.30 bis 17.15 Uhr

UMWELT UND GESUNDHEIT

- Auswirkungen der Feinstaubbelastung auf Mortalität und Lebenserwartung
- Die neue EU-Badegewässer-Richtlinie
- Viren im Trinkwasser – ein Problem?
- Kopflausbefall: Ein immer größeres Problem in Deutschland? – Welche Mittel wirken?

GESUNDHEITS- UND INFEKTIONSSCHUTZ

- Praxis der wissenschaftlichen Politikberatung
- Der Influenzapandemieplan – Stand und weitere Entwicklung
- Die Umsetzung des Influenzapandemieplans in Ländern und Kommunen am Beispiel Hessen
- Entwicklung eines pandemischen Influenza-Impfstoffes
- Die Aufgaben des Nationalen Referenzzentrums für Influenza

Freitag, 24.3.2006, 8.30 bis 14.30 Uhr

- Influenza, SARS & Co.: Infektionsschutzmaßnahmen aus Anlass der Fußball-Weltmeisterschaft 2006
- Eradikation der Poliomyelitis – Stand und Probleme
- Erste Ergebnisse aus dem Varizellen-Sentinel
- Tuberkulose - Versorgung in Deutschland und Europa
- Studie über Todesfälle bei Kindern im 2.-24. Lebensmonat – Zwischenstand
- Aktuelles aus der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention

Die Teilnahme ist kostenlos; eine Anmeldung ist erforderlich. Das Anmeldeformular, eine Übersicht über die teilnehmenden Institutionen sowie das vollständige Programm finden Sie im Internet unter www.bfr.bund.de (Menüpunkt Veranstaltungen).

Die besondere Rolle des Erzählens und Zuhörens

(Die Red.)

BERLINER ÄRZTE 2/2006 S. 14

Erzählen von Krankheit und Heilung

In den letzten 20 Jahren hat sich in vielen Domänen der Wissenschaft die so genannte narrative Wende als neues erkenntnistheoretisches Paradigma (z.B. Angehrn, 1985; Polkinghorne, 1988; Sarbin, 1986; Straub, 1998) etabliert. Das Erzählen und die Analyse narrativer Texte werden als besonders fruchtbarer Weg aufgefasst, um nachzuvollziehen, wie Menschen sich selbst zu verstehen suchen, an ihrer Biografie und ihrer Identität arbeiten und welche Rolle kulturelle und gesellschaftliche Prozesse dabei spielen. Demnach prägen die Schaffung einer Erzählung und die narrative Struktur unsere Erfahrungsbildung und unser Selbstverständnis; gleichzeitig bilden sie ein wichtiges Medium unserer zwischenmenschlichen Verständigung.

Was hat dies mit der Medizin als praktischem Handeln der Experten auf einer wissenschaftlichen Basis zu tun? Patienten, die in der Sprechstunde oder bei der Visite gern erzählen, tun dies nicht immer zur Freude des Arztes. Erzählungen sind zeitaufwändig und verlieren sich häufig im Irrelevanten. Allenfalls in der Psychosomatik, Psychotherapie oder Psychiatrie scheinen sie für den behandelnden Arzt informationshaltig zu sein. Sind sie einmal in Gang gekommen, lassen sie sich ohne Unhöflichkeit schwer stoppen. Gesprächsanalytische Untersuchungen zeigen auf, wie Ärzte mit ihren kommunikativen Strategien systematisch und erfolgreich Erzählversuche ihrer Patienten unterbinden (Bliesener, 1980). Aber auch die Medizin hat ihren Anteil an der narrativen Wende. Die „Narrative-based Medicine“ (Greenhalgh & Hurwitz, 2005a, b) nimmt das Narrativ zum Ausgangspunkt und nutzt sowohl seine Er-

kenntniskraft als auch seine beziehungsstiftende Wirkung, um der „evidenzbasierten“ Medizin die Subjektivität und Erlebenswelt des Patienten gleichberechtigt an die Seite zu stellen. Dabei versteht sie sich nicht als Alternative zu anderen Fächern der Medizin und Psychologie, die die psychischen und interaktiven Aspekte von Krankheit und therapeutischer Begegnung thematisieren, sondern zeigt mit dem Erzählen einen Zugang auf, der vor jeder psychologischen Metatheorie generell als erkenntnistheoretische und anthropologische Grundlage menschlicher Erfahrungsbildung und Sozialität dienen und sich mit anderen Sichtweisen ergänzen oder treffen kann (vgl. z.B. Boothe, 1994; Jacobi, 2001).

Um Stellenwert und Bedeutung des Narrativs in der Beziehung zwischen Patient und Arzt verstehen und würdigen zu können, lohnt es sich zunächst, Konstruktion, Funktion und Wirkung des Erzählens zu beleuchten.

Erzählen als Erkenntnisprozess

Erzählungen sind in unserem Alltag das Mittel, mit dem wir einander auf den gleichen Stand unserer Erfahrungen und äußeren wie inneren Zustände bringen. Der Erzähler versetzt sich und seinen Hörer in die zu erzählende Vergangenheit und bildet das Geschehene sprachlich mit seinen Erzählsätzen nach. Der Hörer der Geschichte wird in die erzählte Zeit zurückversetzt und erlebt gewissermaßen die Re-Inszenierung dieses vergangenen Geschehens. Er lässt sich von ihrer Plausibilität und Authentizität überzeugen und weiß nun, „wie es war und wie alles gekommen ist“.

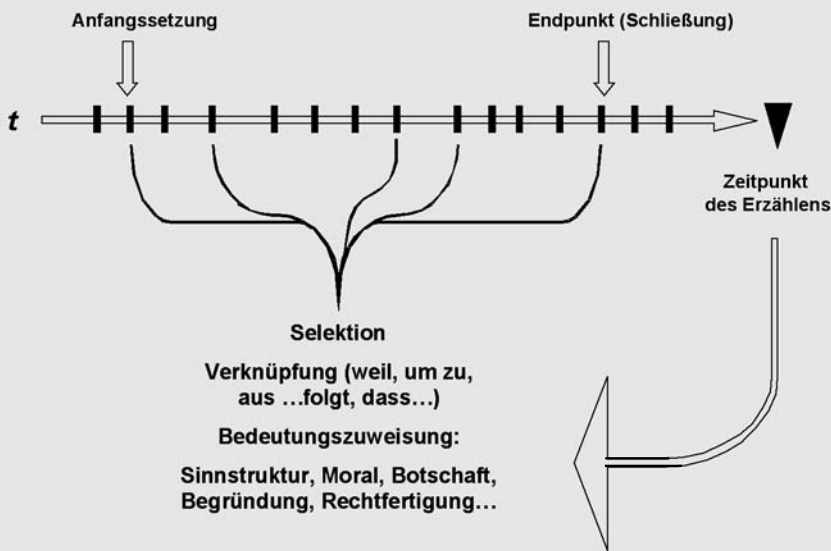
Bei genauerer Betrachtung zeigt sich jedoch, dass es sich bei einer Erzählung eben gerade nicht um eine Abbildung einer vergangenen Realität, sondern um einen höchst komplizierten neuen Konstruktionsprozess handelt. Die Geschichte ist nicht „objektiv“ im Zeitfluss vorgegeben; es ist der Erzähler, der absichtsvoll einen Anfangspunkt wählt, nur bestimmte Elemente des Ereignisstroms selektiert, sie bedeutungshaltig miteinander

Identität und schaffen uns auch über die Gegenwart hinaus eine Vergangenheitsdeutung, die uns in die Zukunft tragen kann. In den Geschichten sind die Sinnstrukturen unseres Lebens verankert, auch dann, wenn wir sie gar nicht als Geschichten ausformulieren und zu Gehör bringen. Unsere inneren Narrative befinden sich in ständiger Entwicklung, passen sich an neue Ereignisse und Begegnungen an und werden kommunikativ

die zur Verfügung stehenden narrativen Muster und Motive bestimmen aber auch mit, was überhaupt im Strom der Ereignisse wahrgenommen und zur Erfahrung wird. Unsere inneren Geschichten befinden darüber, wie wir die Welt und die neuen Ereignisse aufnehmen. Unsere Narrative nehmen konkret unsere Weltdeutungen, unsere Theorien vom Gang der Dinge und der Ordnung des Lebens auf. Sie enthalten unsere Emotionen und Bewertungen, unsere moralischen Kategorien und unsere Vorstellungen von Verantwortlichkeit, Handlungsmächtigkeit oder Schicksalhaftigkeit. Durch die analytische Bearbeitung von Narrativen lassen sich die Selbst- und Weltbilder von Erzählern minutiös rekonstruieren (Linde, 1993; Lucius-Hoene & Deppermann, 2004).

Auch Krankheitserfahrungen von beeinträchtigter Leiblichkeit, schwindender Funktionstüchtigkeit und verstörenden Symptomen schaffen sich ihre Geschichten. Sie spiegeln nicht nur die Veränderungen im leiblichen Erleben, sondern auch ihre existentielle Bedeutung wider: den Verlust alltäglicher Selbstverständlichkeiten, die Veränderung des Lebensraums und der zwischenmenschlichen Beziehungen, den Schwund der Zeitperspektive und der Planbarkeit des Lebens, Ängste und Hoffnungen. Krankheit kann zum Gegner, zur Herausforderung oder zum Anlass für persönliches Wachstum werden, als Strafe oder als Chance erlebt werden. In den

Abb.1: Erzählen als Erkenntnisprinzip

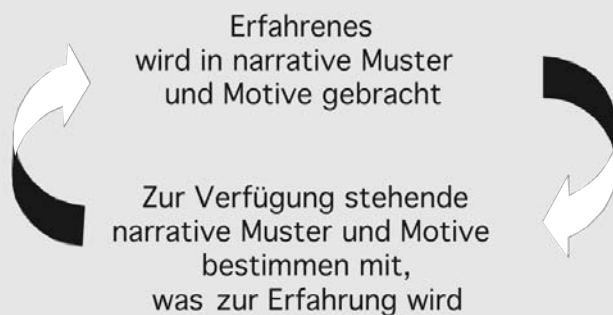


verknüpft und schließlich mit einem Endpunkt eine Schließung des Geschehens formt. Der Erzähler entscheidet, welche Aspekte des Geschehensstromes er in welcher Absicht kausal oder final miteinander verknüpft und damit das Gerüst von innerem Zusammenhang, von Anfang, Mitte und Ende zur Geschichte werden lässt. Seine Wahl ergibt sich aus der Bedeutung, die er dem Narrativ zuordnet: der Botschaft, Sinnstruktur, Begründungsabsicht oder Moral etc., die er der Geschichte unterlegt. Diese Unterlegung der Bedeutungsstruktur erfolgt im Prozess der Geschichtenkonstruktion, oft erst in der Erzählsituation selbst, in der der Erzähler seine Botschaft an die strategische Funktion seiner Erzählung anpasst.

Im Erzählen verarbeiten wir Geschehensabläufe und speichern sie als narrative Struktur im Gedächtnis, konstituieren wir unsere Biographie, arbeiten an unserer

ausgehandelt (Bruner, 1990; Edwards, 1997; Edwards & Potter, 1992; Holstein & Gubrium, 2000; Kraus, 1996). Zwischen Narrativ und Erfahrung besteht eine dialektische Beziehung: Erfahrenes wird in narrative Muster und Motive gebracht,

Abb.2: Zusammenhang zwischen Erfahrungsbildung und Narrativierung



Narrativen bilden sich die subjektiven Theorien zur Entstehung und Aufrechterhaltung des Leidens. In ihnen versuchen wir zu verstehen, warum und auf welche Weise wir krank sind, suchen nach der biografischen Bedeutung des Leidens und erproben die rechten Mittel seiner Überwindung (Frank, 1994, 1995; Good, 1994; Greenhalgh & Hurwitz, 2005 b; Hydén, 1997; Kleinman, 1988; Lucius-Hoene, 1998, 2002).

Narrative zwischen Arzt und Patient

Patient und Arzt konstruieren in ihrer Begegnung verschiedene Narrative, die für die Verständigung und Beziehungsgestaltung eine zentrale Rolle spielen und jeweils ihre eigenen Ziele und Herstellungslogiken besitzen.

- Geschichten des Patienten
 - Geschichten des Therapeuten
 - Geschichten des Therapeuten über die Geschichten des Patienten
 - Geschichtenkonstruktionen von Patient und Therapeut in der Therapie
 - Geschichtenkonstruktionen über die Therapie
 - Geschichten hinter den Geschichten des Patienten und des Therapeuten
- Abb. 3: Geschichtenebenen in der therapeutischen Beziehung

a. Geschichten des Patienten

In der Konsultation versucht der Patient, mit seinen Schilderungen die Gründe für sein Kommen darzulegen und seine Beschwerden für den Arzt erkennbar zu machen. Seine Krankheitsdarstellung basiert auf der narrativen Konstruktion der subjektiven Erfahrung, ihrer Bedeutung im Kontext seines Lebens und seinen Erklärungsversuchen für das Geschehen. Auch wenn der Patient diese innere narrative Strukturierung seines Erlebens dem Arzt meist nur fragmentarisch als sprachlich ausformulierte Geschichte mitteilt, ist sie doch der kognitive und emotionale Hintergrund, aus dem heraus er seine Beschwerden und Befindlichkeiten vermittelt. Das zugrunde liegende Narrativ kann von einem auf-

merksamen Hörer aus den Begründungsstrukturen und Verknüpfungen, Selbstdarstellungen, rhetorischen Strategien und metaphorischen Leidensbeschreibungen (Elwyn & Gwyn, 2005; Kütemeyer, 2002; Surmann, 2002) rekonstruiert werden. In dem Maße, wie der Patient beim Arzt ein Interesse an dieser Ebene seines Leidens und Bewältigens verspürt, kann er sie auch aktiv in die therapeutische Begegnung einbringen. Oft gibt es auch nicht nur ein, sondern mehrere Narrative zum Krankheitsgeschehen, die der Patient gegeneinander abwägt oder miteinander in Einklang zu bringen sucht.

Das Narrativ des Patienten über seine ersten Krankheitserfahrungen ist meist offen, da er es durch den ungewissen Ausgang noch nicht abschließend evaluieren kann. Vom Arzt erwartet er, dass dieser seine Geschichte aufgreift, mit seinen diagnostischen und therapeutischen Vorschlägen weiterbringt und ihr durch Heilung oder Linderung zu einer zukunftsfähigen Gestalt oder gar Schließung verhilft.

b. Geschichten des Therapeuten

Auch der Arzt bringt Narrative in die Begegnung mit dem Patienten ein. Große Teile seines fachlichen Wissens sind narrativ strukturiert und folgen dem obigen Konstruktionsprinzip von Selektion, bedeutungshaltiger Verknüpfung und evaluativer Bearbeitung, das auf seinen wissenschaftlichen Deutungsmustern basiert (Hunter, 1991). Seine klinische Erfahrung und Handlungsplanung bildet und orientiert sich an Fallgeschichten, und Kommunikation unter Ärzten ist vielfach anekdotisch strukturiert (Macnaughton, 2005).

c. Geschichten des Therapeuten über die Geschichten des Patienten

Mit seinen fachlichen und Erfahrungsnarrativen bildet der Arzt nun über die Geschichte des Patienten eine neue Geschichte. Für die klinische Exploration ist das Patientennarrativ diagnostisches Material, für die Beziehungsbildung ist

es Einblick in Sinnstrukturen und Handlungsorientierungen des Patienten. So selektiert und interpretiert er die Informationen des Patienten, verknüpft sie mit seinen klinischen Daten und reformuliert sie mit seinem Expertenwissen (Brünner & Gülich, 2002). Hier besteht die Gefahr, dass er im Narrativ nur die Aspekte wahrnimmt, die sich möglichst



zeitökonomisch und widerspruchsfrei in seine Expertenkategorien einfügen lassen. Jedes Krankheitsnarrativ des Patienten beinhaltet jedoch seine eigene subjektive Wahrheit. Auch scheinbar verquere Krankheitstheorien können fruchtbare Bewältigungsversuche darstellen, die zu ignorieren oder abzuwerten der Arzt oft mit einem Vertrauensverlust oder dem Scheitern seiner Bemühungen um den Patienten bezahlen muss. Was im Patientennarrativ als Information irrelevant erscheinen mag, kann wichtige Botschaften enthalten, wie der Patient als Person und als Leidender verstanden werden möchte.

d. Geschichtenkonstruktionen von Patient und Therapeut in der Therapie

Entscheidend für die therapeutische Begegnung ist nun, ob die „Stimme der Medizin“ und die „Stimme der Lebenswelt“ (Mishler, 1984) lernen, miteinander zu kommunizieren und eine tragkräftige Verstehensbasis herzustellen. Patient und Arzt müssen in gemeinsamer Autorenschaft ein für beide Partner akzeptables und wechselseitig anschluss-

fähiges Narrativ als Verständigungs- und Handlungsbasis, als Durchdringung von medizinisch-fachlicher und existenzieller Bedeutung aufbauen. Dazu gehört, dass sie jeweils die Expertise im Narrativ des anderen anerkennen, die Sichtweise des anderen erweitern und eine Verständigung über die Bedeutung von Krankheit und Therapie erlangen (Brody, 1994). Dies kann bewusste Aushandlungsprozesse erfordern, die immer wieder gefährdet sein können, weil beide Beteiligten über eigene Machtmittel der Durchsetzung verfügen: der Arzt durch seine Expertenmacht und kommunikative Führungsrolle, der Patient durch sein Verweigern der Kooperation oder Aufkündigung der Beziehung. Im Umgang des Arztes mit seinem Narrativ erfährt der Patient, ob der Arzt ihn als Person ernst nimmt oder nicht, seine Sichtweise respektiert und empathisch akzeptiert oder den Patienten seinem Expertenstatus unterordnet.

Die Schaffung der gemeinsamen Geschichte in der Ordnung von medizinischen und biographisch-sinnhaften Aspekten des Leidens unterstützt gleichzeitig den Bewältigungsprozess des Patienten. Das Geschehen wird kognitiv durchschaubar, in die biographische Erfahrung integrierbar und durch seine zwischenmenschliche Resonanz emotional erträglicher. Aus der geordneten Geschichte können Zukunftsperspektiven und Handlungsspielräume mit dem Gefühl verbesserter Kontrollierbarkeit abgeleitet werden. So wirkt das Narrativ unmittelbar therapeutisch (Brody, 1994; Lucius-Hoene, 2002).

e. Geschichtenkonstruktionen über die Therapie

Sowohl der Patient als auch der Arzt bilden sich ihre eigene Geschichte über das therapeutische Geschehen. Diese Geschichten können auf Grund der unterschiedlichen Perspektiven nicht identisch sein. Wichtig ist nur, dass sie hinreichend kompatibel und transparent sind, um Kooperation und gemeinsame Entscheidungsfindung zu gewährleisten und die Bewältigung zu unterstützen.

f. Geschichten hinter den Geschichten des Patienten und des Therapeuten

Patient wie Therapeut nutzen für die Schaffung ihrer Geschichten weitere Wissens- und Erfahrungsquellen, die sich meist nur indirekt bemerkbar machen. Neben den Erfahrungsgeschichten anderer Menschen aus dem Umfeld oder aus Selbsthilfegruppen haben hier vor allem die Medien mit ihren Krankheitsgeschichten im Fernsehen oder in Internet-Foren eine prägende Funktion für Patientennarrative bekommen, gerade auch weil ihnen die Schaffung narrativer Strukturen von suggestiver Wirkung gelingt. Die vom Arzt eingebrachten Narrative schöpfen nicht nur aus den Erfahrungsbeständen seines Faches, sondern immer mehr auch aus den ökonomischen, politischen und strukturellen Rahmenbedingungen seines Handelns.

Das Narrativ als gemeinsames Bedeutungsterrain

Was gibt es also zu gewinnen, wenn die narrativen Aspekte der therapeutischen Kommunikation als Narrationen ernst genommen werden? Gelingt es, die Geschichtenförmigkeit der Erlebnisverarbeitung wahrzunehmen und zu erkennen, tun sich neue Deutungsmöglichkeiten des Geschehens zwischen Arzt und Patient auf. Viele Aspekte des Gelingens der Begegnung hängen von der Fähigkeit eines Arztes ab, die Ebenen und Arten der Narrative im Hintergrund der Kommunikation zu durchschauen, ihre Botschaft zu verstehen und zu erkennen, in welchem Narrativ beide gerade agieren: Beziehungsdynamik, Fragen von Adhärenz, therapeutischer Bindung, Nachhaltigkeit von Maßnahmen, partizipativer Entscheidungsfindung und ethischen Aspekten (Brody, 1994, 1997; Charles, Gafni & Whelan, 1997; Härter, Loh & Spies, 2005). Brody (2005) weist auf die Brückenfunktion des Narrativs hin. Zwischen Arzt und Patient schafft es eine kognitive und emotionale Verstehensbrücke für subjektive Erfahrung einerseits und fachliche Deutung andererseits. Für das therapeutische Wirken liefert es Bedeutungsbrücken, in denen das, was für den Patienten sinnvoll und rele-

vant ist, mit dem Fachwissen des Arztes zu einer gemeinsamen Handlungsperspektive verbunden werden kann. Nicht zuletzt schlägt es eine wichtige Brücke der Verständigung zu den anderen Disziplinen von Sozial- und Kulturwissenschaften, die sich der Erforschung von Krankheitserfahrungen widmen. Es bietet eine erkenntnistheoretische Basis,



eine Möglichkeit der Zusammenschau von Ergebnissen und vor allem eine gemeinsame Sprache als interdisziplinäre Grundlage der Bearbeitung von subjektiven, interaktiven und kulturellen Aspekten von Krankheit. Das Verstehen von Narrativen baut auf unserer alltäglichen Sprachkompetenz auf, ist aber gleichzeitig lern- und entwicklungsbedürftig. Für die Ausbildung dient es der Sensibilisierung für die lebensweltliche Befindlichkeit des Patienten und fördert kommunikative Kompetenz und Empathiefähigkeit. Auch wenn der Arzt die Geschichtenhaftigkeit des Krankheitserlebens und seiner eigenen Handlungsgrundlagen ignoriert, unterliegt er doch ihrer Macht und Wirkung. Sie anzuerkennen und bewusst zu nutzen, kann beide Partner im Geschehen nur bereichern.

Anschrift der Verfasserin:

Prof. Dr. Gabriele Lucius-Hoene
Abteilung für Rehabilitationspsychologie
Institut für Psychologie der Universität
Freiburg, 79085 Freiburg

Literatur dieses Beitrags unter:
www.aerztekammer-berlin.de



„Erzählen Sie doch bitte.....“

Das Narrative spielt in der hausärztlichen Medizin eine nicht zu unterschätzende Rolle. Die Angst des Arztes, sich dadurch ausufernden Erzählungen aussetzen zu müssen, ist meist unbegründet. Vielmehr lassen sich in einer gesundheitsorientierten Gesprächsführung durch und mit dem Patienten die Ressourcen und Ziele erarbeiten, die er erreichen will und kann. Am Ende steht eine gemeinsame Entscheidungsfindung von Arzt und Patient.

Von Ulrich Schwantes

„Um Himmels Willen“ werden die meisten Ärztinnen und Ärzte sofort denken, wenn sie die Überschrift lesen. Wer seinen Patienten derart auffordert, das Wort zu ergreifen, darf sich nicht wundern, wenn dieser bei seinen Ahnen anfängt und mit den Wünschen in fernster Zukunft immer noch nicht aufhört. Diese Befürchtungen entbehren jedoch jeglicher Grundlage. Patienten suchen ihren Arzt nicht auf, um zu plaudern, sondern weil sie Unterstützung suchen bei Dingen, die in irgendeiner Weise ihr Befinden stören. Schnell wird der Arzt deswegen in das Gespräch einbezogen, ohne dass er sich seinen Redeanteil „erkämpfen“ muss. Bereits 1989 hat der britische Neurologe N.J. Blau gemessen, dass die „time to let the patient speak“ (so der Titel seines Aufsatzes) lediglich 1 Minute und 40 Sekunden betrug.

Wolf Langewitz, Direktor der Psychosomatischen Universitätsklinik Basel, hat 2002 eine ähnliche Untersuchung durch-

geführt. Ärztinnen und Ärzte wurden zunächst im „aktiven Zuhören“ geschult. Sie hatten die Aufgabe, Patienten im Erstkontakt in der Ambulanz der Uniklinik zu Beginn des Gesprächs nur zuzuhören, den Redefluss nicht durch Fragen zu unterbrechen, eventuelles Stocken durch Gesten oder paraverbal (hm!) wieder voranzubringen. Gemessen wurde die „spontane Redezeit“ der Patienten, das heißt die Zeit bis zur Aufforderung an die Ärztin, zum Gesagten Stellung zu nehmen („Was meinen Sie dazu, Frau Doktor?“). 335 Patienten erfüllten alle Einschlusskriterien und konnten in die Auswertung aufgenommen werden. Im Mittel betrug die „spontane Redezeit“ 92 Sekunden. Bemerkenswert an den Ergebnissen war außerdem, dass mit Ausnahme des Alters soziodemografische Faktoren auf dieses Ergebnis keinen Einfluss hatten. Nur sieben Patienten brauchten mehr als fünf Minuten. Patienten überbeanspruchen also nicht unsere Zeit, wenn man ihnen freien Raum gibt.

Das Patientenbeispiel 1 auf Seite 20 zeigt, was im ersten Gespräch mit dem Patienten zunächst herausgefunden werden muss: Worum geht es überhaupt! Eine Diagnose zu stellen, bedeutet ja nicht, sich ärztlicherseits beim ersten erkennbaren Krankheitsbild festzuhaken und drumherum eine Differenzialdiagnose aufzubauen. Meist gilt es, aus oftmals noch vagen Befindlichkeitsstörungen ein schlüssiges Bild zu entwickeln. Besser gesagt: den Patienten es entwickeln zu lassen. Dessen Wahrnehmungen sind anfänglich oft noch diffus und von sich überlagernden Bedeutungen durchzogen. Etwas Akutes drängt dabei rascher in den Vordergrund, bleibt dennoch eingebettet in die Gesamtheit des subjektiven Erlebens des Patienten. Chronische Zustände sind von vornherein (oder bereits wieder) viel mehr verwoben in die unterschiedlichsten Situationen des individuellen Leben. Der Anlass für die Arztkonsultation erscheint in Facetten oft erst im Laufe einer längeren Zeit in variierenden Erzählungen.

Solche Erkenntnisse sind in den vergangenen Jahrzehnten von verschiedenen Ärzten dargestellt worden. Ein Beispiel dafür ist das „disease-illness“-Modell von Stewart und Roter von 1989. Die englische Sprache unterscheidet zwischen *disease* (= Krankheit) und *illness* (= Kranksein). Der Krankheit zugeordnet sind aus der Vorstellungswelt des Arztes Symptome, Zeichen und Befunde, dazugehörige Untersuchungen und Techniken. Dieses führt zur Diagnose und Differenzialdiagnose und Therapie auf pathologischer Grundlage. Das Kranksein hingegen entspricht der Vorstellungswelt des Patienten: seinen Erfahrungen, Ideen, Vermutungen, Erwartungen, Gefühlen, Gedanken, Auswirkungen. Es erwartet ein Verständnis für das einzigartige Ereignis des eigenen Krankseins.

Beides soll in der Begegnung zwischen Patient und Arzt zusammengebracht werden. Der Patient soll die Diagnose und die darauf sich beziehende Therapie verstehen können. Das bedeutet nichts anderes, als diese zu einem Teil seines

Lebens zu machen, den subjektiven Bewertungen zu unterziehen, es in der gesamten Lebenssituation gewissermaßen aufgehen zu lassen. Der Arzt soll seine Diagnose aus den Lebensumständen des Patienten erkennen und die notwendige Therapie auf die subjektiven Bedingungen abstellen. Dazu gehört ein offenes Ohr und hohe Aufmerksamkeit für die Geschichte des Patienten, die nicht nur die jeweiligen Probleme beinhaltet, sondern auch alle Ressourcen, die zur Bewältigung erforderlich sind.

Eingeschränkter Ausschnitt

In der fachärztlichen Betreuung steht häufiger ein definiertes Krankheitsbild, zu dem eine bestimmte Frage beantwortet werden soll, bereits beim ersten Kontakt im Vordergrund. Die gewählte Fachrichtung selbst schränkt schon den betrachteten Ausschnitt ein. Aber auch hier gilt gleichermaßen, dass sich die Diagnose aus den Erzählungen des Patienten ergibt. Ärztliches Handeln ergibt

sich aus der verstehenden Beziehung. Ärztliche Zufriedenheit ergibt sich aus einem auf diese Weise sinnhaften Handeln (s. Patientenbeispiel 2. auf Seite 21).

Aaron Antonovsky (1923-1994), ein amerikanisch-israelischer Soziologe, hat seine Gedanken zum Zustandekommen von Gesundheit in seinem Modell der Salutogenese zusammengefasst. Er beschreibt in dem Buch „Unravelling the Mystery of Health“ das Kohärenzgefühl (sense of coherence) als wesentliches Element. Er unterteilt dieses in drei Komponenten. Die Verstehbarkeit (sense of comprehensibility): wechselseitig sich verständig machen und zu verstehen, was geschieht und was gesagt wird. Das wird im Zuhören der Erzählung des Patienten in dieser Weise gefördert. Darauf baut sich die Machbarkeit (sense of manageability) auf: ich kann mir helfen. Das was gemacht werden soll oder kann, muss wiederum eingepasst werden in das jeweilige subjektive Leben. Beides wird unterlegt von der Bedeutsamkeit (sense of meaningfulness). Diese ist einerseits die wesentliche Grundlage für das momentane Verstehen und Machen. Andererseits modifizieren Machen und Verstehen aber auch und bewirken Neubewertungen und Umdeutungen, die das Leben bestenfalls wieder in selbstvergessenes gesundes Weggegebenes ermöglichen. So lautet eine Definition der Gesundheit von Hans-Georg Gadamer.

Zwischengeschalteter Filter

Ein auf Krankheit ausgerichteter Arzt wird an den Bericht des Patienten vorab einen Filter anlegen, der ihm ermöglichen soll, Störungen rasch zu erkennen, die danach mit angemessenen Methoden nachgewiesen werden sollen. Ein Arzt, der sich darüber hinaus an der Gesundheit seines Patienten orientiert, wird nicht umhin können als sich dessen Erzählungen zu öffnen. Die situationsbedingt sich wandelnden Bedeutungen werden aufgenommen, die Fähigkeiten erfasst, die subjektiven Interpretationen, Erwartungen, Unsicherheiten verstanden. Dazu gehört die Akzeptanz des anderen, die frei von

Um was geht es im Patienten-Arzt-Kontakt überhaupt, zumal in der hausärztlichen Medizin?

1. Patientenbeispiel

Eine junge Frau von 23 Jahren erscheint erstmalig in der Praxis und wirkt schon im ersten Eindruck sehr „mitgenommen“. Sie sagt, dass sie im Augenblick nicht arbeiten könne, und nach einer Pause, sie habe seit ein paar Tagen starke Halschmerzen. Weil ich sie einen Moment fragend anschau, fährt sie fort: „Irgendwo muss es ja auch rauskommen.“ Und weil ich immer noch nicht eingreife, „Die Belastungen der letzten Zeit waren einfach zu viel für mich.“ Da ich hierin auch noch keine Aufforderung sehe, meinerseits das Wort zu ergreifen, entsteht eine kurze Pause. Diese endet mit einem Aufschlucken und dem Satz: „Ich habe gerade die Liebe meines Lebens verloren.“

Ich erfahre noch, dass sie vor einem Jahr mit einem verheirateten Arbeitskollegen eine Beziehung eingegangen ist, gegen die beide sich anfänglich sträubten. Nun habe sich der Mann (nach einigen glücklichen Monaten) entschieden, bei seiner Erstfamilie zu bleiben. Mein Kommentar zu diesem Zeitpunkt ist lediglich, dass die Ereignisse wirklich schlimm für die Patientin sein müssten. Ich schreibe sie arbeitsunfähig wegen dieser Belastungssituation. Eine Pharyngitis liegt bei der Patientin allerdings auch vor.

In weiteren Gesprächen bei Folgeterminen erfahre ich mehr über die Liebe der beiden, über die Kraftanstrengungen, vernünftig sein zu wollen, über das erlebte Glück und jetzt das Ende, das verbunden ist mit einer Schwangerschaftsunterbrechung bei der jungen Frau.

jeglichen Bedingungen ist. Der andere, der Patient und seine Geschichte sind so, wie sie sind. Das was erzählt wird, beinhaltet Fragen und ihre Antworten, Probleme und ihre Lösungen, Feststellungen und die ihnen anhaftenden Zweifel. Darin liegt der Wert der Geschichte, der unschätzbar ist für ihren Fortgang.

Im Dialog lassen sich zumal in einer gesundheitsorientierten Gesprächsführung (nach Isebaert, Schimansky, Schwantes) durch den Patienten und mit ihm seine Ressourcen erarbeiten und vor allem die Ziele, die er erreichen will und kann. Durch das durch den Patienten gesteuerte Gespräch werden die Ziele genau seinen Möglichkeiten entsprechen. Ein Arzt, der sich in die Geschichte seines Patienten hinein begibt, wird seine Vorschläge in einer für den Patienten annehmbaren Weise unterbreiten und ihm dadurch Wahlmöglichkeiten eröffnen. Verordnungen schränken hingegen den Patienten auf ein von außen kommendes – medizinisches – Konzept ein.

Besinnung auf eigene Stärken

Jeder bewusste Patient ist bestrebt, seine Möglichkeiten zu erweitern, aus der durch eine Krankheit, durch ein Problem bedingte Einengung hinaus zu finden. Im Fall einer krankheitsbedingten Einschränkung geht es um das Erlernen, wie damit umgegangen werden kann, wie diese in das weitere Leben eingebettet wird. Bei Problemen geht es mehr um die Besinnung auf eigene Stärken, die zu einer Lösung führen. In beiden Fällen ist es der Patient, der seine Ressourcen einsetzen muss, um zu einem ihm adäquaten Ergebnis zu kommen. Was muss bei gemeinsamer Entscheidungsfindung bedacht werden? Kurzfristig soll oft der Patient auf medizinische Konzepte eingestellt werden. Da bei werden Entscheidungen, die der Patient nicht in seinem Leben verankert hat, nicht lange halten. Gemeinsame Entscheidungsfindung bedeutet also für den Arzt vor allem, die Patientengeschichte anzunehmen, sie in ihrem Wert zu schätzen und medizinische Konzepte behutsam anzubieten. Manchmal erfordert es geduldi-



ges Einlassen auf die Erzählung, damit eine Geschichte eine gute Wendung nehmen kann.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. Ulrich Schwantes
Facharzt für Allgemeinmedizin
Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Charité
Campus Charité Mitte
Schumannstr. 20/21
10117 Berlin
ulrich.schwantes@charite.de

Literatur dieses Beitrags unter:
www.aerztekammer-berlin.de

2. Patientenbeispiel

Ein Patient Mitte 40 erscheint mit einer Fülle von Befunden und einem ausführlichen Krankenhausentlassungsbericht. Er ist ratlos, weil seine ihn sehr belastenden Symptome keine Erklärung liefern. Sie treten unverändert immer wieder auf. Er berichtet von Übelkeit gefolgt von „Rumoren im Leib“, dem Gefühl ohnmächtig zu werden, Herzklopfen und –rasen, Kribbeln in den Extremitäten und Luftnot. Einige Male sei er tatsächlich ohnmächtig geworden, andere Male hätten ihn beunruhigende Erscheinungen geplagt. Er habe z.B. gesehen, wie seine Frau plötzlich anfang zu schweben. Dann seien ihm die Sinne geschwunden.

In den folgenden Wochen wurden eine Fülle von kardiovaskulären Untersuchungen durchgeführt – alle ohne pathologischen Befund. In einem vierwöchigen Klinikaufenthalt seien MRT, EEG, Dopplersonografie, Polysomnografie, Liquorpunktion durchgeführt worden. Einziges Ergebnis: angeborene Aplasie der linken A. carotis interna. Dies alles wird gehetzt und sprunghaft vorgetragen. Die Unruhe überträgt sich auf mich und in mir steigt Angst auf. Als ich das dem Patienten sage: „Ich spüre förmlich Ihre Angst“, stimmt er mir sofort heftig zu. Und mir fällt auf, dass alle von ihm beschriebenen Symptome zu einer Angsterkrankung passen. Ich vergewissere mich durch einige gezielte Fragen und teile dem Patienten meine Vermutung mit. Emphatisch greift er dieses auf und fühlt sich bestätigt. Damit er einen Anfall schon bei den ersten Symptomen coupieren kann, erkläre ich ihm noch eine autosuggestive Übung.

Ungewöhnlich an diesem Fall ist, dass der Patient die Übungen einige Male einsetzte und fortan keinen Anfall mehr erlebte.

ANZEIGE



Das Gespräch – ein unterschätztes Therapiemittel im Alter

In der Behandlung von alten, kranken Menschen kann die narrative Medizin eine wichtige Rolle spielen. Denn die persönliche Bedeutung der Krankheit für den Patienten kann durch die apparative Diagnostik nie erkannt werden. Die viel versprechenden Möglichkeiten des Gesprächs zwischen Arzt und Patient werden jedoch in der Geriatrie oft vernachlässigt.

Von Christian Zippel

Am späten Abend eines Weihnachtsfeiertages fragte die diensthabende Ärztin an, wie wir Frau D., 92 Jahre alt, bereits in einem Seniorenheim lebend, wegen starker Schmerzen in den Beinen helfen könnten. Bislang wäre die Gabe von Schmerzmitteln ohne Wirkung geblieben. Eine Nachfrage ergab, dass fast alle Patienten Besuch über die Festtage erhalten hatten, diese alte Dame aber nicht. Ich empfahl, der Patientin ein paar Baldriantropfen zu geben, sich zu ihr zu setzen, die Hand zu halten und sich mit ihr zu unterhalten. Die Patientin ist dabei ruhig eingeschlafen, auch am nächsten Morgen klagte sie nicht mehr über Schmerzen.

Dieses Beispiel gehört zum Alltag im Umgang mit alten, kranken Menschen. Das Gespräch, das Erzählende ist sowohl Therapiemittel als auch eine Möglichkeit, therapeutische Schritte und Ziele gemeinsam mit dem betroffenen Patienten zu entwickeln. Das klingt überzeugend, trotzdem werden aus vielerlei Gründen die Potenziale, die im Narrativen liegen, oft vernachlässigt. Ein Indiz

dafür mag sein, dass neuerdings sogar Kongresse „für Patientenkommunikation“ angeboten werden. Es fällt auch auf, dass ältere Hand- und Lehrbücher der Geriatrie relativ umfangreiche Hinweise auf die psychosozialen Seiten von Krankheit und Behinderung im Alter enthalten, dagegen kommt in neueren Ausgaben diese Seite der Altersmedizin manchmal recht kurz weg.

Anamnese führt in 90 Prozent zur Diagnose

Das Vorliegen mehrerer Krankheiten und Syndrome nebeneinander beim alten Patienten bedingt eine lange Krankheitsgeschichte und eine eingehende Erhebung der Anamnese. Auch in der Geriatrie kann die Anamnese trotz der eher umfangreichen Mischung

Eine lange Krankengeschichte

Es gibt leider bisher keine allgemein verbindliche Definition des geriatrischen Patienten. Aber in folgenden Punkten besteht ein hohes Maß an Übereinstimmung unter den Geriatern. Der ältere Patient ist danach in der Regel über 70 Jahre alt, wobei das biologische, nicht das chronologische Alter entscheidend ist, es besteht Multimorbidität mit fast durchweg mindestens fünf Diagnosen, auch mit neuropsychologischen Defiziten, es liegen Fähigkeitsstörungen bezüglich Selbständigkeit und Mobilität vor, die relevant für die Bewältigung des Alltags sind, das diagnostische und therapeutische Vorgehen muss rehabilitative Aufgaben und Ziele berücksichtigen, es droht Pflegebedürftigkeit (oder besteht schon), und es bedarf oft eines recht aufwändigen sozialen Managements: Hilfsmittelverordnung, Wohnraumanpassung, Beantragung einer Pflegestufe, zu schulende Angehörige u.a.m. Der Rehabilitationsauftrag der Geriatrie erklärt, weshalb geriatrische Kliniken über ein relativ umfangreiches personelles und apparatives Rehabilitationsequipment verfügen (müssen).

aus Krankheiten, Syndromen und Symptomen in 90%, verbunden mit der klinischen Untersuchung, zu den Diagnosen führen. Nur in etwa 10% bedarf es der Labor- und Apparatediagnostik, um die wesentlichen Diagnosen zu erkennen. Die apparative Diagnostik interpretiert und ergänzt letztlich nur die Anamnese und nicht umgekehrt.

Die persönliche Bedeutung des Krankheitsgeschehens für den Kranken kann durch die apparative Diagnostik nie erkannt werden. Dafür bedarf es des Gesprächs! Ebenso ist eine Risikofaktorensuche zwar wichtig, kann aber den Blick auf pathogenetische Faktoren wie Konflikte, Traumatisierungen oder innerfamiliäre Störungen verstellen. Hier sind häufig die Ursachen für potenzielle Ängste, Aggressivität und Unruhe zu finden. Vor diesem Hintergrund gilt besonders für die Geriatrie die Forderung, die Evidence-based Medicine um die Narrative-based Medicine zu ergänzen.



Foto: Maks Richter (Gkh Havelhöhe)

Beim 78-jährigen Herrn K. waren wir gefordert, erhöhte Cholesterinwerte, einen pathologischen Harnsäurespiegel, dann eine Elektrolytverschiebung und immer wieder Blutzuckerentgleisungen zu korrigieren. Diese „Laborkosmetik“ wurde überflüssig, als wir durch entsprechende Gesprächsexploration – nicht ohne psychotherapeutische Hilfe – eine larvierte Depression erkannten und entsprechend behandelten. Die subjektiv empfundene Besserung innerhalb weniger Tage war beeindruckend, die Laborwerte rückten in den Hintergrund.

Reserven des Gesundheitssystems

Für die Anamnese gibt es keinen Königsweg. Aber es ist ratsam, das Anamnesegespräch gerade bei alten Kranken mit Fragen zu beginnen, was zur Zeit am meisten Sorgen macht oder welche Beschwerden besonders bedrücken. Die Gefahr ist gering, dass diese Aufforderung zum Erzählen ins Uferlose führt, denn schon nach wenigen Sätzen wird das eigene Erzählen mit Fragen an den

untersuchenden Arzt unterbrochen, beispielsweise „was meinen Sie?“ oder „bekommt man das noch weg?“ oder „kann mir noch geholfen werden?“ Aus dem scheinbaren „Drauflos-Reden-Lassen“ erschließt sich recht schnell, wo die subjektiv am stärksten empfundenen Probleme liegen. Den Fokus bilden fast durchweg die Krankheiten, Syndrome oder Symptome, die vom alten Patienten am bedrohlichsten für seine Lebensqualität empfunden werden.

Frau D. fühlte sich bei Übungsprogrammen recht schnell erschöpft, was angesichts stabiler Kreislaufverhältnisse und allgemeiner Agilität schwer nachzuvollziehen war. Wir unterstellten vorschnell mangelnde Motivation und Kooperation. Es bedurfte der Aufmerksamkeit der Sozialarbeiterin, hinter die Ursache dieses restriktiven Verhaltens zu kommen: Frau D. hatte panische Angst, durch ein gutes Rehabilitationsergebnis die einmal erzielte Pflegestufe II zu gefährden. Als wir ihr diese Befürchtung nahmen (wie ist unerheblich), erlebten wir ein Vorbild an Mitarbeit.

Dazu können genauso Ängste und innerfamiliäre Konflikte zählen. Desgleichen lassen sich Ansätze zur Kooperation und Motivation erkennen, auf denen aufgebaut werden kann.

Permanente Gespräche im Alter

Durch Umfang und Länge der Krankheitsgeschichte(n) sowie mögliche kognitive Defizite, kann in einem Gesprächsgang eher selten die Krankheitsanamnese vollständig erhoben werden. Die geriatrische Anamnese wird meistens nur etappenweise erfasst, vielfach nur mit Hilfe von Angehörigen. Der Rehabilitationsanteil in der Geriatrie erfordert die Kooperation der Patienten und der Angehörigen. Nicht von ungefähr heißt es, dass geriatrische Rehabilitation auch immer die „Rehabilitation von Angehörigen“ ist. Für Angehörige sind Gespräche das wesentlichste Beistandsangebot.

„Schwierige“ Angehörige – sie sind zahlreicher als so genannte „schwierige“ Patienten – können über den Dialog leichter in das therapeutische bzw. Rehabilitationsgeschehen einbezogen werden. Bei Angehörigen sind es häufig unrea-

listische Erwartungshaltungen, die zu schaffen machen, aber auch schwer zu entdeckende Gewissenskonflikte. Ein akutes Krankheitsgeschehen bei Eltern oder Verwandten eröffnet unter Umständen die Chance, durch eine Art Überfürsorge „schlechtes Gewissen“ abzubauen. Um dies zu erkennen und entsprechend zu reagieren, sind Gespräche unersetzbar.

Es gehört zum „täglichen Brot“ der stationären Geriatrie, mit dem Wunsch von Angehörigen konfrontiert zu werden, trotz günstiger Therapie- und Rehabilitationsergebnisse sowie gründlicher Entlassungsvorbereitung Verlängerungen des Klinikaufenthaltes für den betroffenen alten Patienten zu erwirken. Dahinter stehen oft Befürchtungen, dem erwarteten Pflege- und Betreuungsaufwand nicht gewachsen zu sein. Die Ängste von Angehörigen gehen schnell auf betroffene Patienten über, und umgekehrt. Neben Gesprächen können direkte pflegerische, sprach-, ergo- und/oder physiotherapeutische Unterweisungen helfen.

Rehabilitation ist Dialog und narrative Medizin

Die medizinische Rehabilitation kennt viele, manchmal unangenehm langatmige Definitionen. Einfache Beschreibungen sind eher hilfreich, zum Beispiel dass Rehabilitation ein „multiprofessionelles Teamwork zugunsten von Selbstbestimmung, Selbständigkeit und Gehvermögen“ oder „ein Heranführen an den Zustand davor“ sei. Eine anschauliche Beschreibung ist, Rehabilitation als einen „Dialog zwischen der behinderten, kranken Person und den Therapeuten“ zu betrachten, während es in der Akutmedizin – Verkürzungen in Kauf nehmend – mehr um einen Monolog vom Arzt zum Patienten geht.

Gespräch erzeugt Vertrauen und Kooperation

Das wichtigste Kapital eines therapeutisch tätigen Arztes ist das Vertrauen seiner Patienten. Auf diese Grunderfahrung wird verwiesen, weil ohne Narratives dieses Vertrauen nur schwerlich gewonnen werden kann. Vertrauen wird gefördert, wenn die Erfahrungen des betreffenden Patienten in die therapeutischen Überlegungen einbezogen werden. Denn die Erfahrungen des Patienten können helfen die Therapie zu optimieren.

Ein 87-jähriger Patient, der wegen einer Rheumatoiden Arthritis erhebliche Behinderungen aufwies, hatte in etwa zehn Jahren 13 (!) Hausärzte „verschlissen“. Das war aus der langen Anamnese, unterstützt durch präzise, teilweise sehr kritische Aufzeichnungen, zu entnehmen. Im Prinzip hatte kaum einer seiner früheren Ärzte eine Chance, selbst mit Hilfe rheumatologischer Fachverständnisse eine helfende Therapie aufzubauen. Dieser Mann war der klassische „schwierige Patient“. Wir fragten uns, warum er nun schon seit vier Jahren fest seiner gegenwärtigen Hausärztin vertraut. Er meinte, dass sie ihm „voll zugehört“ habe und nicht mit Allgemeinplätzen wie „Sie wissen doch, dass bei dieser Krankheit schwer etwas zu machen ist“ oder „auch an Ihnen geht das Alter nicht vorbei“ abgespeist habe. Sie habe sich vor allem darauf eingelassen, die Therapie mit seinen Erfahrungen abzustimmen und nicht nur den rheumatologischen Therapieempfehlungen zu folgen. Sie habe mit ihm zusammen die aus seiner Sicht erfolgreichste Therapie regelrecht „erarbeitet“.

Eine Patientin, die nach einem Schlaganfall neben Restparesen noch Störungen der Feinmotorik aufwies, lehnte verordnete Übungen mit Peddigrohrarbeiten konsequent ab, weshalb der Verdacht auf mangelnde Mitarbeit an der Rehabilitation geäußert wurde. Ein näheres Beleuchten der Ursache für diese Verweigerung ergab, dass Frau S. viele Jahre in einer Textilmanufaktur tätig war, was bei ihr dauerhafte Aversionen gegen scheinbar eintönige Arbeiten ausgelöst hat. Als sie ihr feinmotorisches Übungsprogramm selbst auswählen konnte, erlebten wir ab sofort eine freundliche, kooperative Patientin.

Biografiearbeit als Domäne der Gerontopsychiatrie und Geriatrie

Der klassische Niederschlag des Narrativen in der Medizin findet sich in der Biografiearbeit. Moderne Pflegekonzepte wie die nach Böhm, Rogers, Maslow, Krohwinkel, Cohn oder Büchler beziehen sich auf Biografiearbeit, Gesprächstherapie und Gestaltungstherapie. Dabei geht es nicht allein darum, Kenntnisse über den bisherigen Lebensweg, einschneidende Lebensereignisse, Neigungen oder Interessen zu erhalten, sondern besonders um das Finden neuer Lebensziele, Verarbeitung von Krisensituationen und Erarbeitung von Bewältigungsstrategien. Grundlage ist die Anschauung, dass der Mensch ein psychosoziales Wesen ist, das selbstverantwortlich und autonom in seiner Lebensgestaltung tätig werden kann. Das schließt Demenzkranke ein, für die eigene Kommunikationsformen gewählt werden müssen. Es muss von Zeit zu Zeit daran erinnert werden, dass die „Psychologie der Lebensspanne“ seit jeher zu den wichtigsten Handlungselementen in Gerontopsychiatrie und Geriatrie gehört, eben zur Medizin beim alten Menschen.

Cohn hat dafür folgende Worte gefunden: „Nur das Ich, das Individuum kennt seine eigenen Empfindungen, Gefühle, Wünsche und Ambitionen. Keine äußere Wahrnehmung kommt der Selbst-Erkennung gleich. Jedoch kann ein Außenstehender viel von einem anderen Menschen wahrnehmen und intuitiv erkennen, wenn er seine eigene Bewusstheit und Sensitivität für die Realität des anderen schult und nicht seinen Projektionen verfällt.“

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Christian Zippel
MEDIAN-Klinik Berlin-Mitte
Fachklinik für geriatrische
Rehabilitation
Turmstrasse 21
10559 Berlin

Literatur dieses Beitrags unter
www.aerztekammer-berlin.de

Den Glauben der anderen verstehen

Gertrud Wagemann: Verständnis fördert Heilung – Der religiöse Hintergrund von Patienten aus unterschiedlichen Kulturen. VWB Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin 2005, 123 S., 16,00 €, ISBN 3-86135-292-3

Berlin ist zur Heimat von Menschen mit unterschiedlichsten kulturellen und religiösen Wurzeln geworden. Für Ärztinnen und Ärzte in der Hauptstadt bedeutet der Umgang mit Patienten verschiedener Herkunft und Religion häufig ein großes Problem. Zu sprachlichen Barrieren kommen kommunikative Probleme aufgrund mangelnder Kenntnis des religiösen Hintergrunds. Diese Schwierigkeiten zu verringern, hat sich der Leitfaden „Verständnis fördert Heilung“ für Ärzte, Pfleger, Berater und Betreuer von Gertrud Wagemann zum Ziel gesetzt.

Die Autorin hat dazu Interviews mit Mitgliedern der verschiedenen Glaubensgemeinschaften geführt. Herausgekommen ist ein kompaktes Buch, das einerseits als Nachschlagewerk dienen kann, andererseits aber auch zum Schmökern einlädt. Den Hauptteil des Buches nimmt die Übersicht der Glaubensgemeinschaften und ethnischen Gemeinschaften in Deutschland ein. Da Wagemann nach eigenen Angaben eine Einteilung in die fünf großen Weltreligionen für zu grob und realitätsfern hielt, entschied sie sich für eine Aufteilung in zwölf Kapitel, die sich weiter aufgliedern. Jedes Kapitel ist gleich strukturiert: Zunächst werden die Grundzüge der jeweiligen Religion mit der Anzahl der Gläubigen in Deutschland dargestellt, gefolgt von einer Erklärung der religiösen und ethnischen Bräuche und der Besonderheiten der Familienstrukturen, der Ernährung und der Hygiene. Anschließend geht das Buch auf medizinische Aspekte ein (Transfusionen, Organspenden, Transplantationen etc.). Zwei weitere Punkte sind Geburt (Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch) und Tod (Begräbnis, Obduktion).

Neben der Darstellung der großen Religionen sind besonders die Informationen über die weniger bekannten Glaubensgemeinschaften wie Aleviten, Baha'i, äthiopisch-orthodoxe Christen oder Yeziden spannend. Ein gesondertes Kapitel nehmen Kurden sowie Sinti und Roma ein, da diese ethnische Gemeinschaften sind und sich nicht über eine bestimmte Religion definieren lassen. Da gegenüber diesen Gruppen aber viele Vorurteile bestünden, sei es ihr wichtig gewesen, sie in den Leitfaden aufzunehmen, schreibt Wagemann.

Für den Arzt kann das kompakte Buch als Nachschlagewerk und als erster Einstieg in die Thematik dienen. Zur Vertiefung sind sicherlich weitere Informationsquellen notwendig. Die Autorin weist zudem wiederholt darauf hin, dass sich die Informationen nicht verallgemeinern und einfach auf den jeweiligen Patienten übertragen lassen. Sie sollten vielmehr als Grundlage für weitere Fragen des Arztes dienen. „Für alle Menschen ist es wichtig, dass sie nicht auf eine bestimmte kulturelle oder religiöse ‚Identität‘ reduziert werden. Das wäre Ausdruck einer falsch verstandenen Kultursensibilität“, betont Wagemann.

Sascha Rudat

Jungen Forschern geht es in den USA besser

Über die schlechten Arbeitsbedingungen junger Ärztinnen und Ärzte in Deutschland wird viel berichtet. Auch BERLINER ÄRZTE weist immer wieder auf die Missstände hier zu Lande hin. Immer mehr junge deutsche Mediziner wagen deshalb eine berufliche und private Zukunft im Ausland. In einem Leserbrief an das Ärzteblatt Rheinland-Pfalz, den BERLINER ÄRZTE hier nachdruckt, schildert der Arzt Dr. med. Markus Ries, weshalb er seinen Job in Deutschland an den Nagel gehängt und sich für einen Neuanfang in den USA entschieden hat.

Als Arzt und Wissenschaftler bin ich unter den momentanen Arbeitsbedingungen nicht mehr in der Lage, international kompetitive Spitzenforschung sowie erstklassige Versorgung der Patienten an einer deutschen Universitätsklinik zu betreiben, so wie ich das seit drei Jahren hier in den USA realisieren kann. Sofern nicht umgehend Verantwortlichkeiten definiert und Konsequenzen gezogen werden, wird der momentane Status quo fortwährender Modus operandi bleiben und sich die Abwanderung ins Ausland oder alternative Berufsfelder weiter intensivieren.

Meine Motivationen, momentan einen dauerhaften Verbleib in den USA zu favorisieren, lassen sich gemäß der „pull“- und „push“-Kategorisierung erläutern:

„push“-Faktoren

Die derzeitigen Arbeitsbedingungen in den deutschen Universitätskliniken sind unattraktiv, dazu zählt neben den inoffiziellen Überstunden die hohe Belastung an berufsfremden Tätigkeiten, insbesondere das Blutabnehmen und die Verab-

reichung von i.v.-Medikationen, was z.B. in Frankreich oder in den USA von speziell geschulten, nichtärztlichen Mitarbeitern durchgeführt wird. Statt zu publizieren findet sich der ärztliche Wissenschaftler zum kodierenden Dokumentationsassistenten degradiert. Wie viele Publikationen entgehen so den deutschen Institutionen und lassen unser Land im internationalen Wettbewerb immer blasser erscheinen? Die Weiterbildung zum Facharzt ist zu unstrukturiert und intransparent. Hinzu kommt eine im internationalen Vergleich relativ schlechte Bezahlung, wobei die Fortbildung zumeist eigenfinanziert werden muss.

Starre Hierarchien mit Besitzstand wahrender und innovationsfeindlicher Attitüde erschweren die Implementierung neuer Ideen. Der junge Forscher findet wenige Möglichkeiten zum eigenständigen Arbeiten inmitten einer oft autoritären Kommunikationskultur, wozu sich eine Adynamik hinsichtlich zeitlicher und finanzieller Rahmenbedingungen gesellt, die in unsichere Karriereperspektiven mündet.

„pull“-Faktoren

Sie finden in den USA an entsprechenden Institutionen eine hervorragende Arbeitsteilung und Integration des Konzepts des

„lifelong learning“, wozu auch berufs begleitende Studiengänge gehören. Weiterbildungsprogramme sind strukturiert und kombinierbar. Das Salär eines akademisch tätigen Arztes ist relativ attraktiv; mein Institut übernimmt die Kosten von Fortbildungen und Kongressen. Als motivierend habe ich die positive und enthusiastische Arbeitseinstellung erfahren, eingebettet in eine flache Hierarchie und durch Respekt geprägte, offene Debatten- und Kommunikationskultur. Die amerikanische Einwanderungspolitik erlaubt es qualifizierten Wissenschaftlern, relativ problemlos eine Greencard zu erhalten. Karrieren werden planbar und die demographische Entwicklung (Kinderfreundlichkeit, bessere Rentenperspektive, Möglichkeit des lebenslangen Arbeitens) machen die USA insgesamt zu einem attraktiven Ort zum Leben und Arbeiten. (...)

Ich würde mich freuen, vielleicht in nicht all zu ferner Zukunft wieder in Deutschland tätig zu werden – publizierend, nicht kodierend.“

Markus Ries M.D., M.H.Sc.
Developmental and Metabolic
Neurology Branch
National Institute of Neurological
Disorders and Stroke
National Institutes of Health
9000 Rockville Pike Building 10
Room 3D03
Bethesda MD 20892-1260, U.S.A.
Email: mr38ot@nih.gov

Markus Ries hat Medizin in Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Österreich, Chile und Spanien studiert und erhielt einen Master of Health Sciences in Clinical Research von der Duke University (USA). Er ist nach Promotion und klinischer Tätigkeit in Deutschland als ärztlicher Wissenschaftler an den National Institutes of Health, Bethesda, Maryland, USA tätig und Autor von mehr als 20 in internationalen Zeitschriften publizierten Arbeiten. Die amerikanische Einwanderungsbehörde klassifiziert ihn als „Ausländer mit außergewöhnlichen Fähigkeiten, dessen Einbürgerung im nationalen Interesse der Vereinigten Staaten von Amerika liegt“. srd

Flexiblerer Gesundheitsschutz

Erweiterte Betreuungsmöglichkeiten

Am 1. Oktober 2005 ist die Unfallverhütungsvorschrift BGV A2 „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) in Kraft getreten. Sie löste die bisherigen Vorschriften BGV A6 und BGV A7 ab. Die BGW informierte darüber in ihren Mitteilungen 4/2005. Da dies vermutlich nicht jedem Praxisinhaber aufgefallen ist, möchte BERLINER ÄRZTE an dieser Stelle auf die neuen und interessanten Betreuungsalternativen aufmerksam machen.

Wie jeder Arbeitgeber, ist auch der Arzt, zum Beispiel als Praxisinhaber, für den Gesundheitsschutz und die Sicherheit seiner Beschäftigten verantwortlich. Jeder Arbeitgeber muss sich hierzu externen Sachverständigen bedienen in Gestalt der Betriebsärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit. Diese unterstützen ihn bei seiner Aufgabe der Beurteilung der Gefährdungen, der Unterweisung der Beschäftigten, der Auswahl geeigneter Arbeitsschutzmaßnahmen und der Überprüfung ihrer Wirksamkeit beispielsweise zur Verhütung von Nadelstichverletzungen, von irritativen und allergischen Hauterkrankungen, von Beschwerden am Bildschirm.

In den bisherigen Regeln war dem „Arbeitgeber-Arzt“ eine bestimmte Zeit vorgegeben, für die er die Fachkraft für Arbeitssicherheit (nach der alten BGV A6) und den Betriebsarzt (nach der alten BGV A7) bestellen musste. Die erforderliche Zeit errechnete sich aus der Kopfzahl der Beschäftigten und dem Gefährdungspotenzial des Betriebes. Dieses ursprünglich für Mittel- und Großbetriebe entwickelte Betreuungskonzept mittels Einsatzzeiten ergab für Klein- und Kleinstbetriebe wie Arztpraxen jedoch so minimale Betreuungszeiten, dass eine sinnvolle Arbeit nur schwer zu erbringen

war. So war beispielsweise einer internistischen Praxis mit drei Arzthelferinnen eine Dreiviertelstunde Betriebsarzt alle vier Jahre vorgeschrieben.

Die neue BGV A2 eröffnet nun für Klein- und Kleinstbetriebe insgesamt drei Möglichkeiten, sich betreuen zu lassen: zum einen die alte, nur geringfügig modifizierte Betreuung mittels fester Einsatzzeiten sowie zwei neue sinnvollere Alternativen. Diese fußen nicht auf einem Zeitkontingent, das durch die oben genannten Experten auszufüllen ist, sondern benennen die Aufgaben und Anlässe, bei denen die Experten hinzuzuzie-

hen sind. Zwei Konzepte sind hierbei zu unterscheiden:

a) Der Umfang der zu erbringenden betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung besteht in der Durchführung von Grundbetreuungen und anlassbezogenen Betreuungen ohne vorgegebene Einsatzzeiten. Die Grundbetreuungen beinhalten die Unterstützung bei der Erstellung bzw. Aktualisierung der Gefährdungsbeurteilung nebst Maßnahmenfindung. Die Grundbetreuung ist bei maßgeblicher Änderung der Arbeitsverhältnisse spätestens aber nach fünf Jahren zu wiederholen. Hierbei muss zwar weiterhin der Sachverständiger beider Experten einbezogen werden. Neu ist aber, dass dies durch Kooperation untereinander geschehen darf, so dass der Arzt nur von einem der beiden aufgesucht wird. Darüber hinaus ist der „Arbeitgeber-Arzt“ verpflichtet, sich bei besonderen Anlässen durch einen Betriebsarzt bzw. eine Fachkraft für Arbeitssicherheit betreuen zu lassen, also deren Expertise einzuholen. Die BGV A2 benennt in der Anlage 1 solche Anlässe, vornehmlich sind dies grundlegende Veränderungen und Probleme.

Drei verschiedene Betreuungsmöglichkeiten laut BGV A2:

Betriebsgröße (Anzahl der Beschäftigten*)	1. Regelbetreuung (nach festen Einsatzzeiten)	2. Grundbetreuung / Anlassbezogene Betreuung	3. Alternative bedarfsorientierte Betreuung
bis 10	ja	ja	ja**
11 bis 50	ja	nein	ja**
über 50	ja	nein	nein

* nicht Köpfe sondern errechnete Größe unter anteiliger Berücksichtigung von Teilzeitbeschäftigten und geringfügig Beschäftigten

** für Arztpraxen bisher nur Modellversuch in Schleswig-Holstein, generell kann die Umsetzung nur in Kooperation mit der zuständigen Ärztekammer oder einem Berufsverband erfolgen

b) Bislang nur in einem Modellversuch in Schleswig-Holstein gibt es für die „Arbeitgeber-Ärzte“ auch die alternative bedarfsorientierte Betreuung. Hier entfällt die Expertenunterstützung bei den oben genannten Grundaufgaben der Gefährdungsbeurteilung und Maßnahmenfindung, welche der Arzt nach Pflichtschulungen und regelmäßiger Fortbildung selber wahrnimmt. Lediglich beim ersten Mal wird die Praxis durch einen Experten aufgesucht. Der geschulte Arzt hat sich allerdings bei denselben Anlässen wie bei dem unter a) genannten Konzept durch einen Betriebsarzt bzw. die Fachkraft für Arbeitssicherheit betreuen zu lassen. Kommt der Arzt seinen ihm im Rahmen der alternativen bedarfsorientierten Betreuungsform auferlegten Pflichten nicht nach, unterliegt er wieder der Regelbetreuung mit festen Einsatzzeiten.

Aktuell können also die Berliner Ärztinnen und Ärzte entscheiden, ob Sie die unter 1. genannte Regelbetreuung weiterführen oder 2. das Modell der Grund- und anlassbezogenen Betreuung wählen möchten.

Auch die neuen Betreuungsmodelle sehen die Festlegung auf bestimmte Betreuer (Betriebsarzt und Fachkraft) und somit eine feste Beziehung zwischen Arbeitgeber und Arbeitsschutzexperten vor. Dies nicht nur aus Gründen der Effizienz und Effektivität sondern auch wegen der Rechte der Beschäftigten, die über die Art der praktizierten Betreuung zu informieren sind und wissen müssen, welcher Betriebsarzt und welche Fachkraft für Arbeitssicherheit anzusprechen ist.

Während der „Arbeitgeber-Arzt“ also bisher einen Vertrag mit den jeweiligen Arbeitsschutzexperten über eine bestimmte Zeit und deren Vergütung hatte (wohingegen bezüglich der Aufgaben oft nur auf die Rechtsgrundlagen verwiesen wurde), müssen die Verträge für die Grund- und Anlassbetreuungen die Leistungen definieren und das jeweilige Honorar spezifizieren (vgl. Musterverträge der BGW). Hier sollte auch geregelt sein, bei welchen Anlässen und in welchem Umfang die Beschäftigten sich direkt an die Experten wenden dürfen.

Zuletzt möchten wir noch ein häufiges Missverständnis ausräumen: Betriebsärztliche Betreuung und arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen sind nicht dasselbe.

Betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung zielt auf die eingangs genannten generellen Aufgaben des Arbeitgebers im Arbeitsschutz. Zusätzlich gibt es bei definierten Gefährdungen Pflichten, arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen entweder durchführen zu lassen oder aber sie anzubieten (z.B. nach Biostoffverordnung mit Impfangebot, nach Gefahrstoffverordnung mit Auswahl der richtigen Handschuhe, nach Bildschirmarbeitsverordnung mit ggf. Finanzierung einer speziellen Sehhilfe). Die diesbezüglichen Arbeitgeberpflichten sind nicht sehr übersichtlich, da sie sich in verschiedenen Rechtstexten verstreut finden. Informationen zu den Vorsorgeuntersuchungen bietet das Landesamt für Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz und technische Sicherheit im Internet unter www.berlin.de/LAGetSi/Themen/arbeitsmedizin.html. Es dürfte

selbstverständlich sein, dass auch ein arbeitsmedizinisch qualifizierter „Arbeitgeber-Arzt“ nicht die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen bei seinen Beschäftigten vornehmen darf. Hiermit ist ein externer Arbeits- oder Betriebsmediziner zu beauftragen. In der Regel sollte dies der Betriebsarzt sein. Damit ist nicht das Recht auf freie Arztwahl ausgeschlossen.

Im Übrigen möchten wir die Ärzte auch darauf hinweisen, dass Versäumnisse bei den grundlegenden Pflichten des Arbeitsschutzes – nämlich der Gefährdungsbeurteilung, der Unterweisung der Beschäftigten, der Auswahl geeigneter Schutzmaßnahmen und ihrer Wirksamkeitsüberprüfung sowie der Veranlassung ggf. vorgeschriebener Vorsorgeuntersuchungen – zum Beispiel nach der Biostoff- und Gefahrstoffverordnung Ordnungswidrigkeiten darstellen und bußgeldbewehrt sind.

Unsere hier gegebene kurze Einführung in die neue BGV A2 ersetzt natürlich nicht die Lektüre dieser Unfallverhütungsvorschrift der BGW und ihrer dazu herausgegebenen Erläuterungen. Diese können im Internet unter www.bgw-online.de nebst vielen weiteren Informationen heruntergeladen oder bestellt werden. Dort finden Sie auch, was Sie als Arbeitgeber Ihrer Berufsgenossenschaft gegenüber nachweisen müssen.

Anschrift der Verfasserin:

Dr. med. Barbara Nemitz
Akademie für Arbeitsmedizin und
Gesundheitsschutz
Ärztekammer Berlin
Tel.: 030/40 80 6-1300

Bologna-Prozess – Schmalspur-Medizin oder gangbarer Weg?

Die in der Bologna-Reform genannte Umwandlung des europäischen Hochschulsystems ist in Deutschland umstritten. Viele Experten sehen durch die Einführung eines Bachelor-Master-Systems in der medizinischen Ausbildung die Gefahr des „Schmalspur“-Arztes. Die Hochschulrektorenkonferenz (HRK) hatte deshalb im vergangenen Herbst zu einer Tagung mit dem Titel „Potenziale und Grenzen des Europäischen Reformprozesses für die Medizin und die Gesundheitswissenschaften in Deutschland“ nach Bonn eingeladen, um über Gefahren, aber auch Chancen der umstrittenen Bologna-Reform zu diskutieren. Eingeladen waren Vertreter des Medizinischen Fakultätentages (MFT), der Gesellschaft für medizinische Ausbildung (GMA), der Bundesvereinigung der Medizinstudierenden in Deutschland (BVMD) und dem Kooperationsbund Hochschulen für Gesundheit.

Von Johanne Pundt und Jutta Rübiger

Im Vorfeld der Tagung betonten einige Verbandssprecher, dass im Falle des Medizinstudiums eine Umstellung auf die zweistufige Bachelor-Master-Struktur mit großen Unsicherheiten behaftet und daher in dieser Fachrichtung schwer

umsetzbar sei. Bei näherer Betrachtung auf der Tagung haben sich die Reformmöglichkeiten doch in einem günstigeren Licht dargestellt. Es gibt Grund zu vorsichtigem Optimismus. Zum einen konnten die Beiträge aus Ländern wie

Großbritannien, Schweiz und Schweden aufzeigen, dass es gangbare Wege geben könnte, über den Prozess der Qualitätssicherung und -verbesserung das Medizinstudium in die gestufte Struktur zu überführen. Beispielsweise möchte die Universität Basel bereits zum Wintersemester 2006/07 mit einem ausgefeilten und transparenten Bachelor- und Mastermodell beginnen.

Zum anderen haben die nationalen Beiträge von Seiten des MFT, der GMA und der verfassten Studentenschaft/BVMD deutlich gemacht, wo die Chancen der Bologna-Reform für die deutsche Medizinausbildung liegen (könnten).

So wird ein Vorteil in der Modularisierung und Berufsorientierung der curricularen Gestaltung gesehen, das heißt, anstelle der Frage, welche theoretischen Fächer in ein Medizinstudium gehören, würde die Frage treten, für welche Berufsfelder das Medizinstudium ausbildet und welche konkreten beruflichen Kompetenzen ein Mediziner braucht, um den Anforderungen gerecht zu werden, die der medizinische Fortschritt und die Patienten an ihn stellen. Die Modularisierung würde zweitens einhergehen mit der Vergabe von Creditpunkten nach dem internationalen European Credit Transfer System (ECTS) für einzelne Module. Dadurch würde auch das Studium im Ausland erleichtert, das bisher nur bei den ERASMUS-Studenten zuverlässig auf das Studium in Deutschland angerechnet wird. Die Studenten versprechen sich von der „Bolognarisierung“ nicht zuletzt auch eine deutliche Qualitätssicherung des Studienangebots, denn mit der Umstellung würde ein internes Qualitätsmanagement eingeführt und ein neuer Studiengang durch externe Gutachter akkreditiert.

Stichwort Bologna-Prozess

Als Bologna-Prozess wird die Schaffung einer einheitlichen europäischen Hochschulausbildung bezeichnet. Deutschland hat sich 1999 gemeinsam mit 44 anderen europäischen Staaten verpflichtet, bis 2010 die Ziele der Bologna-Erklärung (benannt nach der gleichnamigen italienischen Stadt) umzusetzen und sich an dem Aufbau eines Europäischen Hochschulraums zu beteiligen. Im europäischen Vergleich zeigt sich, dass der größte Teil der Unterzeichnerstaaten mit der Bologna-Erklärung eine grundlegende Umstrukturierung ihres Studiensystems beschlossen und mit der Implementierung begonnen hat. Der Bologna-Prozess bringt umfassende Veränderungen auch für die deutschen Hochschulen mit sich: Zum Beispiel wirkt er sich auf die Studiengangsstruktur und die Inhalte, auf Organisationsabläufe in den Hochschulen, auf Prozesse in den Verwaltungen und Entscheidungen der Studierenden aus. Die größten Schwierigkeiten bereitet derzeit die Einführung der Bachelor- und Masterstudiengänge, statt ehemalige Diplom- und Magisterstudiengänge. Die Einführung von Bachelor- und Masterstudiengängen in der medizinischen Ausbildung wird in Deutschland vor allem von Ärzten sehr kritisch gesehen.

ANZEIGE



Foto: Imago

Probleme beim Namen genannt

Natürlich blieben die von zahlreichen Verbandssprechern vorhergesagten Probleme auf der Tagung nicht ausgespart. Die Vertreterin der Bundesärztekammer hat – in dankenswerter Offenheit – das Problem beim Namen benannt: Der ärztliche Berufsstand befürchtet, dass ein Bachelor-Absolvent, der seinen Studienabschluss nach nur drei Jahren erlangt, nicht über das medizinische Wissen verfügt, das für die ärztliche Behandlung von Patienten erforderlich ist. Die Tagungsteilnehmer haben dem uneingeschränkt zugestimmt.

Über alle medizinischen Organisationen und Vertreter der anderen Gesundheitsberufe hinweg schien konsensfähig zu sein, dass ein dreijähriger Bachelor-Abschluss nicht zur ärztlichen Tätigkeit befähigen kann, sondern sich für alle, die Ärzte werden möchten, ein (konsekutives) Masterstudium über mindestens zwei Jahre in Medizin anschließen muss. Ob allerdings auch der Bachelor-Abschluss im Medizinstudium eine sinnvolle Option sein könnte, wurde kontrovers diskutiert und für kaum zukunftsfähig gehalten. Die Skeptiker warnen vor den fehlenden Berufsmöglichkeiten nach drei Jahren Ausbildung, die Befür-

worter dieser „Exit-Option“ hingegen verweisen auf die hohen Abbrecherquoten im Medizinstudium (vgl. Kopetsch, 2005, Rabbata, 2005) sowie einem recht hohen Prozentsatz an Studienabsolventen, die nicht den Beruf des Arztes (in Deutschland) ergreifen. Dass die Gründe dafür nicht nur im Bildungs- sondern auch im Beschäftigungssystem zu suchen sind, blieb unbestritten.

Ausbildung zum Arzt im Mittelpunkt

Einig war man sich darin, dass die Ausbildung zum Arzt das Hauptziel des Medizinstudiums bleiben muss und dass bei diesem zeitlich und finanziell vergleichsweise aufwändigen Studium möglichst wenig „Verluste“ auftreten sollten. Die Kollegen der Schweizer Fakultäten, die Bachelor-Titel nur in einigen Fällen vergeben, wiesen darauf hin, dass es zwar wenige, aber reale Berufschancen für Bachelor-Absolventen gibt (z.B. in der Pharmaindustrie oder im Versicherungswesen) und dass der Bachelor-Abschluss die Möglichkeit bietet, ein nicht-medizinisches Masterstudium anzuschließen, für das es nachweisbar eine Nachfrage am Arbeitsmarkt gibt (z.B. in Public Health, Epidemiologie oder in Managementbereichen; vgl. Pundt / Lorenz 2004).

Da Ärzte bekanntlich mit anderen Gesundheitsberufen eng zusammenarbeiten, wurde allgemein der Vorschlag begrüßt, einzelne Lehrveranstaltungen für eine multiprofessionelle Teilnehmer-schaft anzubieten (z.B. ein Modul „Notfallmedizin“ für Pflege- und Medizinstudenten) und das Medizin-Curriculum mit gesundheitswissenschaftlichen Inhalten anzureichern, wie es auch in den Curricula der Studiengänge für Gesundheitsfachberufe (z.B. Pflege, Physio- und Ergotherapie) vorgesehen ist. Diese Berufsgruppen befinden sich im Professionalisierungsprozess und würden eine verstärkte Interdisziplinarität durch Verzahnung der Lehrinhalte befürworten.

Am Ende der Tagung war deutlich, dass die Chancen für eine Reform des Medizinstudiums nach den Bologna-Vorgaben – objektiv gesehen – gar nicht schlecht stehen und dass von verant-

wortlicher Seite auch erste Reformideen entwickelt wurden. Allerdings erschweren praktische Probleme noch diese Reformarbeit. Die Universitätskliniken haben zur Zeit mit der Umsetzung der DRGs und die medizinischen Fakultäten mit der Umsetzung der neuen Approbationsordnung alle Hände voll zu tun. Letztere hat über zehn Jahre auf sich warten lassen, aber schlussendlich die von allen gewünschte Integration der theoretischen und der klinischen Ausbildung möglich gemacht. Bleibt den Reform-Beteiligten zu wünschen, dass sie es schaffen, die allfällige inhaltliche Reform des Medizinstudiums, wie sie die neue Approbationsordnung erlaubt, mit der Strukturreform zu verbinden, die der Bologna-Prozess nahe legt (Modularisierung, ECTS-Vergabe, zweistufige Studiengänge). Schließlich sind bis zu dem vorgegebenen Termin für die Bologna-Reform (2010) noch vier Jahre Zeit.

Die Vorträge der Tagung sind unter www.hrk-bologna.de unter Publikationen – Tagungsdokumentationen im Internet zum Download verfügbar.

Anschriften der Verfasser:

Dr. Johanne Pundt, MPH
Universität Bielefeld School of Public Health – WHO Collaborating Center
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Postfach 100 131, 33501 Bielefeld
E-Mail: johanne.pundt@uni-bielefeld.de

Prof. Dr. Jutta Rübiger
Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin
Alice-Salomon-Platz 5, 12627 Berlin
E-Mail: asfh@asfh-berlin.de

Literatur dieses Beitrags unter
www.aerztekammer-berlin.de

A
N
Z
E
I
G
E

Wissen Sie, was Ihr Patient weiß?

Die Aufklärung, eigentlich Sache des 18. Jahrhunderts, begann in der medizinischen Allgemeinbildung recht retardiert. Aber jetzt gewinnt sie mächtig an Tempo, zumindest bei den aufgeweckten Patienten. Ärzte werden sich darüber freuen oder auch ärgern, dass immer mehr Patienten immer mehr wissen und über sich mitentscheiden wollen – eines der Themen des Berliner Kongresses „Armut und Gesundheit“.

Jeder Arzt weiß ja: Aufklärung muss sein, nicht etwa nur vor einer Operation, sondern zum Beispiel auch vor einer Medikation. Sind schwere unerwünschte Wirkungen möglich, genügt kein Hinweis auf den – oft abschreckend formulierten – Beipackzettel, vielmehr muss der verordnende Arzt seine Patienten selbst darüber informieren. Also sprach der Bundesgerichtshof (VI ZR 289/03).

Wenn es selbst um die juristisch klar vorgeschriebene Aufklärung noch Rechtsstreitigkeiten gibt: Wie weit sind wir dann noch vom „mündigen Patienten“ als akzeptiertem Partner entfernt, der sich nicht paternalistisch bevormundet, sondern rundherum gut informiert, beraten und in Entscheidungen einbezogen fühlt? Um ihn ging es in einer ganz-tägigen Veranstaltung des 11. bundesweiten Kongresses „Armut und Gesundheit“, der von der Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung „Gesundheit Berlin“ organisiert und von zahlreichen Institutionen mitgetragen wurde, auch von der Ärztekammer Berlin.

Das Thema „Patientenorientierte Information und Beratung“ stand deshalb

auf der Agenda, weil die benachteiligten sozialen Schichten besonders krankheitsanfällig und damit beratungsbedürftig sind. Trotzdem sind die gängigen Angebote nicht auf sie zugeschnitten. Gerade die Unterprivilegierten möchten vor allem vom Arzt beraten werden, ergaben auf diesem Kongress zitierte Studien. Aber auch für alle anderen steht das persönliche Gespräch mit dem Arzt samt seiner Empfehlung an oberster Stelle. Broschüren, das Internet, die Krankenkassen, Beratungsstellen und -telefone folgen erst weit abgeschlagen.

Soweit die Wünsche. Die Realität sieht anders aus. Mehrfach wurde auf dieser Tagung an die Ärzte appelliert, ihre kommunikativen Leistungen nachzubessern. Die Sparschwänge aber fördern eher die „stumme Medizin“, hieß es. Die aktive Suche nach Informationen zum Thema Gesundheit und Krankheit außerhalb der Arztpraxis nimmt daher zu. Sie ist vor allem, ebenso wie die Selbsthilfegung, Sache der Mittelschicht. Da hat sich schon so mancher Patient mit einer selteneren Krankheit aus allen nur möglichen Quellen vielleicht besser informiert als sein behandelnder Arzt.

Aber wie kann ein Laie die Zuverlässigkeit der Quellen beurteilen? Und die besten Informationen sind selten allgemeinverständlich aufbereitet. Die evidenzbasierte Medizin, so hieß es, könne zur gemeinsamen Grundlage des Gesprächs zwischen Arzt und Patient werden. Dazu müssten Studienergebnisse „ins Allgemeinverständliche übersetzt“ werden. Es gebe jedoch keinen Königsweg, der von der wissenschaftlichen Erkenntnis zur bedarfsgerechten Patienteninformation führe, sagte Martina Dören (Charité).

„Evidenzbasierte Patienteninformation“

... (das ist schon ein Terminus technicus!) werde aber jetzt erarbeitet, und zwar gemeinsam mit Patienten. Im Ausland geschieht dies schon seit langem, vor allem in der Cochrane Collaboration, und deutsche Cochrane-Arbeitsgruppen (in Köln und Düsseldorf) griffen das auf. An der Universität Hamburg (Fachwissenschaft Gesundheit) erarbeitet man, wie Bettina Berger berichtete, Kriterien für evidenzbasierte und verständliche Informationen gemeinsam mit Laien. Multiplikatoren werden dort sogar im kritischen Lesen und Auswerten klinischer Studien geschult.

Auch in Berlin gibt es solche Projekte: Das „Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)“ entwickelte zum einen ein Curriculum Patientenberatung für Mitarbeiter von Beratungsstellen, zum anderen bietet es Schulungen für Laien, zum Beispiel Mitglieder von Selbsthilfegruppen. Auch hier geht es um evi-

denzbasierte Patienteninformationen (www.patienteninformation.de). Seit 1999 erarbeitet das ÄZQ auch für Patienteninformationen ein Clearingverfahren, ähnlich wie für ärztliche Leitlinien.

Zusammen mit dem Patientenforum der Bundesärztekammer lief bei der ÄZQ ein Projekt des Förderprogramms für unabhängige Stellen der Verbraucher- und Patientenberatung nach § 65 b SGB V, von dem auf diesem Kongress viel die Rede war. Der Schwerpunkt des ÄZQ-Projekts lag zuletzt auf der Einbeziehung von Patienten in die Qualitätsförderung medizinischer Laieninformationen. Diese Aktivitäten, ebenso wie die des neuen „Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)“, wurden auf dem Kongress eher am Rande erwähnt. Mehr darüber erfährt man aus dem Schwerpunktheft „Patienten/Verbraucher-Information“ (Heft 6/2005) der „Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen“ (Elsevier/Urban & Fischer).

Von besonderem praktischen Nutzen speziell für Berliner Ärzte und Patienten ist ein kostenloser und unabhängiger Online-Wegweiser zu Berliner Beratungsstellen, getragen von „Gesundheit Berlin“: www.patienteninfo-berlin.de – eines der geförderten Modellprojekte. Es geschieht mehr, um Patienten zu qualifizierten Gesprächspartnern zu machen, als viele Ärzte wissen.

Patientenbeteiligung auch am Gesundheitswesen?

Den Trend vom passiven Leistungsempfänger zum aktiven „Ko-Produzenten“ der eigenen Gesundheit erklärte der Bielefelder Gesundheitswissenschaftler Bernhard Badura so: Das Wissen von Gesundheit und Krankheit ist nicht nur bei den Experten, sondern auch bei medizinischen Laien gewachsen. Neue Erkenntnisse verbreiten sich rasch und erreichen mit Hilfe der modernen Kommunikationstechniken auch die Allgemeinheit.

Die Angebote der Medizin werden immer komplexer, die Wahlmöglichkeiten größer, die Patienten kritischer. Die heute dominierenden chronischen Krankheiten, mit denen man Jahre und Jahrzehnte leben muss, steigern den Informations- und Beratungsbedarf erheblich.

Für unbedingt notwendig hält auch Badura es, die (potenziellen) Patienten stärker einzubeziehen, nicht nur – als Voraussetzung des Behandlungserfolgs – in die eigene Therapie, sondern auch in die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens. Das heißt, Ziele, Strukturen und Prozesse der Versorgung sollten nicht länger ohne Vertreter der „oft hochkompetenten“ chronisch Kranken festgelegt werden, die ihre Bedürfnisse selbst am besten kennen und Versorgungsmängel am eigenen Leibe spüren.

Als zentrale Ziele einer stärkeren Einbeziehung der Patienten nannte Badura: Schutz (vor vermeidbaren Leiden, Qualitätsmängeln und überflüssigen Kosten), Befähigung (zu intelligentem, also bedarfsgerechtem und sparsamem Gebrauch der medizinischen Angebote) und Beteiligung (auch an gesundheitspolitischen Entscheidungen, durch Befragungen, Mitberatung wie jetzt im Gemeinsamen Bundesausschuss oder sogar durch gleichberechtigte Mitentscheidung).

Wer aber soll „die Patienten“ vertreten?, hieß es skeptisch in der Diskussion von Baduras Vortrag. Dafür gebe es Regeln, sagte die Berliner Patientenbeauftragte Karin Stötzner, Leiterin der Selbsthilfe-Kontakt- und Informationsstelle in Berlin (SEKIS). Patientenvertreter rekrutiere man zum Beispiel nur dann aus den mehr und mehr instrumentalisierten Selbsthilfegruppen und -verbänden, wenn diese Vereinigungen themenübergreifend, transparent und vor allem unabhängig seien. Das bedeute den Ausschluss von „U-Booten“ der Pharmaindustrie. Unabhängigkeit – da war man sich einig – gilt als wichtiges Qualitätsmerkmal auch der Patienteninformation.

Rosemarie Stein

Medizinische Impressionen aus dem Urlaub

Sie mühen sich ab, Ihre Patienten nach allen Regeln der evidenzbasierten ärztlichen Kunst zu behandeln. Aber was manche dann hinter Ihrem Rücken tun, auch im Urlaub, ist abenteuerlich. Beim Frühstück erfährt man, dass die Tischnachbarn nur wegen eines Wunderheilers immer an die türkische Riviera fliegen. Der hat seinen gut einsehbaren Praxispavillon unten am Hotelstrand, wo er die wartenden Patienten direkt von der Sonnenliege hereinholt. Sein Riesenaufsteller, mit bunten Werbeblättchen zum Mitnehmen in Deutsch und Englisch, verkündet:

„Füße lügen nicht.“ Der „erfahrene Heilpraktiker und Reflexologe“ verweist auf seine langjährige Ausbildung in Deutschland und behauptet, außer Krebs und Virusinfektionen alle Krankheiten durch Untersuchung der Fußreflexzonen zu erkennen und ohne Medikamente bessern, ja heilen zu können. Zum Beispiel habe er „bis jetzt bei allen betroffenen Patienten die Krankheiten Bluthochdruck und Migräne zu 100 % geheilt“. Wohl ein hübscher Erholungseffekt, wie so mancher Kurerfolg. Das Geschäft blüht. 300 Meter weiter am Strand entlang wirbt vorm übernächsten Hotel der nächste „Reflexologist“.

Aber auch die beiden Apotheken oben an der Hotelstraße sind immer voller Touristen. Denn da gibt's fast alle bekannten Präparate zu einem Bruchteil des deutschen Preises, und keiner fragt nach dem Rezept. Ach, und alles ist blau vom Viagra-Sonderangebot. Echt oder falsch? Allein in einem Jahr wurden laut Pfizer zehn Millionen gefälschte Viagra-Tabletten amtlich beschlagnahmt.

Das alles dürfte typisch für diese gesamte Urlaubsregion sein. Beobachtet haben wir's in Side. Das liegt ziemlich genau zwischen Antalya und Alanya. Hier, in der alten römischen Provinz

Pamphilien, sah man noch vor Jahrzehnten nichts als eine halb im Flugsand begrabene Ruinenstätte, teils überbaut mit einer kleinen türkischen Siedlung. Der feine Sand machte in der Antike den berühmten Hafen unbrauchbar – und lockt in der Moderne die Touristen scharenweise an.

In dem Bereich um die Reste des byzantinischen Bischofspalastes und der Basilika herum steht zum Beispiel die recht gut erhaltene Ruine eines Hospitals. Wahrscheinlich ist es jenes, das nach schriftlicher Überlieferung Kaiser Justinian in Pamphilien errichten ließ und dem heiligen Kosmas widmete. Zusammen mit Damian ist er Patron der Ärzte und Apotheker. Und die Legende lokalisiert sie im benachbarten Kilikien oder in Syrien. (Ihren Beinamen Anargyroi = „kein Geld nehmend“ sollte man den Gesundheitspolitikern lieber verschweigen.)



Praxis eines türkischen Urlauber-Wunderheilers

Vom alten Side, das seine Hochblüte in der frühen römischen Kaiserzeit hatte, dürfte der Durchschnittstourist nicht viel mehr wahrnehmen als das Theater, die Kolonnadenstraße und die Trümmer der Hafentempel, vielleicht auch noch das archäologische Museum mit seinem idyllischen Garten überm Meer. Es lohnt sich, das weitläufige Ausgrabungsgelände (mit vielen noch im Sand vergrabenen Schätzen) auf ausgedehnten Abendspaziergängen näher zu erkunden – aber bitte mit griffigen Sohlen unter den Füßen!

Das Obergeschoss des eindrucksvollen Hospitalbaus ist zerstört, aber die Räume im Parterre und im Untergeschoss mit ihren Tonnengewölben und Rundbogenportalen sind begehbar. Und durch die Fensteröffnungen hat man bei Sonnenuntergang einen herrlichen Blick auf das „Alpenglücken“ der Bergkette des Taurus. Das entschädigt für die Ärgernisse des zerstörerischen Massentourismus, von dem man leider selbst ein Teil ist. Wie lange noch? Die Vogelgrippe verschreckt gerade die Touristen.

Rosemarie Stein

Foto: Stein

Zum Tode von Herta Lange-Cosack



Foto: privat

Im Alter von 98 Jahren ist am 16. November 2005 Professor Dr. med. Herta Lange-Cosack gestorben. Sie war langjährige Chefärztin der von

ihr aufgebauten neurologisch-psychiatrischen Abteilung im Städtischen Krankenhaus Berlin-Neukölln. Herta Lange-Cosack wuchs in Berlin auf und studierte in Breslau Medizin, wo sie 1931 ihr Staatsexamen ablegte. Daneben erwarb sie noch ein Diplom als Sportlehrerin. Sie wandte sich an der Universitäts-Nervenklinik Breslau der Nervenheilkunde unter dem Kraepelinschüler Professor Dr. Johannes Lange zu, den sie 1936 heiratete.

Nach dem frühen Tod des Ehemannes kehrte sie mit Tochter und Stiefkindern nach Berlin zurück und arbeitete bei dem Neuropathologen Professor Spatz im Hirnforschungsinstitut Berlin-Buch. 1940 ging sie an die Neurochirurgische Universitätsklinik zu Frau Professor Tönnis, die 1943 einem Bombenangriff zum Opfer fiel. Nach erneuter Tätigkeit bei Professor Spatz und in der Charité wurde sie 1947 mit dem Aufbau einer neurologisch-psychiatrischen Abteilung im Krankenhaus Berlin-Neukölln beauftragt. Hier schuf sie mit großem Elan eine vorbildliche Abteilung, der sie eine kinderpsychiatrische Station angliedern konnte. Ihrem Einsatz ist es auch zu danken, dass in dem Haus eine neurochirurgische Abteilung unter Professor Penzholz eingerichtet wurde.

Zahlreiche niedergelassene Nervenärzte sowie leitende Neurologen und Psychiater sind während ihrer Weiterbildung durch ihre Schule gegangen. Sie hat ihnen auch ihr wissenschaftliches Engagement weitergegeben. Eine Reihe viel beachteter Publikationen wie der Beitrag über Hirnaneurismen im Handbuch der Neurochirurgie und eine Monographie über Hirnverletzungsfolgen im Kindesalter waren Frucht ihres wissenschaftlichen Einsatzes.

1977 erhielt Herta Lange-Cosack das Bundesverdienstkreuz am Bande. In der Deutschen Neurologischen Gesellschaft und in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie war sie Ehrenmitglied. Ihre Disziplin und ihre lebhafteste Teilnahme an allen Dingen des Lebens und der Kultur halfen ihr auch, das schwere Schicksal ihres Alters, die Erblindung, zu bewältigen. Wer sie näher kennen lernen durfte, wird sie auch als eine zauberhafte Gastgeberin im Gedächtnis behalten.

Dr. med. Gerda Kammer
Dr. med. Gerd Braasch

BERLINER ÄRZTE

2/2006 43. 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. jour. Sascha Rudat (v.i.S.d.P.)
Eveline Piotter (Redaktionsassistentin)

Redaktionsbeirat:

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

Anschrift der Redaktion:

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

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

Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:

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

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: 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. 6 vom 01.01.2006.

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

ISSN: 0939-5784