

Wo Berlin ist, ist vorn ...



Dr. med. Werner Wyrwich, MBA

*ist Vorstandsmitglied der
Ärztelkammer Berlin und des MB-
Landesverband Berlin / Brandenburg*

Ihren ist menschlich – und Druck von außen eint... Diese Thesen stimmen: Hatten doch die Verhandlungsführer der TdL, Hartmut Möllring und Ulrich Rieger, über die „Tagesschau“ zu verstehen gegeben, dass sie vom harten Kurs im Tarifgeschäft keine Hand breit abweichen würden. Die Bevölkerung werde das nicht mittragen, man müsse mit dem Marburger Bund (MB) ohnehin nicht zu einer Einigung kommen, weil ein Abschluss mit ver.di auch auf Mitglieder des MB anzuwenden sei. Folglich seien Streiks illegal. Und außerdem werde streikenden Ärzten an den Universitätskliniken ohnehin schnell die Puste ausgehen, schließlich habe der MB – im Gegensatz zu ver.di – keine Streikkasse.

Heute wissen wir, dass die Solidarisierung der Bevölkerung mit den streikenden Ärzten fast genau so hoch war, wie mit den Klinikmännern während der WM. Seite an Seite standen Krankenhausärzte und Niedergelassene. Sie zeigten, dass die Politik des „divide et impera“ nicht mehr umsetzbar ist. Kommunale Krankenhäuser unterstützten die Uni-Streikenden, sorgten für die Aufrechterhaltung der Versorgung und übernahmen Patienten aus Abteilungen, die „dicht“ gemacht wurden. Selbst die von Marie-Luise Müller, Vorsitzende des Deutschen Pflegerats, ausgegebene Parole, der Ärztestreik mache die Solidarität der Berufsgruppen kaputt, führte an der Basis nicht zur Spaltung.

Dass Möllrings Vorstellung, Streiks wären illegal, von Arbeitsgerichten anders gesehen wurde, haben Krankenhausdirektoren bitter erfahren müssen,

deren Anträge auf „einstweilige Verfügungen“ abgelehnt wurden.

Und auch die Puste hielt viel länger als angenommen: Der Streik der Uniklinik-Ärzte rangiert mit einer Dauer von 92 Tagen bei den „längsten Streiks in Deutschland“ auf Platz 5!

Bei der Beurteilung der finanziellen Opferbereitschaft der Betroffenen lagen die Politiker völlig daneben: In der Tat mussten Streikende zum Teil herbe finanzielle Einbußen tragen. Aber statt durch den finanziellen Druck die Streikfront zu sprengen, solidarisierte sich die Ärzteschaft in einer ungeahnten Art und Weise. Wer nicht am Streik teilnahm, gab freiwillig etwas an jene ab, die Nachteile erlitten hatten. Die Ärztinnen und Ärzte der Charité streikten zum Beispiel nicht, da ein Vorschalt-Tarifvertrag zwischen Charité-Vorstand, MB und eingebundenen Mitgliedern der Ärzteinitiative auf lokaler Ebene ausgehandelt war, sie folgten einem Spendenaufruf der Ärzteinitiative. Über 32.000 Euro flossen dadurch in einen „Solidaritätsfonds“ des Marburger Bundes ein, um tatsächlich in Bedrängnis Geratene zu unterstützen.

Eigentlich muss man den Berliner Politikern dankbar sein, dass sie aus der TdL ausgeschert waren. Dadurch konnte man in Berlin für die Uni-Kliniken sach- und problemorientiert verhandeln.

Herausgekommen ist ein Kompromiss, bei dem jeder etwas geben musste: Rücknahme der Übergangstarifverträge, Zahlung einer Arztlage, längere Vertragslaufzeit sowie Einführung einer flächendeckenden objektiven Zeiterfassung werden mit längerer Wochenarbeitszeit, bedarfsorientierter Arbeitszeitgestaltung bis hin zum „Opt-out“ und in letzter Konsequenz auch mit einer entsprechenden Anpassung des Personalschlüssels erreicht.

Die Finanzierung des Vertrags belastet die Universitätskliniken stark, bietet aber die Chance, strukturelle Veränderungen zu beschleunigen, vor allem aber, eine EU-konforme Arbeitszeitorganisation umzusetzen und weniger angreifbar zu werden.

Die Angleichung von Ost- und West-Tarifen ist ein grandioses Signal, das im Jahr 17 nach Mauerfall auch anderen gut zu Gesicht stünde. Die Forderung des MB auf Bundesebene nach Ost-West-Angleichung scheiterte übrigens am Widerstand der Finanzminister der Neuen Bundesländer!

Und schließlich hat der Marburger Bund Berlin zeigen können, dass er auf Landesebene sinnvollen Lösungen näher steht, als bundestypischen populistischen Forderungen. Er hat sich in Berlin trotz seiner Position als „Gegner“ in der Tarifaufeinandersetzung den Ruf der Verlässlichkeit erarbeitet.

Wo Berlin ist, ist vorn...

TITELTHEMA.....

Achtung TVöD!

Die Tariflandschaft sollte durch den Wegfall des BAT übersichtlicher werden, das Gegenteil ist der Fall. BERLINER ÄRZTE versucht, Licht in den Dschungel des Tarifvertrags für den öffentlichen Dienst zu bringen.

Von Angela Mißbeck und
Hubert Beyerle 14



MEINUNG.....

Wo Berlin ist, ist vorn...

Von Werner Wyrwich.....3

BERLINER ÄRZTE aktuell.....6

Mangelhafte Masernimpfung

Informationen des Robert-Koch-Instituts
.....13

BERUFS- UND GESUND-
HEITSPOLITIK.....**4. Nachtrag zur Weiterbildungs-
ordnung beschlossen**

Bericht von der Delegiertenversammlung
am 5. Juli 2006.

Von Sascha Rudat 21

**Psychiatrische Tageskliniken als
zukunftsweisendes Modell**

Psychiatrische Tageskliniken bieten für Patienten viele Vorteile und erleichtern die Integration in den Alltag. BERLINER ÄRZTE stellt die aktuelle Situation vor.

Von Gabriele Proest.....30

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen.....11**Fortbildungskalender**

Fortbildungsveranstaltungen der Ärztekammer Berlin.....22

**Ärztliche Aufklärung bei proble-
matischer Fahreignung**

Für Ärzte ist es oft sehr schwer, die Verkehrstauglichkeit ihrer Patienten zu beurteilen. Dabei gehen sie große haftungsrechtliche Risiken ein. Was Ärzte dabei beachten müssen, lesen Sie hier.

Von Hannelore Hoffmann-Born und
Jürgen Peitz.....25

Ärzte als Stasi-Spitzel

Warum bei Ärzten der Anteil der Stasi-Spitzel überdurchschnittlich hoch war, zeigt dieser Bericht. Er stellt neue Forschungsergebnisse vor.

Von Rosemarie Stein.....28

PERSONALIEN.....

Hans D. Pohle zum

75. Geburtstag24

Zum Tode von Franz Klaschka

.....33

In memoriam Werner Thies

.....36

FEUILLETON.....

**Gesundheitsgeschenke für
die Götter**

Die Ausstellung „Die Götter beschenken“ heißt eine neue Ausstellung in der Antikensammlung des Pergamonmuseums. Sie zeigt eine Vielzahl von Weihgaben der Griechen, Etrusker und Römer.

Von Rosemarie Stein.....34

Impressum42

Neues zur Ausbildung Arzthelferinnen bzw. Arzthelfer/Medizinische Fachangestellte

A. Überbetriebliche Ausbildung ab dem 7. August 2006 in Berlin

Die 14 Kursmodule der überbetrieblichen Ausbildung, die die Auszubildenden im Verlaufe ihrer dreijährigen Ausbildung absolvieren müssen, werden ab dem 7. August 2006 nicht mehr in Potsdam-Babelsberg, sondern in der Storkower Str. 207 A, 10369 Berlin, stattfinden. Der Ausbildungsring Potsdam-Brandenburg, der die überbetriebliche Ausbildung für die Ärztekammer Berlin durchführt, hat zum 1. August 2006 die neuen Ausbildungsräume im Prenzlauer Berg angemietet. Die Räume befinden sich in dem modernen Dienstleistungsgebäudekomplex „Storkower Bogen“, der auch eine angemessene Infrastruktur für den täglichen Bedarf bereithält.

Die Verkehrsanbindung ist ideal. Vis à vis zum „Storkower Bogen“ befindet sich die eigene S-Bahn-Station „Storkower Straße“. Hier haben die Auszubildenden direkten Anschluss zu den Linien S4, S8 und S10. Aufgrund der günstigen Lage haben sie bereits bei der nächsten Station „Frankfurter Allee“ die Möglichkeit, das gesamte Berliner U-Bahnnetz zu nutzen. Direkt vor dem Gebäude befindet sich der Busbahnhof mit drei verschiedenen Linien: Linie 156 „Weissensee-Geringstraße“, Linie 240 „Hallesches Tor“ und die Linie 257 mit direktem S-Bahn-Anschluss „Unter den Linden“.

Der Ausbildungsring wird Auszubildende und Auszubildende gesondert über die neue Ausbildungsstätte informieren.



B. Neue Ausbildungsverordnung über die Ausbildung zum/zur „Medizinischen Fachangestellten“ zum 1. August 2006

Am 1. August 2006 wird die Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten in Kraft treten. Die Verordnung löst die „alte“ Verordnung über die Ausbildung zum Arzthelfer/zur Arzthelferin ab.

Die Ärztekammer hatte zu der Thematik am 28. Juni einen Informationsabend unter dem Titel „Ausbildung für Ausbilder“ veranstaltet. Für alle Auszubildenden, die an dieser Veranstaltung nicht teilgenommen haben, seien nachfolgend die wesentlichen Inhalte noch einmal skizziert.

1. Erfasste Ausbildungsverhältnisse

Die neue Ausbildungsverordnung erfasst alle Ausbildungsverhältnisse, die am 1. August 2006 oder später beginnen.

Berufsausbildungsverhältnisse, die bei Inkrafttreten der neuen Ausbildungsverordnung bestehen, also „alte“ Ausbildungsverhältnisse zum Arzthelfer/zur Arzthelferin, können unter Anrechnung der bisher zurückgelegten Ausbildungszeit nach den Vorschriften der neuen Ausbildungsordnung fortgesetzt werden, wenn der/die Auszubildende und der/die Auszubildende dies vereinbaren und der Ärztekammer anzeigen; im Übrigen werden bestehende Ausbildungsverhältnisse nach der „alten“ Ausbildungsverordnung fortgesetzt.

Auszubildende, die sich noch in einem Ausbildungsverhältnis zum Arzthelfer/zur Arzthelferin befinden und nicht mit ihrem/ihrer Auszubildenden die Fortsetzung des Ausbildungsverhältnisses nach den Vorschriften der „neuen“ Ausbildungsordnung vereinbart haben, werden auch nach der „alten“ Ordnung der Ärztekammer für die Durchführung der Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf Arzthelfe-

rin/Arzthelfer geprüft werden. Einzelheiten zu Übergangsfristen bleiben der „neuen“ Prüfungsordnung vorbehalten. Siehe Punkt 6.

2. Gegenstand der Berufsausbildung, Ausbildungsrahmenplan und betrieblicher Ausbildungsplan

Wesentliches Ziel der neuen Ausbildungsverordnung ist die Verstärkung des Praxisbezugs der Ausbildung und die Förderung selbständiger Kompetenz der Auszubildenden bei der Planung, Durchführung und Kontrolle betrieblicher Abläufe.

Im Verlaufe der Ausbildung sollen den Auszubildenden auf der Grundlage eines betrieblichen Ausbildungsplans Fertigkeiten und Fähigkeiten in folgenden Bereichen vermittelt werden.

- Berufsbildung, Arbeits- und Tarifrecht
- Gesundheitsschutz und Hygiene
- Kommunikation
- Betriebsorganisation und Qualitätsmanagement
- Verwaltung und Abrechnung
- Information und Dokumentation
- Diagnostik und Therapie unter Anleitung und Aufsicht des Arztes
- Grundlagen der Prävention und Rehabilitation
- Handeln bei Not- und Zwischenfällen.

Der betriebliche Ausbildungsplan ist auf der Grundlage des zu der Ausbildungsverordnung gehörenden Ausbildungsrahmenplans zu erstellen. Eine von dem Ausbildungsrahmenplan abweichende zeitliche und sachliche Gliederung des Ausbildungsinhalts ist zulässig,

soweit betriebspraktische Besonderheiten die Abweichung erfordern.

3. Ausbildungsdauer, Berichtsheftführung, Zwischenprüfung

Wie bisher dauert die Ausbildung drei Jahre.

Der Verordnungsgeber verlangt von den Auszubildenden auch weiterhin die Führung eines schriftlichen Ausbildungsnachweises (Berichtsheft). Den Auszubildenden ist Gelegenheit zu geben, das Berichtsheft während der Ausbildungszeit zu führen. Die Auszubildenden haben den Ausbildungsnachweis regelmäßig durchzusehen.

Auch nach der neuen Ausbildungsordnung ist eine Zwischenprüfung vorgesehen. Sie findet vor dem Ende des zweiten Ausbildungsjahres statt, umfasst die Ausbildungsinhalte der ersten 18 Monate sowie den für die Berufsausbildung wesentlichen Lehrstoff der Berufsschule. In der Zwischenprüfung werden die Inhalte Arbeitsschutz und Praxishygiene, Schutz vor Infektionskrankheiten, Verwaltungsarbeiten, Datenschutz und Datensicherheit sowie Vorbereitung von Untersuchungen und Behandlungen geprüft.

4. Abschlussprüfung

Die Regelungen zur Abschlussprüfung weichen in einem wesentlichen Punkt von den entsprechenden Regelungen der alten Ausbildungsverordnung ab: Der schriftliche und der praktische Prüfungsteil haben nunmehr dasselbe Gewicht; bisher gingen die sog. praktischen Übungen lediglich mit einer Gewichtung von 1/6 in die Abschlussnote ein. Der Aufwertung der Gewichtung der praktischen

Prüfung korrespondiert jedoch eine deutliche Anhebung der Anforderungen in diesem Bereich. Der Prüfling soll nunmehr in bis zu 75 Minuten eine komplexe Prüfungsaufgabe bearbeiten und ein Fachgespräch mit den Mitgliedern des Prüfungsausschusses führen. Bei der Prüfungsaufgabe soll er praxisbezogene Arbeitsabläufe simulieren, demonstrieren, dokumentieren und präsentieren.

5. Berufsbezeichnung und Umschreibung von Prüfungszeugnissen

Mit Inkrafttreten der „neuen“ Verordnung gilt die Berufsbezeichnung „Medizinische Fachangestellte/Medizinischer Fachangestellter“. Diese Bezeichnung ist – im Gegensatz zu den Berufsbezeichnungen von Gesundheitsfachberufen nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 des Grundgesetzes, wie z. B. Logopädin/Logopäde oder Ergotherapeutin/Ergotherapeut – nicht gesetzlich geschützt. Daher können sich Arzthelferinnen und Arzthelfer ab dem 1. August 2006 ohne Weiteres auch Medizinische Fachangestellte nennen.

Eine Umschreibung von „alten“ Arzthelfer- bzw. Arzthelferinnen-Prüfungszeugnissen durch die Ärztekammer ist nicht möglich.

6. Neue Prüfungsordnung der Ärztekammer

Infolge des Inkrafttretens der Ausbildungsverordnung wird die Ärztekammer als zuständige Stelle auch eine Ordnung für die Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf „Medizinische Fachangestellte/Medi-

Fortsetzung auf Seite 8

Prüfungstermine für Arzthelferinnen Herbst/Winter 2006/2007

1. Zwischenprüfung

Die Ärztekammer wird die nächste Zwischenprüfung für Arzthelferinnen am 2. November 2006 im Gebäude der Ärztekammer, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin (Kreuzberg) durchführen.

Alle Auszubildenden, die bis zu diesem Zeitpunkt die Hälfte ihrer Ausbildungszeit zurückgelegt haben, sind verpflichtet, an der Zwischenprüfung teilzunehmen. Anmeldeschluss ist der 15. September 2006. Die Ärztekammer wird den Auszubildenden die Anmeldeformulare unaufgefordert übersenden.

2. Abschlussprüfung

Für die Winter-Abschlussprüfung 2006/2007 sind folgende Termine festgelegt worden:

Schriftliche Prüfung: 19. Dezember 2006

Praktische Übungen: 17. Januar 2007 bis 24. Januar 2007

Auch die Abschlussprüfung wird in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin (Kreuzberg) abgenommen.

Die Auszubildenden werden gebeten, ihre Auszubildenden bis spätestens zum 30. September 2006 mit allen erforderlichen Unterlagen (Anmeldeformular, Berichtsheft, Kopie der Bescheinigung über die Teilnahme an der Zwischenprüfung, Kopie der Zeugniskarte vom OSZ Gesundheit, Kopien der Bescheinigungen der überbetrieblichen Ausbildung, ggfs. Bescheinigung über Art und Umfang einer Behinderung) anzumelden. Die Ärztekammer wird den Auszubildenden die Anmeldeformulare unaufgefordert übersenden.

3. Vorzeitige Abschlussprüfung

Die vorgezogenen Abschlussprüfungen finden ebenfalls am 19. Dezember 2006 sowie zwischen dem 17. und 24. Januar 2007 statt. Die Auszubildenden müssen ihre formlosen Anträge mit den erforderlichen Unterlagen (Befürwortung oder Stellungnahme des/der Auszubildenden, Befürwortung der Schule, Kopie des Ergebnisses der Zwischenprüfung, Kopie der Zeugniskarte, Kopien der Bescheinigungen der überbetrieblichen Ausbildung sowie das Berichtsheft) bis zum 15. September 2006 bei der Ärztekammer einreichen.

Fragen zu den Prüfungen beantworten Frau Hartmann und Frau Jasper: Tel. 030/40 80 6 – 2203/ – 2204.

MEYER-KÖRING v. DANWITZ PRIVAT

DR. REINER SCHÄFER-GÖLZ
FACHANWALT FÜR MEDIZINRECHT

- Beratung und Vertretung von Ärztinnen und Ärzten vor und in der Niederlassung bei Gründung, Auseinandersetzung und Verkauf von Praxen, bei Eingehung von Kooperationen (insbesondere Berufsausübungs- und Organisationsgemeinschaften) sowie Gründung von Medizinischen Versorgungszentren
- Vertragsarztrecht, insbesondere Zulassung, Vergütung, Wirtschaftlichkeitsprüfung
- Vertretung von Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhäusern in Haftpflichtprozessen
- ärztliches Berufs- und Strafrecht
- ärztliches Wettbewerbsrecht, Heilmittelwerberecht

Kronenstraße 3 ■ 10117 Berlin ■ Telefon: 030 206298-6
E-Mail: schaefer-goelz@mkvdp.de ■ www.mkvdp.de

Neues zur Ausbildung Arzthelferinnen bzw. Arzthelfer/Medizinische Fachangestellte

Fortsetzung von Seite 7

zinischer Fachangestellter“ erlassen. Der bei der Ärztekammer von der zuständigen Senatsverwaltung eingerichtete Berufsbildungsausschuss wird bereits im August zur Prüfungsordnung Beschluss fassen. Für den Spätherbst ist der Erlass der Prüfungsordnung durch die Delegiertenversammlung der Ärztekammer geplant. Nach Genehmigung durch die zuständige Senatsverwaltung könnte die neue Prüfungsordnung bereits im Winter 2006 in Kraft treten.

7. Übersendung von Materialien

Die Ärztekammer wird den Ärzten und Ärztinnen, die bereits eine Auszubildende/

einen Auszubildenden zum 1. August 2006 oder zu einem späteren Termin eingestellt haben, etwa Anfang August folgende Unterlagen übersenden:

- Ausbildungsverordnung mit Ausbildungsrahmenplan
- Betrieblicher Ausbildungsplan (Muster)
- Berichtsheft für die Auszubildende/den Auszubildenden.

8. Weitere Informationen

Für weitere Fragen stehen Ihnen die Sachbearbeiterinnen des Referats „Ethik/Medizinische Fachangestellte“, Frau Biondo, Frau Hartmann und Frau Jasper, unter den Nummern 030/4 08 06 – 2201/ -03/ -04 gerne zur Verfügung.

Röhrig

Qualitätsmanagement

Sana Klinikum Lichtenberg erhält KTQ-Qualitätssiegel



v.l.n.r.: Dr. Carola Mangler (Ärztliche Direktorin), Dr. Günther Jonitz, Jutta Flügge (Pflegedirektorin), Werner Blohmann (Direktor), Martina Hoffmann (Qualitätsmanagementbeauftragte), Dr. Christian Müller (stellv. Ärztlicher Direktor)

Das Sana Klinikum Lichtenberg ist nach den Richtlinien der KTQ – Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen – zertifiziert worden. Das Krankenhaus erhielt am 21. Juni 2006 im Rahmen eines Festaktes das KTQ-Zertifikat. Überreicht wurde das Zertifikat von Dr. med. Günther Jonitz, Kammerpräsident und Vorsitzender der Gesellschafterversammlung der KTQ GmbH. „Mit dem KTQ-Zertifikat hat das Sana Klinikum Lichtenberg eine Hürde genommen, die die meisten Krankenhäuser in Deutschland noch vor sich haben“, betonte Jonitz.

Der KTQ-Zertifizierung war eine monatelange Vorbereitung und Selbstbewertung vorausgegangen, die mit der Erstellung eines Qualitätsberichtes abschloss. Im Frühjahr 2006 stellte sich das Sana Klinikum Lichtenberg dem letzten und

entscheidenden Teil des Zertifizierungsprozesses: der Fremdbewertung durch externe Visitoren der NIS Zertifizierungs- und Umweltgutachter GmbH. Bei der viertägigen Fremdbewertung führten die Visitoren, die selbst in den Bereichen Medizin, Pflege und Verwaltung tätig sind, zahlreiche Gespräche mit den Mitarbeitern und Führungskräften und schauten sich einzelne Bereiche des Krankenhauses genau an. Dabei bewerteten sie nicht nur die Qualität einzelner Fachabteilungen, sondern prozessorientiert die gesamte Leistung des Krankenhauses – von der Vorbereitung des stationären Aufenthaltes eines Patienten bis zu den Entlassungsmodalitäten.

Besondere Pluspunkte gab es u.a. für die ambulante Patientenversorgung, die OP-Organisation sowie die Schmerztherapie.



- ♥ SYMPATHISCH
- ZUVERLÄSSIG UND FAIR
- ERFOLGREICH

Freuen Sie sich schon auf Ihren ALBIS Praxiscomputer?

ALBIS 
Berlin Praxiscomputer

... in Berlin-Grunewald: 030 / 80 99 710
... in Hoppegarten b. Berlin: 03342 / 368 430

Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

DRK Kliniken Berlin/Köpenick Dr. Falk Reuther leitet ab 1.8.2006 die Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie in Köpenick, in der er zuvor langjährig als Oberarzt, seit 2003 als Stellvertreter des Chefarztes, arbeitete. Er löst **PD Dr. Diethard Wahl** ab, der in den Ruhestand verabschiedet wurde.

Vivantes Klinikum Neukölln Seit dem 1.7.2006 ist **Priv.-Doz. Dr. Darius Günther Nabavi** neuer Klinikdirektor der Neurologie. Er löst **Prof Dr. Horst Glasner** ab, der Ende März in den Ruhestand eingetreten ist. Nabavi war 13 Jahre in der Neurologie des Universitätsklinikums Münster beschäftigt, in den letzten fünf Jahren als Oberarzt.

Vivantes Krankenhaus Prenzlauer Berg Dr. Gisela Boden ist seit dem 1.6.2006 neue Klinikdirektorin der Klinik für Innere Medizin und Gastroenterologie. Im Wechsel von Oberärztin und Stellvertreterin Klinikdirektorin löst sie **Dr. Uwe Gottschalk** ab, der in den Ruhestand verabschiedet wurde.

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

Tel. 40 80 6-1601/-1600, Fax: -1699
E-Mail: e.piotter@aekb.de

Wir haben die Lösung...

Bei Kramp fzuständen von Magen, Darm + Gallenwegen

Belladonnysal®
Bürger
Pflanzliches Spasmolytikum



Belladonnysal® Bürger Lösung

Zusammensetzung: Arzneilich wirksamer Bestandteil: 1 ml Lösung enthält Presssaft aus frischen Belladonnablättern (1:3,3 - 3,5; Ethanol) 1 ml, eingestellt auf 0,5 mg Alkaloide, berechnet als Hyoscyamin. Weiterer Bestandteil: Ethanol. **Anwendungsgebiete:** Spasmen und kolikartige Schmerzen im Bereich des Gastrointestinaltraktes und der Gallenwege.

Gegenanzeigen: Tachykardie, Arrhythmien, Prostataadenom mit Restharnbildung, Engwinkelglaukom, akutes Lungenödem, mechanische Verschlüsse im Bereich des Magen-Darm-Kanals, Megakolon. Im letzten Drittel der Schwangerschaft und während der Geburt darf das Arzneimittel nicht angewendet werden. Eine Anwendung des Arzneimittels in der Stillzeit darf nur auf ausdrückliche Anweisung des Arztes erfolgen. **Wechselwirkungen:** Die gleichzeitige Gabe von Belladonnysal und trizyklischen Antidepressiva, bestimmten Antiparkinsonmitteln und Chinidin kann die anticholinerge Wirkung verstärken. **Warnhinweise:** Enthält 22 Vol.-% Alkohol.



Johannes Bürger Ysartfabrik GmbH Bad Harzburg
Herzog-Julius-Straße 83 Tel. 0 53 22 - 44 44 Fax 78 02 29

Kunst

Ausstellung „Windpocken“ in der Ärztekammer Berlin



Im Foyer der Ärztekammer Berlin ist bis Ende Oktober die Ausstellung „Windpocken“ zu sehen. Die Ausstellung ist das Ergebnis eines Malwettbewerbes von drei 6. Klassen an drei Grundschulen. Der

Malwettbewerb war ein Projekt, das der Information der Kinder über Impfungen – speziell der Windpockenimpfung – diente. Dadurch soll der Durchimpfungsgrad erhöht werden

und auch die Eltern über die Notwendigkeit von Impfungen informiert werden.

Initiator des Projekts ist Dr. med. univ. Helmut Hoffmann. Er führt seit 1993 Projekte zu verschie-

denen medizinischen Themen durch (Herz, Impfungen, Allergien, Augen). Dabei sollen sich Schulkinder mit medizinischen Dingen auseinandersetzen und Wissen vermittelt werden.

KORTE

RECHTSANWÄLTE

Absage durch Hochschule oder ZVS? – Klagen Sie einen Studienplatz ein!

Wir haben seit 1998 zahlreiche Mandate im Bereich Hochschulrecht erfolgreich betreut. Unsere Kanzlei* liegt direkt an der Humboldt-Universität. Prof. Dr. Niels Korte lehrt selbst an einer Berliner Hochschule.

Entfernung spielt keine Rolle – wir werden bundesweit für Sie tätig.

Prof. Dr. Niels Korte**
Marian Lamprecht*
Constanze Herr*

*Unter den Linden 12
10117 Berlin-Mitte
**Rudower Chaussee 12
12489 Berlin-Adlershof

24-Stunden-Hotline:
030-226 79 226
www.studienplatzklagen.com

www.anwalt.info
Fax 030-226 79 661
kanzlei@anwalt.info

In Zusammenarbeit mit der **Bundesärztekammer**
und der **Ärztekammer Berlin**

Kongressleitung: Prof. Dr. Reinhard Gotzen, Prof. Dr. Martin Paul,
Prof. Dr. Werner A. Scherbaum

Partner: Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e. V.,
Berufsverband Deutscher Internisten e. V., KV Berlin
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V.

Veranstaltungsort:

Charité - Universitätsmedizin Berlin
Campus Virchow Klinikum / Lehrgebäude
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

Zertifizierte Fortbildung

Kongressthemen

Klinische Pharmakotherapie • Kardiologie in Klinik und Praxis •
Kardiovaskuläre Erkrankungen • Hypertonie • Nephrologie •
Endokrinologie und Diabetologie • Rheumatologie • Allergologie •
Neue Therapieverfahren in der Onkologie • Schlaganfall •
Organtransplantation • Pneumologie • Hepatologie • Palliative
Maßnahmen in der Gastroenterologie • Adipositas und
kardiometabolische Risiken • Enterale Ernährung • Venöse
Thromboembolien • Infektionskrankheiten • Neurologisch-
psychiatrischer Untersuchungskurs • Informationskurs Manuelle
Medizin • Osteopathie • Homöopathie • Ozon-Therapie •
Männermedizin • Psycho-Sexuelle Störungen • Eheprobleme im
ärztlichen Beratungsgespräch • Impf-Refresherkurs / Impf-
akademie • Kritischer Umgang mit Arzneimitteln •
Allgemeinmedizin • Qualitätsmanagement in der Arztpraxis •
Casemanagement • Praxisabgabe / Ärztliche Niederlassung •
Neue Vertrags- und Versorgungsformen • Arzthaftung -
Behandlungsfehler • Der neue EMB • Karriereplanung /
Karrieremöglichkeiten für junge Mediziner • Seriöses IGeL

Quickinform Schwerpunktthemen

Schmerz, Antithrombotische Therapie, Update lipidsenkende
Therapie

Kurse

Praxisorientierte Sonographie Refresherkurse • Langzeit-EKG •
Lungenfunktionskurs • Reanimations-Update • Notfall in der
(Arzt-) Praxis/Notfallmanagement • Diagnostik der tiefen
Extremitätenvenenthrombose • Kindliche Notfälle u. Reanimation

39. Deutscher zahnärztlicher Fortbildungskongress

„Gegenüberstellung von bewährten und zukünftigen
Behandlungskonzepten und -techniken“

Programmanforderung und Auskunft:

MedCongress GmbH
Postfach 70 01 49, 70571 Stuttgart

35. Pflegefachtagung

„Lebensqualität von Patienten fördern und unterstützen“
(Pflegedienst der Charité)

14. Physiotherapie-Forum

„Die Dysfunktion des Rumpfes sowie deren Auswirkung
in den Extremitäten - insbesondere beim Gang und
deren Einfluss auf die Spastik“ (ZVK e. V.)

MTA-Fortbildung

„Die Methode der Polymerase-Chain-Reaction (PCR)“
(dvta e. V.)

Arzthelferinnen-Fortbildung

„Die Uhr tickt – Selbstmanagement ist gefragt“
(BdA e. V., LV Berlin)

Arzt-Patienten-Forum

„Herzklappenerkrankungen/Gerinnungshemmung“
(Deutsche Herzstiftung e. V.)

Diabetes mellitus Typ II

Zukünftige, sinnvolle, integrierte Behandlungspfade?

Veranstalter: Kassenärztliche Fortbildung e. V.

Veranstalter

Charité - Universitätsmedizin Berlin, Kongressgesellschaft für
ärztliche Fortbildung e. V., MEDICA Deutsche Gesellschaft
zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e. V.

Medienpartner

Ärztliche Praxis

Stand: Mai 2006 (Änderungen vorbehalten)

Telefon: 0711 / 72 07 12 - 0, Fax: - 29

E-Mail: info@deutscher-aerztekongress.de

Internet: www.deutscher-aerztekongress.de

Alternative Medizin

Verurteilung in den Niederlanden

In den Niederlanden starb eine 45-jährige Patientin an Brustkrebs, nachdem sie von 3 Ärzten „alternativ“ behandelt wurde (u.a. Bindegewebswiderstandsmessung wegen bakterieller Infektion, Gabe nicht zugelassener

Medikamente, Magnetfeldbehandlung). Ihr wurde u.a. versichert, keinen Krebs zu haben. Im Endstadium mit zunehmenden Schmerzen und Atemnot bekam sie Homöopathika und Nahrungsergänzungsmittel. Einem Arzt wurde seine Zulassung auf Dauer entzogen, einem für 1 Jahr, dem dritten für 6 Monate.

Quelle: Brit.med.J. 2006; 332: 929

Anmerkung: Es ist zu bezweifeln, ob alternative Behandlungsmethoden bei schwerwiegenden Erkrankungen zusätzlich zu wirksamen Therapie-regimen medizinisch sinnvoll sind. Der dringende Wunsch eines Patienten kann Ausnahmen von dieser Regel gestatten, erfordert jedoch eine sorgfältige Aufklärung über das medizinisch Gebotene. Sicherlich können Homöopathika und Nahrungsergänzungsmittel kein Ersatz für anerkannte Arzneimittel wie z.B. palliativ angewandte Schmerzmittel sein. Ähnliche Urteile in Deutschland sind denkbar.

Timolol-haltige Augentropfen

Synkopen

In drei neuen Fallberichten werden Bewusstlosigkeit, Schwäche- und Schwindelgefühl, orthostatischem Blutdruckabfall und Bradykardie bei älteren Patienten (circa 73 Jahre) unter der Therapie mit Timolol-haltigen Augentropfen (Chibro-Timolol®, viele Generika) beschrieben. Nach Absetzen des nicht-selektiven Betablockers verschwanden die Symptome. Die Absorption des Betablockers erfolgt über die Tränenwege und die Nasenschleimhaut bei fehlendem hepatischen

First-pass-Effekt, so dass die zugeführte Dosis eher einer parenteralen als einer oralen Gabe entspricht und trotz einer, im Vergleich zur oralen Gabe geringen Wirkstoffmenge systemische Wirkungen entfaltet (nach der Literatur bis hin zu Angina pectoris, Herzinsuffizienz und Myokardinfarkt).

Quellen: Brit.med. J. 2006; 332: 960; pharma-kritik 1989; 11: 17; C. Riechert et al., Extraokulare Nebenwirkungen lokal applizierter Ophthalmika, Kaden Verlag Heidelberg 1991

Anmerkungen: Grundsätzlich können alle von einem Arzneistoff bekannten systemischen unerwünschten Wirkungen auch bei einer Applikation der Substanz am Auge auftreten. Nach einer Übersicht betrifft dies insbesondere langfristig anzuwendende Substanzgruppen wie Betablocker, Anticholinergika und Sympathomimetika. Ältere Personen sind häufiger betroffen, so dass eine Reduktion des Abflusses über die Tränenwege (z.B. kurzzeitige nasolakrimale Okklusion) und die Anwendung möglichst niedriger Anfangskonzentrationen mit eventuellem Nachtropfen oder Wechseln auf höhere Konzentrationen sinnvoll erscheint.

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

Tel.: 0211/4302-1589, Fax: -1588, E-Mail: dr. hopf@aeckno.de
Dr. Günter Hopf, ÄK Nordrhein, Tersteegenstr. 31, 40474 Düsseldorf

Ultraschall erleben
SONOLINE Center

Proven Outcomes.

Sichtbare Ergebnisse.

Ultraschall vor Ort:

- Termine ganz in Ihrer Nähe
- Neu- und Gebrauchtssysteme
- Direkt vom Hersteller
- Umfangreiche Schulungsangebote
- Attraktive Finanzierungsmodelle

Ultraschall-Infoline
0180 / 2 08 78 78*

(* Gebühr pro Gespräch 6 Cent)

ultraschallteam.med@siemens.com
www.siemens.de/ultraschall

SIEMENS
medical

Symposium

Neue Erkenntnisse der Traumaforschung

„Neue Erkenntnisse in der psychobiologischen Traumaforschung – Brücke zwischen Natur- und Geisteswissenschaften in der Medizin?“ lautet das Thema eines wissenschaftlichen Symposiums, das am 28. August im Hörsaal Neubau der Charité veranstaltet wird.

Nach Aussagen der Veranstalter bieten neue psychobiologischen Forschungen über das Psychotrauma neue Wege zum Verständnis komplexer psychischer Prozesse über deren Spiegelung auf neuroanatomischer, physiologischer und biochemischer Ebene.

Das Symposium soll auch den Auftakt zur Gründung eines Instituts für Psychotraumatologie in Berlin bilden. Dies ist ein gemeinsames Projekt der Charité und des Behandlungszentrums für Folteropfer Berlin.

Ort: Charité, Hörsaal Neubau, Charité Hochhaus, Charité Campus Mitte, Luisenstr. 65, 10117 Berlin

Datum: 28. August, 9 – 16 Uhr

Anmeldung (bis zum 22. August)

Alexandra Liedl, catania gGmbH

GSZ Moabit, Turmstr. 21, 10559 Berlin

Tel: 030/303 906 23, Fax: 030/306 143 71

mail@catania-online.org

Fehlerteufel

Im Juli-Heft haben wir unter den bestandenen Facharztprüfungen fälschlicherweise Herrn Dr. med. Andreas-Michael Widera genannt. Er ist aber bereits seit 1999 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin. Wir bedauern den Fehler.

Die Redaktion

KOMMENTAR

„Herrenlose Akten“ aus Arztpraxen in Berlin

Wie bekannt, gibt es zunehmend auch Pleiten von Praxen, und niemand will so eine Praxis kaufen. Was tun, wenn die Erben das Erbe ausschlagen und die Patientenakte, so genannte „herrenlose Akten“, übrig bleiben? Nun, der Senat hat die Lösung gefunden, im Neunten Gesetz zur Änderung des Kammergesetzes. Wenn etwas im Gesundheitswesen nicht funktioniert, gibt es ja noch die Ärztekammer. Die soll es richten. Sollen doch die Ärzte (auch aus Krankenhäusern, Verwaltungen und Industrie etc.) für den Bankrott haften.

Zuerst macht der Bund Gesetze, die zunehmend Praxen in den Ruin treiben, dann kommt das Land Berlin und bürdet die ökonomischen Folgen all denen auf, die denselben Beruf gelernt haben. Denn nichts anderes ergibt sich aus den neu getroffenen Regelungen im Berliner Kammergesetz. Die Ärztekammer Berlin soll die Verwaltung solcher Akten übernehmen.

Wie wäre es mit folgender Regelung zum Beispiel für das Heizungs- und Sanitärwesen: Wenn eine Heizung leak läuft und die Lieferfirma bankrott ist, haftet die Handwerkskammer, aber bitte nachdem vorher die Regierung Folgendes auf niedrigstem Niveau festgelegt hat: a) die Preise, b) die Menge und Qualität der Kupferrohre, c) die Verbrauchswerte der Kessel, d) den Brennstoff usw.

Auch unser Bildungswesen könnte zum Nulltarif massiv verbessert werden: Um das Problem der verlängerten Schulzeit bei den „Sitzenbleibern“ auszugleichen (ganz ohne Frage ja ein Versagen der Pädagogen), gibt es ab sofort eine „Lehrerumlage“, abzuführen an eine Lehrerkammer. Die stellt dann so viele arbeitslose Kollegen ein, wie erforderlich, um diesen Missstand auszugleichen.

Allen ist geholfen, Herr Pape (SPD) und Frau Knake-Werner (PDS) und Freunde haben wirklich das Ei des Kolumbus gefunden. Packen wir's an, alle Probleme so gut es geht auf die Kammer überzuwälzen... Warum im Zweifel Steuern erhöhen, sollen doch die Kammern ihre Beiträge erhöhen, wenn es nicht reicht!

Dr. med. Elmar Wille, Vizepräsident der Ärztekammer Berlin

MedConsult

Wirtschaftsberatung für medizinische Berufe

Praxisverkauf

- Praxiswertermittlung
- Kauf- und Mietvertragsabwicklung
- Vermittlung von Kaufinteressenten
- Unterstützung bei Vertrags-Arztstztausschreibungen

Praxiskauf

- Niederlassungsberatung
- Finanzierungsvermittlung
- Versicherungskonzepte

Praxis Kooperation

- Job-Sharing Partnerschaften
- MVZ-Konzepte

**Burkhardt Otto
Olaf Steingräber**

**FAB Gesellschaft für
Investitionsberatung**

MedConsult
Wirtschaftsberatung für
medizinische Berufe oHG

Giesebrechtstraße 6 · 10629 Berlin
Tel.: 213 90 95 · Fax: 213 94 94
E-mail: info@fab-invest.de

Mangelhafte Masernimpfung

Im ersten Halbjahr 2006 wurde in Nordrhein-Westfalen der größte Masernausbruch seit Einführung der Meldepflicht für Masern im Jahr 2001 beobachtet. Es wurden mehr als 1500 Fälle gemeldet, hauptsächlich Kinder im schulpflichtigen Alter, die meisten Erkrankten waren nicht geimpft. Zwar handelt es sich hier um die Folgen mangelhafter Impfraten aus den 90er Jahren. Aber auch aktuell haben nur 65% der Schulanfänger beide von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Impfdosen erhalten. Dies steht in Diskrepanz zu dem Ziel Deutschlands, nach den Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) auch in Deutschland bis 2010 die Masern (und die Röteln) zu eliminieren.

Masern werden in der Bevölkerung oft als harmlose Kinderkrankheit gesehen, aber allein bei dem Ausbruch in Nordrhein-Westfalen mussten 16% der Erkrankten stationär behandelt werden, mehrere Personen erkrankten an Enzephalitis oder Meningitis. Während des Ausbruchsgeschehens wurden auch mehrere Fälle von subakuter sklerosierender Panenzephalitis bekannt, die sich vor Jahren angesteckt haben müssen (man geht in Deutschland von sieben bis elf SSPE Fällen auf 100.000 Erkrankungen aus). Masern – eine der ansteckendsten Krankheiten – werden durch das Einatmen infektiöser Expirationströpfchen (Sprechen) bzw. Tröpfchenkerne (Husten, Niesen) sowie durch Kontakt mit infektiösen Sekreten aus Nase oder Rachen übertragen. Das Masernvirus führt bereits bei kurzer Exposition zu einer Infektion (Kontagionsindex nahe 100 %) und löst bei über 95% der ungeschützten Infizierten klinische Erscheinungen aus.

Masern sind eine systemische, sich selbst begrenzende Virusinfektion mit zweiphasigem Verlauf. Sie be-

ginnen mit Fieber, Konjunktivitis, Schnupfen, Husten und einem Enanthem am Gaumen. Pathognomonisch sind die oft nachweisbaren Koplik-Flecken (kalkspritzerartige weiße Flecken an der Mundschleimhaut). Das charakteristische makulopapulöse Masernexanthem (bräunlich-rosafarbene konfluierende Hautflecken) entsteht am 3.–7. Tag nach Auftreten der initialen Symptome.

Für die Eradikation der Masern sind Impfungen von mindestens 95% für beide Impfungen notwendig. Im Frühjahr 2006 fand ein schon länger geplanter WHO-Workshop zum Thema Masern-Eliminierung statt, mit Experten aus Deutschland, Österreich, der Schweiz und Südtirol. In der von der WHO (Regionalbüro Kopenhagen), dem Robert Koch-Institut und allen Teilnehmern unterzeichneten Resolution wird festgestellt, dass zusätzliche Maßnahmen in dieser Region notwendig sind, um hier das angestrebte Ziel der Eliminierung von Masern und Röteln zu erreichen. Dabei gibt es keinen einfachen und einheitlichen Weg, der zum Erfolg führt. Die Teilnehmer stimmten darin überein, dass eine verstärkte politische Unterstützung auf allen Ebenen hierfür notwendig ist.

Die vollständige Resolution ist im Epidemiologischen Bulletin des RKI veröffentlicht (Ausgabe 22/2006). Die geforderten Aktivitäten umfassen u.a. die Entwicklung nationaler Strategien, die das Kinderrecht auf Routineimpfungen stärken, die Stärkung der infektionsepidemiologischen Überwachung, umfassende und zielgerichtete Kommunikationsstrategien und regelmäßige Fortbildung des medizinischen Personals zu Impfungen. Die Umsetzung dieser Maßnahmen wird durch die WHO regelmäßig evaluiert.

Weitere Informationen: www.rki.de > Infektionskrankheiten A-Z > Masern



Auf der Jagd erspäht:

Die Beweispflicht des Patienten

Macht der Patient ein pflichtwidriges Verhalten seines Arztes geltend, stellt sich die Frage, wer das vorgeworfene Verschulden zu beweisen hat und wer von der Beweispflicht entlastet wird. Grundsätzlich liegt die Beweislast in der Person des Patienten. Denn der Kernbereich der ärztlichen Tätigkeit ist mitunter nur begrenzt steuerbar. Der ausbleibende Erfolg liegt nicht immer im Verschulden der Behandlung und Zwischenfälle stellen nicht immer Fehler des behandelnden Arztes dar.

Von diesem Grundsatz gibt es aber Ausnahmen. Der Patient muss seine Verletzung nicht bei voll beherrschbaren Risiken beweisen. Dies gilt insbesondere im pflegerischen Bereich des Krankenhausbetriebes. Dieser Grundsatz wird erneut durch das Kammergericht bestätigt (20 U 401/01). Dort wurde ein Patient zur Ruhigstellung mit angebundenem Bauchtuch in einen Rollstuhl gesetzt. Bei dem Versuch aufzustehen, stürzte er und trug erhebliche Kopfverletzungen davon. Das Gericht hält es in derartigen Fällen, die ein beherrschbares Risiko darstellen, für unbillig, die Beweispflicht dem Patienten aufzuerlegen. Es wird also zugunsten des Geschädigten vermutet, dass das Verhalten des Personals pflichtwidrig war. Das Krankenhaus musste darlegen, dass sowohl die Anleitung und Überwachung des Personals ordnungsgemäß war, als auch der Vorfall kein Fehlverhalten darstellt. Dies gelang jedoch nicht.

Jagdrecht und mehr...

DR. SCHMITZ & PARTNER
RECHTSANWÄLTE

Kurfürstendamm 92 · 10709 Berlin

Tel.: (0 30) 329 00 4 - 0

anwalt@drschmitz.de

Erstberatung telefonisch unter:

09001 / 72 4 968 RA 4 You

(1,99 €/Min. aus dem Festnetz der Deutschen Telekom)

Vertrauensanwälte der Stiftung Gesundheit



Achtung TVöD!

Die Fallstricke in der neuen

Auch in Berlin gilt der neue Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) schon für einige Ärzte.

Es könnten schon bald viel mehr werden. Die Tariflandschaft sollte durch den Wegfall des BAT übersichtlicher werden, das Gegenteil ist der Fall. BERLINER ÄRZTE versucht, Licht in den Tarifdschungel zu bringen.

*Von Angela Mißlbeck und
Hubert Beyerle*



Tariflandschaft



Foto: S. Rudat

Der Streit um die Tarifsituation von Ärzten hält ganz Deutschland in Atem. Erst haben die Mediziner an den Universitätskliniken und Landeskrankenhäusern massiv gestreikt. Dann sind die Ärzte aus den kommunalen Kliniken zu Zehntausenden in den Ausstand gegangen. Ihre Forderungen: Ein eigener Ärzte-Tarifvertrag mit spezifischen Arbeitszeit- und Gehaltsregelungen. Was der Marburger Bund (MB) für die Ärzte an den Unikliniken bereits erreicht hat, soll nach dem Willen der Ärztegewerkschaft ähnlich auch für Ärzte an kommunalen Krankenhäusern Wirkung entfalten. Bereits seit April läuft eine Verbandsklage des MB gegen die Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA). Denn die Ärztegewerkschaft will die Anwendung des Tarifvertrags öffentlicher Dienst (TVöD) auf die Ärzte nicht dulden. „Der TVöD ist im höchsten Maße ärztefeindlich“, so MB-Chef Frank Ulrich Montgomery.

Der TVöD wurde im vergangenen Jahr zwischen Bundesregierung, kommunalen Arbeitgebern und der Gewerkschaft ver.di abgeschlossen. Der MB hat ihn jedoch nicht unterzeichnet. Im Gegenteil: Der TVöD war der wesentliche Grund dafür, dass der MB ver.di das Verhandlungsmandat entzogen hat.

Erneute Ärztestreiks könnten deshalb auch in Berlin bald wieder drohen. Spätestens dann, wenn es beim kommunalen Klinikkonzern Vivantes zur inhaltsgleichen Übernahme des TVöD kommen sollte. Doch was genau steckt hinter diesen vier Buchstaben, die für soviel Ärger unter Medizinern sorgen?

Vereinheitlichung angestrebt

Der am 1. Oktober 2005 in Kraft getretene Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst ersetzt den Jahrzehnte lang geltenden Bundesangestellten-Tarifvertrag (BAT). Der TVöD wurde zwar zunächst nur für die Beschäftigten von Bund und Gemeinden geschlossen. Der jüngst beschlossene Tarifvertrag der Länder (TV-L) orientiert sich aber in vielen Aspekten daran. Das Ziel des TVöD: in Deutschland für die öffentlich Beschäftigten ein einheitliches Tarifrecht zu schaffen. Einschließlich der Branchen, die sich traditionell am öffentlichen Dienst orientieren, dürften die Grundprinzipien des TVöD wohl bald für sechs bis acht Millionen Menschen gelten. Allerdings sind bereits zahlreiche Sonderregelungen in Kraft, unter anderem für Krankenhäuser und Forschungsinstitute. Unterschiede gibt es auch von Land zu Land. Beobachter sehen deshalb das Ziel der Vereinheitlichung des Tarifrechts schon jetzt als verfehlt an. Sie gehen davon aus, dass der Flächentarifvertrag im öffentlichen Dienst weiter erodieren wird. Dabei sollte er ursprünglich die Unübersichtlichkeit des BAT überwinden.

In den vergangenen Jahren hatte sich der bisherige BAT als immer weniger überschaubar und praktikabel erwiesen. Ein Beispiel dafür sind die zuletzt über 17.000 Eingruppierungsmerkmale. Kaum noch zeitgemäß war der BAT nach Auffassung von Tarifexperten auch in seinem Staatsverständnis. Der TVöD ist dagegen Ausdruck eines neuen Staatsverständnisses, so die oft gehörte Begründung. Der Staat steht demnach im Wettbewerb mit der Privatwirtschaft, er ist

Foto: Thomas Oberländer



Helios-Klinikum Berlin-Buch

Im Helios-Klinikum Berlin-Buch sind derzeit rund 400 Ärzte beschäftigt. Sie werden nach Unternehmensangaben nach dem aktuellen BAT-Ost bezahlt und erhalten Urlaubs- und Weihnachtsgeld. Auf Konzernebene laufen derzeit Verhandlungen über einen bundesweiten Konzerntarifvertrag. Dabei verhandelt das private Krankenhausunternehmen sowohl mit ver.di als auch mit dem Marburger Bund.

HELIOS-Klinikum Berlin-Buch, Wiltbergstraße 50, Haus 120

Dienstleister für seine Bürger und wird außerdem auf absehbare Zeit knappe Kassen haben. Auch die sozialpolitischen Steuerungsinstrumente des BAT gehören mit dem TVöD der Vergangenheit an. Zulagen für Verheiratete oder Eltern gibt es nicht mehr. Die Lohnpolitik soll nicht mehr als Mittel zur Sozialpolitik genutzt werden können. Stattdessen soll sich die Bezahlung von Beschäftigten im öffentlichen Dienst den Gepflogenheiten der Privatwirtschaft anpassen.

Das Wichtigste: Im TVöD erfolgt die Bezahlung nach Leistung und Erfahrung. Viele öffentliche Institutionen stehen mit privat finanzierten im Wettbewerb und müssen auch bei der Entlohnung mithalten können. Deshalb verschwin-

den einige im bisherigen BAT geltende Kriterien weitgehend, die die leistungsbezogene Entlohnung verzerrt haben. So werden zwei charakteristische Eigenschaften des BAT damit ad acta gelegt: Die Vielzahl von sozialen Zuschlägen, von Verheirateten- und Ortszuschlägen bis hin zu Kinderzuschlägen ist passé. Weg fällt insbesondere auch das Senioritätsprinzip, das mit steigendem Lebensalter automatisch steigende Vergütungen vorsieht. Im TVöD spielt das Alter überhaupt keine Rolle mehr für die Entlohnung. Damit verbunden werden Hoffnungen auf bessere Beschäftigungs-Chancen älterer Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst, die bislang schon allein aufgrund des Tarifgefüges teurer waren als jüngere.

Größere Flexibilität

Der TVöD soll mehr Transparenz und Übersichtlichkeit schaffen. Erstmals werden einheitliche Tarifregelungen und Entgelte für Arbeiter und Angestellte angestrebt. Außerdem können nun Führungspositionen auf Zeit vergeben werden, was auch bedeutet, dass man zeitweise höher entlohnt werden kann. Viele Möglichkeiten, Arbeitszeiten flexibler zu gestalten, kommen hinzu. Dahinter steckt die Erkenntnis, dass der öffentliche Dienst attraktiv bleiben muss für Menschen, die aus der Privatwirtschaft kommen oder in die Privatwirtschaft abwandern könnten.

Gab es im BAT Bewährungs- und Zeitaufschläge sowie Lebensalterstufen innerhalb der Vergütungsgruppen, so sieht der TVöD völlig anders aus. Er enthält 15 Entgeltgruppen und sechs Erfahrungsstufen: von Stufe eins bei Fehlen der Berufserfahrung bis hin zu Stufe sechs bei maximaler Berufserfahrung.

Zudem erhält ein Arbeitgeber größere Flexibilität in der Leistungsentlohnung. Dazu kann er einen Teil der gesamten Gehaltssumme aller Mitarbeiter nach Leistung an einzelne Arbeitnehmer vergeben. Zu Beginn soll dieser Teil bei einem Prozent der jährlichen Gehaltssumme seiner Beschäftigten liegen. Im Laufe der Zeit kann er aber auf bis zu acht Prozent steigen. Größere Betriebe erhalten damit eine erhebliche Verfügungsmasse.

Das entscheidende Merkmal des TVöD aber ist die grundsätzlich andere Entlohnung im Verlauf der Lebenszeit. Ein ver.di-Sprecher nennt diese Systematik das „Prinzip Wippe“. Vereinfacht ausgedrückt stieg die Entlohnung nach BAT im Laufe des Lebens wie auf einer geraden Linie. Im TVöD beginnt die Entlohnung bei Berufseinstieg etwas niedriger, steigt dann aber schnell an, um damit für jüngere und mittlere Lebensalter eine höhere Entlohnung als bislang zu erreichen – so jedenfalls die Darstellung der Tarifpartner. Im Alter steigt die Entlohnung dann kaum noch, so dass das

Gehalt im Alter im Schnitt niedriger liegen dürfte als bislang. Die bisherige „Sitzprämie“, die man sich mit steigender Lebenszeit „ersitzen“ konnte, entfällt.

TVöD im Besonderen: Die Ärzte

Soweit die Theorie. In der Praxis werden drei Dinge besonders interessant: Wie werden Leistung und Erfahrung im Einzelnen bewertet? Wie verändert sich per saldo die Entlohnung von Neueinsteigern im gesamten Berufsleben verglichen mit den BAT-Regelungen? Wie sieht der Übergang von altem System zu neuem System für den Großteil der Beschäftigten aus, die bereits vor dem 1. Oktober 2005 im öffentlichen Dienst beschäftigt waren? Einiges davon ist erst in Grundzügen vereinbart und abhängig von künftigen Verhandlungen. Hinzu kommt, dass für Ärzte an Krankenhäusern im TVöD Sonderregeln gelten, insbesondere was Arbeitszeiten und den Stufenaufstieg mit wachsender Berufserfahrung betrifft.

An den kommunalen Kliniken in Deutschland wird nach Angaben des MB inzwischen ein Großteil der rund 70.000 Ärzte nach dem TVöD bezahlt. Nur wenige kommunale Krankenhäuser wenden noch den BAT an. Parallel zu der Verbandsklage des MB gegen die VKA laufen Tarifverhandlungen zwischen MB und VKA, die zuletzt vertagt wurden. In die Tarifverhandlungen gingen die Arbeitgeber laut VKA-Verhandlungsführer Otto Foit mit der Position, man verhandle mit der Ärzteorganisation auf der Grundlage des TVöD. Dieser sei „elastisch genug, um in ihn Ärzte-spezifische Regelungen integrieren zu können“, so Foit bereits Ende Mai.

Kritischer Stufenaufstieg

Dem Besonderen Teil des TVöD für Krankenhäuser (BT-K) zufolge beginnen Klinikärzte ohne Berufserfahrung in der Entgeltgruppe 14/1. Das entspricht laut MB einem Jahresentgelt von gut 38.800 Euro einschließlich Sonderzahlungen. Nach

einem Jahr steigen die Assistenzärzte in die Gruppe 14/2 mit einem vom MB berechneten Gesamtjahresgehalt von gut 42.800 Euro auf. Auf weitere Gehaltszuwächse müssen sie dann allerdings bis zur Anerkennung des Facharztabchlusses der Facharztprüfung verzichten. Denn die Entgeltgruppe 14/3 mit einem Gesamtjahresbrutto von gut 49.100 Euro laut MB steht gemäß den gesonderten Tarifbestimmungen für Krankenhausärzte erst Fachärzten offen.

Auch bei der Überleitung vom BAT in den TVöD werden die Ärzte anders als alle anderen Berufe behandelt. Die meisten der Angestellten kommen laut Überleitungsvertrag ab dem 1. Oktober 2007, also zwei Jahre nach Inkrafttreten des TVöD, in die nächst höhere Stufe. „Das gilt für Ärzte grundsätzlich nicht. Die weiteren Aufstiege gestalten sich nach der beruflichen Qualifikation und dem weiteren Zeitablauf, also nicht lediglich nach Ablauf von zwei Jahren“, sagt Christian Wäldele, Rechtsanwalt und Spezialist für Tarifrecht beim Institut für Tarif- und Arbeitsrecht TVöD-Consult. „Um als Assistenzarzt mit mehr als einem Jahr Berufserfahrung weiter in den Stufen aufzusteigen ist die Anerkennung als Facharzt und die Übertragung entsprechender Tätigkeiten notwendig.“ Das Datum 1. Oktober 2007 sei für Ärzte aber auch dann völlig irrelevant, wenn sie die Facharztanerkennung bis dahin erhalten haben.

Unter anderem aus diesem Grund hat sich der mb schon im vergangenen Jahr gegen den TVöD gewandt. Er wollte zudem erreichen, dass bei der Berufserfahrung auch das Praktische Jahr anerkannt wird. Doch das sieht der TVöD nach MB-Angaben nicht vor. Auch dem Anspruch, dass er Leistung stärker honoriert, wird er aus MB-Perspektive bisher nicht gerecht, weil die Leistungsbewertung noch völlig unklar sei. Weder sei geregelt, welche Kriterien dabei berücksichtigt würden, noch stehe fest, wer die Leistungsbewertung vornehmen solle, so die Ärztegewerkschaft. Das wird auch von unabhängiger Seite bestätigt.

Unklarheiten bei Arbeitgeberwechsel

Problematisch ist aus Sicht des MB auch die Anerkennung der Berufserfahrung. Zwar werden die gesetzlichen Mutterschutzfristen als Beschäftigungszeit angerechnet. Unschädlich bleibt eine Elternzeit bis zu fünf Jahren. Über wesentliche Bestimmungen gehen die Ansichten jedoch auseinander. Laut ver.di gilt: Bei der Einstellung als Arzt werden Zeiten mit einschlägiger Berufserfahrung teilweise oder ganz anerkannt. Das heißt: „Anders als im BAT können Erfahrungen, die ein Arzt als niedergelassener Arzt gesammelt hat, bei der Einstufung im TVöD voll berücksichtigt werden“, sagte ein ver.di-Sprecher. Das würde die Durchlässigkeit der Grenzen zwischen niedergelassenen und angestellten Ärzten deutlich erhöhen. Allerdings spricht der Überleitungsvertrag, der bei kommunalen Arbeitgebern gilt, lediglich von der Anerkennung von Facharztzeiten bei anderen Arbeitgebern. Der Marburger Bund geht wiederum davon aus, dass die Zeiten, die als Berufserfahrung anerkannt werden, beim gleichen öffentlichen Arbeitgeberverband geleistet werden müssen, also Bund oder Kommunen. „Berufserfahrung kann schlicht unter den Tisch fallen, wenn ein langjährig tätiger Oberarzt beispielsweise von einem konfessionellen Klinikum in ein kommunales Krankenhaus wechselt“, sagt eine Rechtsanwältin beim MB-Bundesverband.

Fest steht jedoch, dass sich eine Verlagerung des beruflichen Tätigkeitsschwerpunkts negativ auf das Gehalt auswirkt. Wer zum Beispiel als Doppelfacharzt für Chirurgie und Orthopädie bislang orthopädisch tätig war und nun in die chirurgische Abteilung eines Krankenhauses wechselt, kann im Gehaltsgefüge des TVöD wieder von vorne beginnen. „Wer eine neue, andere ärztliche Tätigkeit aufnimmt, also die Fachrichtung wechselt, fällt bei der Einstufung wieder herunter“, so Christian Wäldele.

Gehalteinbußen

Alles in Allem bedeutet der TVöD aus Sicht des MB für Ärzte eine deutliche Absenkung des Gehalts. Ärzte erleiden laut Klinikärztegewerkschaft nach den aktuellen Regeln im Laufe des gesamten Lebens kräftige Einbußen gegenüber der bisherigen Situation. Nach MB-Berechnungen müssen Krankenhausärzte, die ab Oktober 2005 eine Tätigkeit in einem kommunalen oder bundeseigenen Krankenhaus aufnehmen, mit deutlich

angesammelt. Bei einem verheirateten Arzt, der mit 29 Jahren die Berufstätigkeit aufnimmt, summiert sich der Gehaltsverlust nach 20 Berufsjahren laut MB sogar auf knapp 68.000 Euro. Bei diesen Berechnungen hat der MB allerdings das volle Weihnachts- und Urlaubsgeld nach BAT einbezogen. Diese Einmalzahlungen erhalten seit einigen Jahren jedoch nur noch die wenigsten Klinikärzte, da die Finanzsituation vieler Krankenhäuser zunehmend angespannt ist.

tarifvertrag (TVÜ) Bestandsschutz. Dieser stellt sicher, dass kein bereits Beschäftigter durch die neue Eingruppierung weniger verdient als bisher. Dafür wurde aus Grundvergütung, allgemeiner Zulage, Ortszuschlag und sonstigen Zulagen, die im September 2005 gezahlt wurden, ein Vergleichsentgelt für Oktober 2005 gebildet. Dieses wird dann zur Einstufung gemäß TVöD zugrunde gelegt. Dabei können Klinikärzte in individuelle Zwischenstufen zwischen 14/1, 14/2 und 14/3 kommen. Der Aufstieg zu 14/3 bleibt aber auch dabei an Facharztabschluss und entsprechende Aufgaben geknüpft.

Sonderfall Berlin

In der Hauptstadt gestaltet sich die Situation besonders unübersichtlich. Erstens gelten hier noch BAT West und BAT Ost. Zweitens ist Berlin nicht Mitglied in der Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TDL).

Die meisten angestellten Ärzte werden in Berlin bislang nach BAT oder vergleichbaren Regelungen bezahlt. Dem Geschäftsführer des MB Berlin/Brandenburg, Manfred Husmann, ist kein Krankenhaus in der Hauptstadt bekannt, das den TVöD auf Ärzte anwendet. Dagegen müssen die Ärzte an etlichen kommunalen Kliniken in Brandenburg bereits mit dem neuen Tarif leben. „Wenn ein MB-Mitglied sagt, dass es das nicht will, würden wir neben der Verbandsklage auch eine Individualklage anstrengen“, sagt Husmann.

Erste Teile des TVöD kommen auch beim Berliner Klinikkonzern Vivantes schon zum Einsatz. Seit 1. Juli gelten für Ärzte dort Arbeitszeit-Regelungen, die auf Basis des TVöD zwischen der Unternehmensleitung und dem Betriebsrat vereinbart worden sind. „Dann wird es spannend“, sagt Heike Spies, Verhandlungsführerin von ver.di in Berlin. Die MB-Mitglieder müssten sich entscheiden.

Charité

An der Charité gilt im Gegensatz zu den meisten anderen Unikliniken in Deutschland seit Juni ein arzt spezifischer Tarifvertrag, den der Marburger Bund ausgehandelt hat. Der Grundvergütung nach BAT (Stand 2002) werden Arztzulagen hinzugefügt. Sie bewegen sich zwischen 230 Euro bei einer Wochenarbeitszeit von 40 Stunden in Vergütungsgruppe BAT-IIa bis zu 651 Euro bei 42 Wochenstunden in Vergütungsgruppe I. Bereitschaftsdienst wird mit 95 Prozent vergütet.

weniger Gehalt rechnen, als wenn sie noch zu BAT-Bedingungen eingestellt worden wären. Das liege vor allem daran, dass Ärzte recht spät, also mit 30 Jahren oder später, ins Berufsleben einsteigen.

Den Berechnungen der Ärztegewerkschaft zufolge erhält ein 29-jähriger lediger Berufseinsteiger im Krankenhaus im ersten Jahr knapp 3.500 Euro weniger Entgelt durch den TVöD als er mit BAT erhalten hätte. Zwar verdient er im zweiten Jahr etwa 550 Euro mehr. Doch im Saldo hat sich nach 20 Berufsjahren den MB-Berechnungen zufolge ein Gehaltsverlust von mehr als 40.000 Euro

Treffen die MB-Berechnungen zu, so bleibt in Zeiten des Ärztemangels freilich fraglich, ob ein Krankenhaus, das strikt nach TVöD zahlt, überhaupt einen neuen Arzt finden würde. Deshalb kommt es der Ärztegewerkschaft zufolge bereits vor, dass kommunale Kliniken bei Stellenangeboten darauf eingehen. Dann heißt es in der Annonce zum Beispiel: „Eventuelle Verluste durch den TVöD können ausgeglichen werden.“

Von den Gehaltsverlusten zunächst verschont bleibt, wer bereits vor Oktober 2005 nach BAT bei seinem Arbeitgeber beschäftigt war. Für diese Ärzte gilt laut dem Überleitungs-



Quelle: Charité – Universitätsmedizin Berlin

„Der kommunale Arbeitgeberverband (KAV) und ver.di haben vereinbart, dass ausschließlich Regelungen zum Bereitschaftsdienst und zur Rufbereitschaft aus dem TVöD angewandt werden. Auf dieser Grundlage konnte Vivantes bereits im Mai eine Betriebsvereinbarung mit Regelungen zur Arbeitszeit abschließen“, bestätigt Vivantes-Personalgeschäftsführer Ernst-Otto Kock. Den neuen Arbeitszeitregelungen zufolge darf jeder einzelne Arzt weniger Bereitschaftsdienste als bisher leisten. Zum Ausgleich werden aber alle Bereitschaftsdienste mit 80 Prozent vergütet. Die Regelungen dienen auch der Anpassung

der kommunale Klinikriese ist Mitglied im KAV Berlin. Der KAV verhandelt derzeit mit ver.di über die zukünftige tarifliche Situation. Abstriche beim Gehalt mussten die Ärzte bei Vivantes jedoch schon vor dem TVöD hinnehmen. Zur Abwendung einer drohenden Insolvenz wurde bei dem Krankenhausunternehmen bereits im Frühjahr 2004 ein Notlagen-Tarifvertrag geschlossen. Er sieht Kürzungen beim Weihnachts- und Urlaubsgeld vor, die teils kompensiert werden, wenn Vivantes einen Jahresüberschuss erzielt.

Auch die Ärzte in den Gesundheitsämtern der Berliner Bezirke verdienen weniger als

der BAT im Allgemeinen vorsieht, obwohl sie weder vom TVöD noch vom jüngst beschlossenen TV der Länder betroffen sind. Ihr Arbeitgeber ist das Land Berlin. Weil Berlin aus der TdL ausgestiegen ist, gilt für die Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst der Hauptstadt der Anwendungstarifvertrag Berlin. Für eine Arbeitsplatzgarantie bis zum Jahr 2009 nehmen die Angestellten im öffentlichen Dienst Berlin im Gegenzug eine erzwungene Arbeitszeitverkürzung und damit einhergehende Gehaltseinbußen hin.

Fortsetzung auf Seite 20



Quelle: Vivantes

Vivantes

Der Vivantes-Konzern bezahlt seine Ärzte nach dem aktuellen BAT (Stand 2003). Im Frühjahr 2004 wurde mit ver.di ein Notlagentarifvertrag geschlossen. Darin erklärten sich die Vivantes-Mitarbeiter für eine Arbeitsplatzgarantie bereit, auf Weihnachts- und Urlaubsgeld teilweise zu verzichten. Der Gehaltsverzicht wird jedoch größtenteils wieder ausgeglichen, wenn Vivantes schwarze Zahlen schreibt. Das gelingt dem größten kommunalen Klinikunternehmen Deutschlands seit 2004.

Vivantes Klinikum im Friedrichshain

an das Arbeitszeitgesetz. Deshalb lässt sich schwer einschätzen, wie die Vivantes-Ärzte darauf reagieren.

Mit einem Aufschrei der Ärzte rechnet MB-Geschäftsführer Husmann jedoch, wenn die Berliner Vivantes-Kliniken den kompletten TVöD für die Ärzte übernehmen würden. Und das ist nicht ausgeschlossen. „Bei Gründung des Unternehmens wurde festgelegt, dass das Tarifrecht der Tarifgemeinschaft der Länder so lange angewendet wird, bis es gegebenenfalls durch ein anderes Tarifrecht abgelöst wird“, so Kock auf die Frage, ob es zutreffe, dass bei Vivantes eine Übernahme des TVöD im Gespräch sei. Noch gilt bei Vivantes der BAT in seiner aktuellen Fassung. Doch



Quelle: Bildarchiv DRV Bund/Teibach

Deutsche Rentenversicherung Bund

Die knapp 200 Ärzte bei der Deutschen Rentenversicherung Bund werden nach Regelungen bezahlt, die sich an den TVöD anlehnen. Das Unternehmen ist im Prinzip tarifautonom. Im Juni liefen dort die Verhandlungen zu einem Haustarifvertrag in Anlehnung an den TVöD. Die Rentenversicherung hielt sich deshalb mit detaillierten Angaben über die Tarifsituation der Ärzte bedeckt.

Fortsetzung von Seite 19

Auf zwölf Prozent beläuft sich der Lohnverzicht bei einer verheirateten Ärztin mit einer früheren Wochenarbeitszeit von 25 Stunden.

Ansätze des TVöD zeigen sich in Berlin bei der Deutschen Rentenversicherung Bund. In der Berliner Dienststelle, die

nicht die speziellen Regelungen der Krankenhaus-Ärzte, sondern die allgemeinen TVöD-Bestimmungen. Statt in Entgeltgruppe 14 werden sie dem MB zufolge als Wissenschaftler ohne Berufserfahrung in die niedrigere Entgeltgruppe 13 eingruppiert. Bei Neueinstellungen hat das RKI auf eine Sonderregelung für Forschungsinstitute

tute wie das RKI. Das Ziel, ihnen mehr Wettbewerbs-Chancen im Vergleich mit der Privatwirtschaft zu verschaffen, scheint der TVöD bislang zu verfehlen.

Der Streit um die Tarifverträge für Klinikärzte, den der TVöD-Abschluss angeheizt hat, stellt zudem die Grundsätze bisheriger Tarifrechtsprechung in Frage.



Quelle: RKI/Hr. Ossenbrink

Robert Koch-Institut

Als bundesunmittelbare Körperschaft bezahlt das Robert Koch-Institut sämtliche 616 Mitarbeiter seit Oktober nach TVöD. Auf die 51 Ärzte finden die normalen TVöD-Regelungen Anwendung, nicht der krankenhausspezifische Teil. Bei der Einstellung neuer wissenschaftlicher Mitarbeiter hat sich nach Angaben der Personalabteilungsleiterin positiv bemerkbar gemacht, dass Forschungsinstitute des Bundes im Gegensatz zu anderen Bundeseinrichtungen auch Berufserfahrungen bei anderen Arbeitgebern anerkennen dürfen.

knapp 200 Ärzte beschäftigt, wird der TVöD zwar nicht direkt angewendet, jedoch kommen nach Angaben der Pressestelle vergleichbare Regelungen zum Tragen. Bei der Überleitung der Mitarbeiter vom BAT in den TVöD wurde nach Angaben des Personalteams weitestgehend Bestandsschutz gewährt, doch der Ortszuschlag des BAT blieb unberücksichtigt. Derzeit wird hausintern verhandelt, ob der TVöD inhaltsgleich übernommen werden soll. Das Tarifdezernat des Unternehmens hält sich deshalb mit weiteren Angaben, etwa zu den Verhandlungspartnern und zur genaueren Ausgestaltung, komplett bedeckt.

Reibungsloser Übergang am RKI

Nur die Bundesinstitute in Berlin sind bereits an den TVöD gebunden. So ist er am Robert Koch-Institut bereits seit Oktober 2005 in Kraft. „Die Einführung des TVöD im Hause verlief unproblematisch“, so RKI-Personalleiterin Silvia Schuckert. Für die Mediziner dort gelten

zurückgegriffen. Danach können auch Berufserfahrungszeiten anerkannt werden, die nicht bei einem Arbeitgeber des Bundes gesammelt wurden. Das hat nach Angaben der Personalleiterin „vordergründig zur Entspannung bei der Personalbeschaffung im höheren wissenschaftlichen Dienst geführt“. Schuckert weiter: „Erschwerend ist jedoch die grundsätzliche Absenkung der Tabellenentgelte. Hierdurch müssen Einkommenseinbußen in Kauf genommen werden.“ In Bezug auf die Entwicklung der Personalkosten geht das RKI derzeit davon aus, dass die Umsetzung finanzneutral sein wird. Verlässliches Zahlenmaterial liegt jedoch noch nicht vor.

Nicht nur Ärzte sehen Nachteile

Viele Fragen sind noch offen, etwa die des Leistungsbezugs. Strittig sind die Ansichten über die Anerkennung der Berufserfahrung. Und schon jetzt ist die Situation vielfach unbefriedigend - nicht nur für Ärzte, sondern auch für Forschungsinsti-

Bislang galt das Prinzip: Ein Betrieb – ein Tarif. Darauf berief sich auch TdL-Verhandlungsführer Hartmut Möllring im Tarifstreit an den Unikliniken. Dieses Prinzip werden auch die Gerichte im Rahmen der Verbandsklage des MB gegen die Anwendung des TVöD auf Ärzte diskutieren müssen. Bereits widerlegt ist es jedoch durch die Berliner Realität. An den Vivantes-Kliniken werden seit jeher Arbeiter nach kommunalem Recht und Angestellte nach Landesrecht vergütet. Jahrzehntlang war das nicht aufgefallen. Durch die Einführung des TVöD bei den Kommunen entstand dort nun die pikante Situation, dass Gärtner, Hausmeister und Putzkräfte nach TVöD bezahlt werden, während Ärzte weiterhin BAT-Gehälter erhalten.

Verfasser:

Angela Mißbeck
Fachjournalistin für Gesundheitspolitik

Hubert Beyerle
Wirtschaftsjournalist

4. Nachtrag zur Weiterbildungsordnung beschlossen

Bericht von der Delegiertenversammlung am 5. Juli 2006

Im Mittelpunkt der Delegiertenversammlung am 5. Juli haben der 4. Nachtrag zur Neufassung der Weiterbildungsordnung sowie die Nachwahl eines Mitgliedes des Verwaltungsausschusses der Berliner Ärzteversorgung gestanden. Für Diskussionen sorgte daneben der Vortrag des Fachapothekers für Arzneimittelinformation, Andreas Heeke, zum Thema „Rationale Arzneimitteltherapie“.

Von Sascha Rudat

Einstimmig nahmen die Delegierten den 4. Nachtrag zur Neufassung der Weiterbildungsordnung (WbO) der Ärztekammer Berlin an. Dabei wurde beispielsweise die geforderte 36-monatige strukturierte Weiterbildung im Gebiet Allgemeinmedizin genauer definiert. Gleiches gilt für das Gebiet Innere Medizin mit Schwerpunkten. In der jetzigen WbO wurden die Voraussetzungen für eine strukturierte Wb nicht näher ausgestaltet. Damit wäre es in den Schwerpunktweiterbildungen nicht möglich gewesen, die Gesamtweiterbildungszeit im angestrebten Schwerpunkt abzuleisten. Dadurch wäre jedoch das Ziel, nämlich eine breit gefächerte Weiterbildung, die nicht ausschließlich auf einen Schwerpunkt gerichtet ist, zu gewährleisten, nicht erreicht worden. Durch die Konkretisierungen der Zeiten ist gewährleistet, dass auch eine Weiterbildung außerhalb der angestrebten Schwerpunktweiterbildung abgeleistet wird. In den Gebieten Chirurgie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sowie Psychiatrie und Psychotherapie wurden Übergangsbestimmungen aufgenommen oder neu gefasst. Gleiches gilt für die Zusatz-Weiterbildungen Palliativmedizin, Psychoanalyse sowie Physikalische Therapie und Balneologie. Die Genehmigung des 4. Nachtrages bei der Senatsverwaltung für Gesundheit steht noch aus.

Neues Mitglied im BÄV-Verwaltungsausschuss

Mit zwei Enthaltungen wurde die Allgemeinmedizinerin Johanna Winkler in

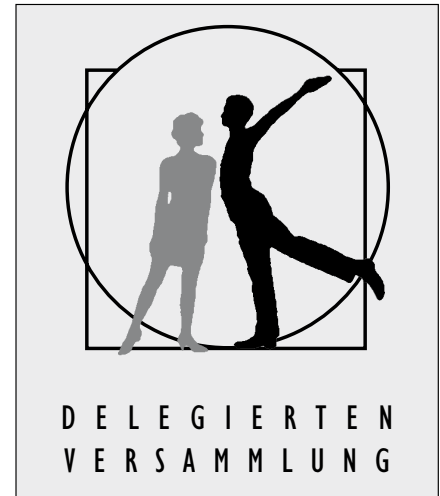
den Verwaltungsausschuss der Berliner Ärzteversorgung (BÄV) gewählt. Sie war vom Marburger Bund als Nachfolgerin für Tanja Oppermann vorgeschlagen worden, da diese den Kammerbezirk verlassen hatte. Der BÄV-Verwaltungsausschuss besteht aus sechs Mitgliedern der Ärztekammer Berlin.

Rationale Arzneimitteltherapie

Der Vorstand der Ärztekammer Berlin hatte den für die AOK Westfalen-Lippe tätigen Fachapotheker Andreas Heeke eingeladen, einen Vortrag zum Thema „Rationale Arzneimitteltherapie im Spannungsfeld von Preisgestaltung und Budgetverantwortung“ zu halten. Ziel soll es sein, in Berlin eine möglichst rationale Arzneimitteltherapie zu gewährleisten und durch Vortrag eine Diskussion unter den Berliner Ärzten anzuregen. Heeke hatte in Berlin das Pharm-Projekt der AOK und der Kassenärztlichen Vereinigung auf den Weg gebracht. Wie Heeke skizzierte, befinden sich die Ärzte bei der Arzneimittelverordnung in einem Spannungsfeld, das durch vier Punkte beeinflusst wird:

- Unüberschaubare Zahl von Arzneimitteln
- Stetiger „Informations“-Fluss der Hersteller
- Schneller Wechsel der Arzneimittel
- Anspruchsdenken der Patienten

Nach Einschätzung Heekes nimmt die Erwartungshaltung der Patienten Einfluss auf das Praxisgeschehen, wird aber von den Ärzten überschätzt. Arzneimittelverordnung sei ein zentrales Element ärzt-



lichen Handelns. 80 Prozent der Arztbesuche endeten mit Ausstellung eines Rezeptes. Dem komme eine hohe emotionale Bedeutung zu, betonte Heeke. Darüber hinaus erläuterte der Apotheker, dass zu viele und oft auch die falschen Medikamente verschrieben würden. Ein großes Problem seien die Scheinnovationen, die mit viel Marketingaufwand von den Pharma-Unternehmen auf den Markt gebracht würden. Heeke beklagte zudem, dass viele Arzneimittel ungenutzt auf dem Müll landeten.

Um zu erkennen, welche neuen Medikamente für den Patienten Sinn machen, seien Leitlinien nötig, sagte der Apotheker und zweifelte zugleich an der Unabhängigkeit vieler Leitlinienautoren von der Industrie. Darauf erwiderte Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz: „Es gibt klare Spielregeln, wie gute Leitlinien aussehen müssen.“

Daneben ging Heeke auf das Arzneimittelspargesetz (AVWG) ein, dessen Bonus-Regelung er für nicht Ziel führend hielt. Vizepräsident Dr. med. Elmar Wille betonte in diesem Zusammenhang: „Wenn ich Geld dafür bekomme, dass ich ein günstiges Medikament aufschreibe, ist das eine staatliche Form von Korruption. Der Arzt soll sich daran orientieren, was dem Patienten nützt und nicht ihm.“

Heeke unterstrich zusammenfassend, dass es vernünftig sei, auch von den Ärzten wirtschaftliches Handeln einzufordern. „Dazu ist muss eine herstellerunabhängige Arztberatung etabliert werden“, fügte er hinzu. ■

Die Ankündigungen auf diesen beiden Seiten geben einen Überblick über die ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen, die von der Ärztekammer Berlin veranstaltet werden oder in Kooperation mit ihr stattfinden. Alle weiteren Fortbildungsveranstaltungen, die bespundet wurden, können im **Online-Veranstaltungskalender** auf der Homepage der Ärztekammer unter **www.aerztekammer-berlin.de** (im Kapitel „Fortbildung“, „Veranstaltungskalender“) recherchiert werden. Hier sind auch – soweit verfügbar – nähere Informa-

tionen zu Unterthemen und Referenten sowie die Fortbildungspunktzahl und Kontaktdaten hinterlegt. Der Veranstaltungskalender ermöglicht eine Recherche nach Terminen, Fachbereichen oder auch nach freien Suchbegriffen. Damit bietet der Kalender in Abhängigkeit von der gewählten Suchstrategie sowohl einen umfassenden Überblick über sämtliche Fortbildungsveranstaltungen als auch eine an den individuellen Interessensschwerpunkten orientierte Veranstaltungsauswahl weit im Voraus.

Termine	Thema / Referenten	Veranstaltungsort	Information/ Gebühr	Fortbildungspunkte
3 Präsenz-Phasen: 28.08. – 02.09.2006 16.10. – 21.10.2006 27.11. – 01.12.2006	Zusatzweiterbildung „Ärztliches Qualitätsmanagement“	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40 806-1207 (Organisatorisches) und Tel.: 40 806-1400 (Inhaltliches) E-Mail: QM-Kurs2006@aekb.de	50 P pro Modul
A1: 04.09.–13.09. A2: 13.09.–22.09. (weitere Kursteile: B1: ab 06.11.2006, B2: ab 15.11.2006, C1: ab 08.01.2007, C2: ab 17.01.2007)	Arbeitsmedizin: Weiterbildungskurs Theoretischer Lehrgang im Rahmen der Weiterbildung zum Arzt für Arbeitsmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Tel. 40806-1301, -1302, -1303, E-Mail aag@aekb.de Gebühr: 440 € pro Kurs (Kurs A1 und A2 zusammen: 880 €)	60 P
15.09. – 17.09.2006	ACLS-Kurs (advanced cardiac life support; nach den Richtlinien der American Heart Association)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: E-Mail i.hohm@aekb.de, Anmeldung erforderlich, Gebühr: 450 €	26 P
Suchtmedizinische Grundversorgung Block A: 15.09.2006 (14.00–18.00) 16.09.2006 (09.00–18.00) Block B: 20.10.2006 (14.00 – 18.00) Block C: 17.11.2006 (14.00 – 18.00) 18.11.2006 (09.00 – 18.00) Block D: 12.01.2006 (14.00 – 18.00) 13.01.2006 (09.00 – 18.00)	Suchtmedizinische Grundversorgung: Block A: Allgemeine Grundlagen Block B: Illegale Drogen Block C: Alkohol, Medikamente, Nikotin Block D: Motivierende Gesprächsführung Eine gemeinsame Fortbildungsveranstaltung des Arbeitskreises Drogen und Sucht der Ärztekammer Berlin und der Sucht-akademie Berlin/Brandenburg	DRK-Kliniken Mark Brandenburg Drontheimer Str. 39-40 13359 Berlin	Information: Tel. 408061204/1205 Gebühr: 130 € pro Block, 70 € pro Block ermäßigt für arbeitslose Ärzte, PJ Stud., Arzthelferinnen Anmeldung erforderlich	15 P pro Veranstaltungsblock
23.09. – 24.09.2006 und 11.11. – 12.11.2006	Curriculum „Begutachtung psychisch reaktiver Traumfolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen“	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Frau Hofmann-Britz Psychotherapeutenkammer Berlin, Tel. 8871400 Gebühr: 360 €	40 P

<ul style="list-style-type: none"> ■ Wintersemester 2006/2007 begleitende Veranstaltungsreihe, Beginn: 19.10.2006, weitere Termine jeweils donnerstags, 20.00–21.30 Uhr 	Fachspezifische Fortbildung Innere Medizin: Reisemedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: E-Mail fobi-zert@aekb.de, keine Teilnehmergebühr, Anmeldung nicht erforderlich	3 P pro Veranstaltungsblock
<ul style="list-style-type: none"> ■ Wintersemester 2006/2007 begleitende Veranstaltungsreihe, genaue Terminangaben in der September-Ausgabe der BERLINER ÄRZTE, jeweils 14-tägig dienstags, 20.00–21.30 Uhr 	Interdisziplinäre Fortbildung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: E-Mail fobi-zert@aekb.de, keine Teilnehmergebühr, Anmeldung nicht erforderlich	3 P pro Veranstaltungsblock
<ul style="list-style-type: none"> ■ 28.10.2006 9.00 – 18.00 Uhr 	Impfungen in der Praxis	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: E-Mail r.raimbault@aekb.de, begrenzte Teilnehmerzahl, Gebühr: 100 €	9 P

Kursangebot zur Zusatzweiterbildung Ärztliches Qualitätsmanagement

Der 200 Stunden-Weiterbildungskurs „Ärztliches Qualitätsmanagement“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer findet in der Ärztekammer Berlin im Jahr 2006 als Kompaktkurs innerhalb von vier Monaten statt. Die Teilnahme am Kurs ist

eine Voraussetzung für den Erwerb der in der neuen Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin enthaltenen Zusatzweiterbildung „Ärztliches Qualitätsmanagement“. Dabei werden alle drei Stufen des Curriculums im Rahmen dieser vier Monate

absolviert. Die drei intensiven Wochen der Präsenzphase werden durch eine 50-stündige Phase des Selbststudiums ergänzt.

Für eine vertrauensvolle Arbeitsatmosphäre und die effektive Beteiligung jedes Einzelnen ist die Teilnehmerzahl auf 25 Ärztinnen und Ärzte begrenzt. Das methodisch-didaktische Konzept der Veranstaltungsreihe sieht eine Ausrichtung der theoretischen Inhalte auf die praktischen Bedürfnisse und Erfahrungen der Teilnehmer vor. Im Kurs werden wesentliche Kenntnisse über die Steuerungselemente in Gesundheitssystemen sowie über ökonomische Modelle und Theorien und deren wirksame Anwendung vermittelt. Die Teilnehmer werden in die Lage versetzt, die strategische Bedeutung des Faktors Qualität in Gesundheitssys-

temen einzuschätzen und mit den im Kurs vorgestellten Instrumenten der Qualitätsplanung, Qualitätsregelung, Qualitätsmessung, Qualitätsverbesserung und Qualitätspolitik Projekte im Rahmen der Qualitätssicherung methodisch zu bearbeiten.

In den drei Präsenzphasen findet der Lehrgang jeweils montags bis freitags von 9 bis 19 Uhr und samstags von 9 bis 14 Uhr statt.

Weitere Informationen erhalten Sie:

- **telefonisch unter**
Tel.: 40 806–1207 (Organisatorisches) und
Tel.: 40 806–1400 (Inhaltliches) oder
- **per E-Mail:**
QM-Kurs2006@aekb.de

Termine und Inhalte
28.08.2006 bis 02.09.2006 Inhalte z.B.: Einführung in das Qualitätsmanagement; Projekt- und Veränderungsmanagement; Verfahren der evidenzbasierten Medizin, Leitlinien, Behandlungspfade, Gesundheitsökonomie I, Instrumente des Qualitätsmanagements und Zertifizierung
16.10.2006 bis 21.10.2006 Inhalte z.B.: Instrumente des Qualitätsmanagements und Zertifizierung; Moderations- und Präsentationstechniken; Training zum TQM-Assessor nach EFQM (European Foundation for Quality Management)“
27.11.2006 bis 01.12.2006 Inhalte z.B.: Gesundheitsökonomie II, Risikomanagement und Patientensicherheit, Qualitätsberichte

Hans D. Pohle zum 75. Geburtstag



Foto: privat

Am 24. Juni 2006 vollendete Prof. Dr. Hans D. Pohle, ehemaliger Chefarzt der II. Medizinischen Klinik des Universitätsklinikums Rudolf Virchow der Freien Universität

Berlin (jetzt Charité Campus Virchow-Klinikum) sein 75. Lebensjahr. Sein Name und sein Wirken sind untrennbar mit der Infektiologie in Deutschland verbunden.

1931 in Berlin geboren, wurden seine Kindheit und der Beginn seiner Studen-
tenzeit von zwei deutschen Diktaturen bestimmt. Erst wurde die Familie wegen nicht rein arischer Abstammung drangsal-
liert, dann musste der Student Pohle

aus politischen Gründen das 1950 be-
gonnene Medizinstudium an der Hum-
boldt-Universität beenden, das er nach
der Flucht aus der DDR an der FU Berlin
fortsetzte. Diese Erfahrungen waren
mitentscheidend für zwei seiner wich-
tigsten Eigenschaften, nämlich Unab-
hängigkeit und Unbeugsamkeit.

Nach dem Staatsexamen 1956 folgte
1957 die Promotion bei Henneberg am
Robert Koch-Institut über die Epidemio-
logie und Charakterisierung von Salmo-
nellen. Im Anschluss an einen Studien-
aufenthalt in den USA begann Pohle
seine klinische Ausbildung 1960 an der
II. Med. Klinik des Rudolf-Virchow-Kran-
kenhauses. Diese klinische Einrichtung
wurde damals von F.O. Höring geleitet,
dem Nestor der klinischen Infektiologie
in Deutschland. Seiner Zeit weit voraus-

eilend, entwickelte Höring ein gedank-
liches Gebäude, das die vielfältigen Inter-
aktionen zwischen Erreger und Wirt zu
ordnen versuchte. Pohle erwies sich als
kongenialer Schüler, der das an dieser
Lehre ausgerichtete pathogenetische
und kausale Denken kultivierte und
weiterentwickelte.

1968, im Alter von erst 36 Jahren, beerb-
te Pohle seinen Chef und klinischen Leh-
rer Höring. Dieses Erbe war ein besonde-
res, hatte sich doch nach Gründung
durch Robert Koch unter Jochmann,
Friedemann und Höring diese Einrich-
tung zur führenden infektiologischen
Klinik in Deutschland entwickelt.

Wissenschaftliche Arbeiten zur Menin-
gitis purulenta und Sepsis mündeten 1973
in die Habilitation, der 1979 die Ernen-
nung zum außerplanmäßigen Professor
folgte. Zahlreiche neue Infektionskrank-
heiten kreuzten seinen Weg; Legionellose,
neue enterale Infektionen und AIDS ste-
hen hierfür beispielhaft. Rasch erkannte
er deren klinische Relevanz und ent-
wickelte nosologische, diagnostische und
therapeutische Vorstellungen. Neben sei-
nem klinischen Engagement, das für ihn
immer im Vordergrund stand, pflegte er
eine intensive publizistische Tätigkeit.

Unermüdlich setzte sich Pohle für die
Anerkennung der Infektiologie ein. Ihre
inzwischen erfolgte Aufnahme in die
ärztliche Weiterbildungsordnung und
die Verbesserungen der klinischen und
wissenschaftlichen Rahmenbedingun-
gen für die Infektiologie sind auch Folge
dieses Engagements. Er war 1973 Grün-
dungsmitglied der Deutschen Gesell-
schaft für Infektiologie. Als deren 1. Vor-
sitzender (1988-1997) war er 1991 Initia-
tor und Kongresspräsident des Deutschen
Kongresses für Infektionskrankheiten
und Tropenmedizin, der inzwischen zen-
tralen wissenschaftlichen Veranstaltung
der deutschsprachigen Infektiologen.

Zahlreiche Weggefährten und Mitarbei-
ter und die Deutsche Gesellschaft für In-
fektiologie sind dem Jubilar zu großem
Dank verpflichtet und wünschen ihm
noch viele zufriedene Jahre, Glück und
Gesundheit.

Professor Dr. med. Bernhard R. Ruf

SOZIETÄT DR. REHBORN * RECHTSANWÄLTE BERLIN - DORTMUND - KÖLN - LEIPZIG - MÜNCHEN

Wir geben bekannt, dass sich Herr Dr. Jäkel ab dem 1. August
unserem Berliner Standort anschließt. Auf die Zusammenarbeit
freuen sich:

Dr. med. Christian Jäkel

Rechtsanwalt und Arzt
Fachanwalt für Medizinrecht

Arztrecht, Vertragsarztrecht, Berufsrecht der Heilberufe,
Vergütungsrecht, Arzneimittelrecht, Medizinprodukterecht

Kathrin Möller

Rechtsanwältin

Arztstrafrecht, Familienrecht, Versicherungsrecht,
Praxismietverträge, Schadensersatzrecht

Yvonne Marckhoff

Rechtsanwältin

Arzthaftungsrecht, Vertragsarztrecht, Arztstrafrecht,
Versicherungsrecht, Berufsrecht der Heilberufe

Wir beraten im ärztlichen und zahnärztlichen Berufs-
Vertragsarzt- und Haftungsrecht sowie bei Kooperationen und
gemeinsamer Berufsausübung einschließlich MVZ. Darüber
hinaus verteidigen wir Ärzte und Zahnärzte gegen Vorwürfe in
Disziplinar- und Strafverfahren. Gern beraten wir Sie auch zu
den Chancen und Risiken des Vertragsarztrechtsänderungsge-
setzes.

Kurfürstendamm 184, 10707 Berlin
Tel. 030/88 77 69-0, Fax 030/88 77 69-15
E-Mail: zentrale@rehborn-b.de
www.dr.rehborn.de

Ärztliche Aufklärung bei problematischer Fahreignung

Die individuelle Mobilität genießt in unserer Gesellschaft einen sehr hohen Stellenwert. Es ist ein wichtiges ärztliches Anliegen, die Auto-Mobilität – und damit die Lebensqualität – ihrer erkrankten Patienten zu erhalten und zu verbessern. Gleichzeitig ist es eine wichtige ärztliche Aufgabe, Patienten mit reduzierter Fahreignung umfassend über die möglichen Risiken bei der Teilnahme am Straßenverkehr zu informieren.

Von Hannelore Hoffmann-Born und Jürgen Peitz

I.

Defizite durch eine Erkrankung, die die Fahreignung einschränkt oder aufhebt, werden von den Betroffenen häufig nicht wahrgenommen bzw. unrealistisch eingeschätzt, bedeuten sie doch zugleich eine Gefahr für den Erhalt der Fahrerlaubnis. Gleiches gilt insbesondere für die oft schleichenden altersbedingten körperlichen und geistigen Leistungseinbußen oder für die Folgen der Einnahme von Medikamenten.

Die damit verbundenen Gefahren für die persönliche und allgemeine Verkehrssicherheit sind enorm. Eine hohe Dunkelziffer von Unfällen, die auf Ursachen in der Fahreignung des Kraftfahrers zurückzuführen sind, belastet auch die Versicherungswirtschaft.

Die behandelnden Ärzte haften nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs ihrem Patienten und an einem Unfall beteiligten Dritten, wenn sie bei erkennbarer Einschränkung oder Aufhebung der Fahreignung ihre Patienten hierüber nicht aufklären oder den Patienten nach einer die Fahreignung tangierenden Behandlung nicht ausreichend überwachen.

Die Problematik der ärztlichen Aufklärung bei Fahreignungsmängeln der Patienten hat eine erhebliche haftungsrechtliche Relevanz. Ihre besondere unfallpräventive Aufgabe hat durch den 43. Deutschen Verkehrsgerichtstag, 26. bis 28. Januar 2005 in Goslar, eine besondere Aktualität erlangt. Der Arbeitskreis V hat sich mit dem Spannungsfeld „Vertrauensverhältnis“ kontra „Verkehrssicherheit“ beschäftigt und unter anderen diskutiert, ob der jeweils behandelnde Arzt durch Meldung an die Verkehrsbehörde, Patienten mit aufgehobener oder reduzierter Fahreignung vom Kraftverkehr abzuhalten hat.

Folgende Empfehlungen wurden im Arbeitskreis V: „Arzt und Fahreignungsmängel seines Patienten“ erarbeitet:

1. Der Arzt hat aus dem Behandlungsvertrag die Pflicht, seinen Patienten auch über mögliche Fahreignungsmängel aufzuklären und nachdrücklich auf daraus resultierende Gefahren für ihn selbst und für andere hinzuweisen. Dies hat er angemessen zu dokumentieren.
2. Dafür sind verbesserte verkehrsmedizinische Kenntnisse nicht nur wünschenswert, sondern unerlässlich.

3. Im Unterschied zu einigen anderen europäischen Ländern ist der Arzt in der Bundesrepublik Deutschland nicht verpflichtet, Fahreignungsmängel seines Patienten der zuständigen Behörde zu melden. Um das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient nicht zu belasten, soll dieser Rechtszustand nach ganz überwiegender Ansicht des Arbeitskreises nicht geändert werden.
4. Wegen dieses Vertrauensverhältnisses hat der Arbeitskreis mit großer Mehrheit auch die Einführung eines spezialgesetzlich geregelten Melde-rechts abgelehnt. Vielmehr soll der Arzt nach Maßgabe des rechtfertigten Notstandes (§ 34 StGB) abwägen und entscheiden können, ob die zu befürchtende Gefährdung der allgemeinen Verkehrssicherheit im Ausnahmefall die Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht erlaubt. Auch in diesem Fall besteht keine Meldepflicht.
5. Nach Auffassung des Arbeitskreises besteht im Übrigen ein erhebliches Defizit an fundierten empirischen Erkenntnissen über die Unfallursächlichkeit von körperlich-geistigen Fahreignungsmängeln. Dies betrifft beispielsweise psychiatrische, neurologische und geriatrische Erkrankungen sowie den Konsum von berauschenden Mitteln und die Einnahme von Medikamenten.

II.

Die Erfahrung durch individuelle Rückmeldungen von Ärzten zeigt, dass der rechtliche Aspekt von Beratung und Aufklärung erkrankter Kraftfahrer bisher nicht immer hinreichend in Klinik- und Praxisalltag umgesetzt wird. Dieses

ANZEIGE

Moina Beyer-Jupe
Rechtsanwältin

Tätigkeitsschwerpunkte
• Arztrecht
• Vertragsarztrecht
• Arzthaftungsrecht



Claudio Jupe
Rechtsanwalt & Notar

Tätigkeitsschwerpunkte
• Arbeitsrecht
• Praxisverträge
• Gewerbemietrecht

10625 Berlin-Charlottenburg · Goethestraße 47 · Telefon: 0 30-3 18 61 00 · Fax: 0 30-3 13 53 13 · Internet: www.beyer-jupe.de

Defizit ist begründet durch die immer knapper werdenden zeitlichen, persönlichen und damit auch wirtschaftlichen Ressourcen. Zudem besteht ein erhebliches Defizit in der verkehrsmedizinischen Aus- und Fortbildung der Ärzte.

Da gesundheitliche Defizite und/oder Beeinträchtigungen durch Medikamenteneinnahme potenzielle Unfallursache sein können, kommt den verkehrsmedizinischen Aspekten der ärztlichen Tätigkeit eine hohe unfallpräventive Bedeutung zu.

Die Vielzahl und Vielfalt möglicher Erkrankungen mit Relevanz für die Fahreignung bedingt folgerichtig, dass sich Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen mit den hiermit zusammenhängenden verkehrsmedizinischen Problemen beschäftigen müssen.

Im Praxisalltag sind besonders Hausärzte, Internisten, Psychiater, Neurologen, Schmerztherapeuten und Augenärzte immer wieder mit Patienten konfrontiert, deren Fahreignung krankheitsbedingt reduziert oder aufgehoben ist.

Dies setzt grundlegend voraus, dass der Arzt Kenntnisse über verkehrsrelevante Erkrankungen hat. Informationen zur verkehrsmedizinischen Bewertung der wichtigsten Krankheitsbilder sind in den Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung zu finden. Schematisiert und tabellarisch geordnet sind die wichtigsten verkehrsmedizinisch relevanten Gesundheitsstörungen und Mängel in der Anlage 4 der Fahrerlaubnis-Verordnung aufgelistet, wobei darin lediglich jeweils der Bezug zur Eignung und zur bedingten Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen zu erkennen ist.

Für die ärztliche Aufklärung, Beratung und Bewertung der Fahreignung ist somit die Kenntnis der Begutachtungsleit-

linien zur Kraftfahrereignung eine unabdingbare Voraussetzung. Maßgeblich ist dabei nicht nur der aktuelle Gesundheitsstatus, sondern auch die individuelle Prognose des Krankheitsbildes dahingehend, ob beim Führen von Kraftfahrzeugen eine (konkrete) Verkehrsgefährdung zu erwarten ist. Es ist weiterhin zu berücksichtigen, ob festgestellte Beeinträchtigungen ein stabiles Leistungsniveau gewährleisten oder ob plötzliche Leistungszusammenbrüche zu erwarten sind. Darüber hinaus sind in jedem Falle Fragen der Kompensation festgestellter Eignungsmängel in die Bewertung einzubeziehen. Solche Kompensationsmöglichkeiten können einerseits technischer Art sein, wie zum Beispiel durch Umbauten des Kraftfahrzeuges. Andererseits spielen Persönlichkeitsmerkmale des Betroffenen eine besondere Rolle wie zum Beispiel persönliche Zuverlässigkeit, Compliance, und verantwortungsvolle Grundeinstellung.

Insbesondere bei Akzeptanzproblemen seitens der Patienten können die aus Haftungsgründen in rechtlicher Hinsicht unbedingt anzuratenden und zu dokumentierenden Aufklärungsgespräche das Arzt-Patientenverhältnis erheblich belasten. Für den behandelnden Arzt ergibt sich eine Problematik häufig aus der mangelnden Distanz zu seinen Patienten – also aus der fehlenden Neutralität.

III.

Die Relevanz für den behandelnden Arzt liegt auf der Hand: Sobald der Arzt Kenntnis von der reduzierten oder aufgehobenen Fahreignung seines Patienten erlangt hat, muss er ihn über alle notwendigen Verhaltensmaßnahmen im Zusammenhang mit der Diagnose bzw. Behandlung unterrichten. Diese Pflicht folgt aus dem Behandlungsvertrag.

Sofern Anhaltspunkte für eine auch nur reduzierte Fahreignung bestehen, muss der Arzt diesem Verdacht konkret nachgehen, auch wenn er nicht weiß, ob der Patient tatsächlich am – insbesondere auch motorisierten – Straßenverkehr teilnimmt.

Diese Situationsbeschreibung verdeutlicht zugleich ein typisches Problem: Was der Patient außerhalb der Behandlungsräume macht, bleibt dem Behandler in der Regel verborgen. Dennoch haftet der Arzt nach der Rechtsprechung bei Verletzung der Aufklärungspflicht, insbesondere aber auch bei Verletzung der Überwachungspflicht:

Der Bundesgerichtshof hat einen Arzt – anders als die die Klage abweisenden Vorinstanzen – zum Schadensersatz an die Erben eines Patienten verurteilt:

Begründung :

„(...) Dem Arzt war bekannt, dass der später verunfallte und zu Schaden gekommene Patient ohne Begleitperson mit dem eigenen Kfz zu ihm gekommen war und er aufgrund der Verabreichung des Wirkstoffs M. noch lange Zeit nach dem Eingriff nicht in der Lage war, selbst ein Kraftfahrzeug zu führen. Der Arzt wusste also, dass der Patient nur „home ready“ nicht aber „street ready“ war.“

Daraus folgt der Bundesgerichtshof weiter :

„Der beklagte Arzt hätte sicherstellen müssen, dass sein Patient die Behandlungsräume nicht unbemerkt verlassen konnte und sich dadurch der Gefahr einer Selbstschädigung aussetzte. Hätte der Arzt seine Pflicht zur Überwachung erfüllt, wäre es nicht zu dem eigenmächtigen Entfernen und dem nachfolgenden Unfall gekommen. Denn es bestand u.a. die Gefahr einer Gedächtnisstörung mit der Folge, dass sich der Patient an das Fahrverbot nicht erinnert. Der eingetretene Schaden ist daher ausschließlich auf die Pflichtverletzung des Arztes zurückzuführen, so dass der Arzt in vollem Umfang ohne ein Mitverschulden des Patienten haftet.“

(Bundesgerichtshof, Urteil vom 08.04.2003 Az.: VI ZR 265/02, NJW 2003, 2309; Dt. Ärzteblatt 2004, 598)

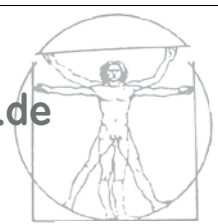
ANZEIGE

FrAktion Gesundheit

in der Berliner Ärztekammer

www.fraktiongesundheits.de

Gesundheit ist keine Ware!
Patienten sind keine Kunden!
Ärzte sind keine Sklaven!



Die Pflicht des Arztes wirkt haftungsrechtlich sogar weiter auch zugunsten anderer Verkehrsteilnehmer. Soweit der Patient nach einem Verkehrsunfall diesen zum Schadensersatz verpflichtet ist, kommt eine hierfür mitursächliche Verletzung der ärztlichen Schutzpflicht auch insoweit und zu Lasten des Arztes zum Tragen.

Das Dilemma ist evident. Zwar ist dem Patienten kein konkreter Heilungserfolg geschuldet. Der Arzt ist auch nicht in der Lage und nicht willens, ständig die Sach- und Risikoverwaltung für den Patienten im Hinblick auf dessen Versicherungsschutz und im Hinblick auf durch Ihren Patienten verletzte Rechtsgüter Dritter auszuüben.

Trotzdem verlangt die Rechtsprechung, dass der Patient bei auch nur eingeschränkter Fahreignung aufgeklärt, gewarnt und nötigenfalls auch gehindert werden muss, dass er nicht am Straßenverkehr teilnimmt. Die Einhaltung dieser Pflicht hat der Arzt im Haftungsfall nachzuweisen.

Schon wegen des hohen emotionalen Stellenwertes der Fahrerlaubnis stellt häufig die Aufklärung und Beratung von Patienten mit verkehrsrelevanten Erkrankungen an den behandelnden Arzt besondere Anforderungen.

Besonders schwierig – und auch zeitaufwendig – gestaltet sich aber auch der notwendige Beratungsprozess bei Patienten mit Akzeptanzproblemen, die entweder aus der Persönlichkeitsstruktur resultieren oder sich als Folge der Erkrankung selbst darstellen.

Dabei ist der Arzt in der Beratung immer in einer Doppelrolle: einerseits muss er alle Verkehrsteilnehmer vor ungeeigneten Kraftfahrern schützen, andererseits muss er die individuellen Mobilitätschancen seines Patienten erhalten, zum Beispiel durch geeignete Kontrolluntersuchungen und Therapieformen, oder eröffnen durch Definieren von Auflagen oder Beschränkungen.

Der Arzt muss aber insbesondere über spezifisch verkehrsmedizinische Kenntnisse verfügen (*diese unter Beachtung sowohl der Begutachtungs-Leitlinien zur*

Die Möglichkeit einer sicheren Abschätzung des Mobilitätsrisikos erkrankter Kraftfahrer bieten eigenen Angaben zufolge aktuell die Begutachtungsstellen für Fahreignung des TÜV Hessen durch eine spezifische Dienstleistung KONDIAG, als sogenannte konsiliardiagnostische Plattform für den Arzt. KONDIAG bietet dem Arzt und den Patienten eine Hilfestellung in der Bewertung von fahreignungsrelevanten Erkrankungen und Verletzungen der Patienten. Eine Untersuchung durch neutrale, objektive Verkehrsmediziner und Verkehrspsychologen bei den Medizinisch-Psychologischen Instituten des TÜV Hessen ermöglicht die Abklärung und individuelle gutachterliche Bewertung der Mobilitätsrisiken und -chancen von Menschen mit verkehrsrelevanten Erkrankungen.

Kraftfahrereignung als auch der Vorgaben der komplexen Fahrerlaubnis-Verordnung).

Allein der Nachweis jener Kenntnisse ist nicht der Regelfall. Somit setzt sich jeder Arzt nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs hohen Haftungsrisiken aus.

Der Arzt muss also als wichtiger Bestandteil der Unfallprävention begriffen werden. Er hat eine verantwortungsbewusste Beratung im Vorfeld zur Vermeidung eines Schadensereignisses vorzunehmen. Er sollte in Ermangelung eigener verkehrsmedizinischer Kompetenz eine konsiliardiagnostische Beratung (etwa jene beim TÜV Hessen KONDIAG) nutzen, sofern er bei gewissenhafter Überprüfung seiner eigenen Kapazitäten (quantitativ oder qualitativ) zu dem Ergebnis gelangt, eine verkehrsmedizinisch und/oder verkehrspsychologisch zuverlässige Einschätzung und Einweisung des Patienten

nicht vornehmen zu können. Er trägt dadurch auf beiden Seiten zur Risikominimierung bei.

Kommt es nämlich zur Entziehung der Fahrerlaubnis durch behördlichen Zwang im Rahmen einer letztlich anlassbezogenen Reaktion der Verwaltungsbehörde – etwa nach einem Unfall oder sonstiger Auffälligkeit, das heißt nach dem Eintritt eines verkehrsrelevanten Problems, trifft sie den kraftfahrenden Patienten nahezu unvermittelt mit weit reichenden Mobilitätseinbußen. Für den Berufskraftfahrer resultieren zudem auch wirtschaftliche Konsequenzen. Eine individuelle verkehrsmedizinisch/verkehrspsychologische Diagnostik und Beratung dient also dem Ziel der Unfallprävention und somit der Erhöhung der Verkehrssicherheit. Zusätzlich soll sie dem Betroffenen Sicherheit verschaffen. Sie ist ein Hilfsmittel für den Erkrankten zur Feststellung, ob er die Anforderungen im Rahmen der ihm obliegenden Verantwortung erfüllt.

In vielen Fällen wird der einsichtige Patient die hierauf ausgerichtete verkehrsmedizinische Beratung akzeptieren und sich verantwortungsvoll verhalten. Dabei kann sanfter kompetenter Druck die Bereitschaft erhöhen, zu erkennen, dass es bei Einschaltung der Straßenverkehrsbehörde nach einem Unfall oder durch konkrete Anzeige Dritter zu spät sein kann. Dann nämlich folgt die unter Umständen zeit- und kostenaufwändige Anordnung der Beibringung eines Gutachtens zur Beurteilung der Fahreignung. Denn die Beweislast für die Fahreignung trägt der Patient.

Aus diesem Grund ist es sinnvoll, die Selbstverantwortung des Patienten zu stärken, um mit ihm gemeinsam die bestmögliche Klärung der Fahreignung herbeizuführen zur Weiterverfolgung

ANZEIGE

RUGE & CHERIF

Rechtsanwälte und Arzt

Dr. med. Dietrich Ruge
Rechtsanwalt und Arzt

Dr. jur. Sylvia El Cherif
Rechtsanwältin

Medizinrecht und Arbeitsrecht

u.a. Wirtschaftlichkeitsprüfungen • Berufsrecht • Arbeitsverträge

Xantener Str. 15A • 10707 Berlin • Tel. 030 88722831 • Fax 030 88722987

und Unterstützung des Mobilitätsinteresses des Patienten und zur beidseitigen Haftungsminimierung. Der Arzt unterstützt zudem seine Patienten in der spezifischen Behandlungssituation, indem er entweder mit eigener verkehrsmedizinischer Kompetenz oder nach Inanspruchnahme einer konsiliardiagnostischen Beratung (KONDIAG) die – dann vorliegenden Untersuchungsergebnisse – mit seinem Patienten erörtert und gemeinsam klärt, wie die Behandlung einer möglichen Erkrankung zur Wiederherstellung der Fahreignung aussehen kann.

Im Rahmen einer KONDIAG-Begutachtung wird zunächst eine Problemzuordnung erfolgen durch den Überblick über die verkehrsmedizinische Thematik (Beachtung der spezifischen Fragestellung des Klienten oder seines behandelnden Arztes). Nach Unterlagenprüfung (Vollständigkeit der ärztlichen Vorgeschichtsdaten und ärztlichen Befund-

lage) Befragung (Anamnese) des Klienten zur spezifischen Erkrankung und Ausschluss weiterer verkehrsmedizinischer relevanter Erkrankungen erfolgt eine ärztliche Untersuchung, mit Erhebung eines allgemein medizinischen, ggf. neurologischen und/oder psychiatrischen Befundes (ggf. Erhebung eines Laborstatus).

Auf ärztliche Anforderung oder nach Maßgabe der Erforderlichkeit seitens des Krankheitsbildes wird (zusätzlich) eine psychofunktionale Leistungsüberprüfung vorgenommen, die allerdings als (Zusatz-) Information auch direkt angefordert werden kann. In besonderen Fällen kann eine zusätzliche Fahrverhaltensbeobachtung das Befundbild komplettieren.

Besonders bei Erkrankungen mit Auswirkungen auf die psycho-funktionale Leistungsfähigkeit, zum Beispiel Apoplex oder Demenz, wird man den Betroffenen zu einer spezifisch verkehrspsychologischen

Testuntersuchung raten müssen, zur endgültigen Abklärung der Fahreignung.

In jedem Fall entsprechen die Gutachten den Forderungen der Anlage 15 FeV und § 11 Abs. 5 Fahrerlaubnis-Verordnung, besonders im Hinblick auf Anlassbezug, Verständlichkeit, Nachvollziehbarkeit, Nachprüfbarkeit und Vollständigkeit.

Anschrift der Verfasser:

Dr. med. Hannelore Hoffmann-Born
Ltd. Ärztin der Medizinisch-Psychologischen Institute
TÜV Hessen
Eschborner Landstraße 42 – 50
60489 Frankfurt am Main
Rechtsanwalt Jürgen Peitz
Partner der Anwaltssozietät
Dr. Behrens Daalman Wolff Peitz
Kapitány & Mauntel
Am Ostpark 14, 33604 Bielefeld

Literatur:

Peitz/Hoffmann-Born: *Arzthaftung bei problematischer Fahreignung*, 2005
ISBN 3-7812-1628-4 (€ 19,80)

B E R U F S - U N D G E S U N D H E I T S P O L I T I K

Ärzte als Stasi-Spitzel

Neue Forschungsergebnisse in Berlin diskutiert

Unter Ärzten war der Anteil der Stasispitzel überdurchschnittlich hoch. Warum das so war, wen sie worüber aushorchten und wie sie das heute sehen: dazu wurden jetzt neue Forschungsergebnisse auf einer Veranstaltung der Stasiunterlagen-Behörde in Berlin vorgestellt und leidenschaftlich diskutiert.

In den Anfangsjahren der DDR bildeten die Ärzte noch einen relativ starken traditionell bürgerlichen Stand. Einen „sozialistischen Arzt“ zu schaffen, gelang nicht. Die Standesorganisationen wurden zerschlagen, das Gesundheitswesen verstaatlicht. Der Versuch, Mediziner aus den Arbeiter- und Bauern-Fakultäten

zu rekrutieren, missglückte. Die kurz nach der Wende laut gewordenen Befürchtungen, wie im „Dritten Reich“ habe es auch in der DDR eine „Medizin ohne Menschlichkeit“ gegeben, bestätigten sich nicht, sagte Thomas Großbölting (Stasiunterlagen-Behörde). Er leitete eine Veranstaltung über „Ärzte und Staatssicher-

heit“ ein, die von Hartmut Wewetzer (Ressortleiter Wissenschaft des „Tagespiegel“) moderiert wurde.

Großbölting nannte jedoch drei Ausnahmen; Transplantationen, Doping und die ärztlichen Inoffiziellen Mitarbeiter (IM) beim Staatssicherheitsdienst. Diesen dritten Punkt wissenschaftlich zu erforschen, ermöglicht der Verlag des „Deutschen Ärzteblatts“ seit drei Jahren einer Historikerin. Das begründete Norbert Jachertz, langjähriger Chefredakteur des Blattes, so:

Die Ärzteschaft will nicht denselben Fehler machen wie nach der Nazizeit, als 50 Prozent der Ärzte in der Partei, 20 Prozent in der SA und fünf Prozent in der SS waren. Mit der so genannten Vergangenheitsbewältigung hatte sie allzu lange

ANZEIGEN

www.praxisboerse.de

Praxisschilder · Drucksachen · Stempel

Thomas Götze TE-GE · Über 35 Jahre Erfahrung
Kaiser-Friedrich-Str. 5 · 10585 Berlin · Mo – Do 10 – 17 Uhr u. n. Vereinb.

☎ 3 41 10 64 · Fax 3 41 90 25

gewartet (und dann die Rolle der Ärzte in der „Medizin ohne Menschlichkeit“ zunächst bagatellisiert). Daher der Auftrag aus der Ärzteschaft heraus an zwei Historiker: Vor Jahren an Klaus-Dieter Müller* und nun an Francesca Weil (Hannah Arendt-Institut für Totalitarismusforschung, Dresden). Sie berichtete jetzt in Berlin über ihr Forschungsprojekt zum Thema „Ärzte als inoffizielle Mitarbeiter des Staatssicherheitsdienstes der DDR“ und versuchte dabei, zu einer möglichst differenzierten Sicht kommen.

Der verdächtige Stand

Ihr Ausgangspunkt: Nach begründeten Schätzungen waren gegen Ende der DDR drei bis fünf Prozent der Ärzte IM (Inoffizielle Mitarbeiter) der Stasi. Im Bevölkerungsdurchschnitt waren es ein Prozent. Der hohe Anteil erklärt sich nicht etwa mit einer besonderen ideologischen Anfälligkeit – im Gegenteil. Die Staatssicherheit betrachtete die bildungsbürgerlich und freiberuflich geprägte Berufsgruppe mit besonderem Argwohn, vor allem, als Tausende von Ärzten in den Westen flohen. Schon zu Beginn der siebziger Jahre begann das Ministerium für Staatssicherheit, ein Netz von Spitzeln zu knüpfen, die schließlich in sämtlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens saßen. Vertreten waren alle medizinischen Fächer mit Schwerpunkt auf der Psychiatrie. Ganz besonders interessant für die Stasi waren leitende Ärzte.

Die Historikerin analysierte 490 IM-Akten. 15 Prozent dieser Ärzte waren Frauen; zwei Prozent hatte die Staatssicherheit schon als Jugendliche angeworben. Die meisten blieben bis 1989 IM, aber für etwa ein Drittel endete die

Spitzeltätigkeit vorher; meist, weil die Stasi die Zusammenarbeit aufkündigte, manchmal auch durch Dekonspiration oder „Republikflucht“. Francesca Weil bat 93 der Ärzte um ein Gespräch und konnte schließlich 21 Interviews führen, die teils zur „Beichte“, teils zur Rechtfertigung genutzt wurden. Die Motive für die Spitzeltätigkeit: Politische Überzeugung, Erpressung (von der Stasi „Wiedergutmachung“ für politisch unliebsames Verhalten genannt) oder Hoffnung auf persönliche Vorteile.

Kollegen und Patienten denunziert

Bei der Analyse der 490 Akten fand die Historikerin heraus, dass die meisten dieser Ärzte (371) ihre Kollegen bespitzelten – auch westdeutsche. 116 berichteten aber auch über ihre Patienten. Das heißt, knapp 24 Prozent verletzten die (auch in der DDR gesetzlich verankerte) Ärztliche Schweigepflicht. In den Interviews konnten oder wollten sie sich jedoch nicht daran erinnern. Manche hatten dem Führungsoffizier allerdings nur selten etwas über Patienten mitgeteilt, andere, vor allem Chefärzte und Psychiater, lieferten regelmäßig umfassende Berichte oder Gutachten, nicht nur zum Gesundheitszustand, sondern auch über die persönlichen Verhältnisse und besonders über vermutete Fluchtabsichten. Es gab aber auch Ärzte, die Berichte über Patienten mit Hinweis auf ihre Schweigepflicht ablehnten oder deshalb ihre IM-Tätigkeit beendeten.

Von den 21 interviewten Ärzten hatten nur die Hälfte ihre Stasi-Akten eingesehen. Zwei lebten in ständiger Angst, ihre noch unbekannte Spitzeltätigkeit könne offen gelegt werden. Zwei in der Haft Erpresste fühlten sich als Opfer und

Täter zugleich. Nur sechs sprachen von eigener Schuld und Scham. Die anderen beruhigten sich mit der Annahme, „niemandem geschadet“ zu haben oder schoben die Schuld aufs System. Manche der Opfer, die nach der Wende erfuhren, dass Kollegen sie bespitzelt hatten, konnten es nicht glauben, wie Jachertz am Beispiel von Schülern eines bekannten Chirurgen mitteilte. Die weitaus meisten der ärztlichen IM waren nach der Wende weiter als Ärzte tätig oder sind es noch heute. (Jachertz schätzt ihre Zahl auf tausend bis zweitausend.)

Was die Opfer heute erbittert

Die Plenumsdiskussion mit ihren vielen emotionsgeladenen Beiträgen zeigte, wie sehr dies die Opfer der Bespitzelung erbittert und kränkt. Ein betagter Chirurg berichtete, ein früherer IM sei nach der Wende Ärztlicher Direktor eines großen Krankenhauses in Frankfurt an der Oder geworden. Viele der ehemaligen Stasi-Spitzel saßen sogar in Gutachterkommissionen, die über Gesundheitsschäden politisch Verfolgter zu befinden hätten. Die Opfer würden also aufs Neue schikaniert. Ein Klinikpfarrer teilte mit, der frühere Chefarzt eines kirchlichen Krankenhauses, der ihn damals bespitzelt hatte, sei später bei seiner Niederlassung von der Kirche gedeckt worden. Oft seien Akten bereinigt worden, vielen könne man nichts mehr nachweisen, sagte die Vertreterin eines Opferverbandes. Die Verletzung der Schweigepflicht ist heute ohnehin verjährt. Dazu Jachertz: „Unterm Strich ist nichts passiert.“ Ende des Jahres wird der Forschungsbericht von Francesca Weil – angereichert mit vielen Fallschilderungen – als Monographie erscheinen.

Rosemarie Stein

* „Zwischen Hippokrates und Lenin. Gespräche mit ost- und westdeutschen Ärzten über ihre Zeit in der SBZ und DDR.“ Deutscher Ärzteverlag, Köln 1994. – Anmerkung der Redaktion: Die Ärztekammer Berlin hat noch früher ein ähnliches zeitgeschichtliches Projekt ange-regt und unterstützt: Am Beispiel der Charité versuchte die Autorin dieses Berichts, in vielen Interviews ein Bild der Arbeits- und Lebensbedingungen im Gesundheitswesen zu zeichnen und durch Recherchen in der Stasiunterlagen-Behörde die Rolle der Staatssicherheit aufzuhehlen: „Die Charité 1945 – 1992.“ Argon, Berlin 1992.

ANZEIGE

STEFAN DANIEL LITTNANSKI

Rechtsanwalt

Medizinrecht (Arztrecht) · Arbeitsrecht
Familien- und Erbrecht · Strafrecht

Elsa-Brändström-Str. 10 · 13189 Berlin

Tel. 030 4558017 · www.ra-littnanski.de

Psychiatrische Tageskliniken als zukunftsweisendes Modell

Psychiatrische Tageskliniken haben sich beginnend seit den 60er Jahren und im Zuge der Psychiatriereform ab 1975 mittlerweile in der psychiatrischen Versorgungslandschaft der Bundesrepublik Deutschland zunehmend etabliert. Ursprünglich wurde das Modell Tagesklinik in Moskau in den 30er Jahren „erfunden“ und nach dem 2. Weltkrieg in England und den USA zu einer regelrechten „Tagesklinik-Bewegung“ weiterentwickelt. In Berlin wurde 1969 die 1. Berliner Tagesklinik der ehemaligen Nervenlinik Spandau gegründet, die damit zu den „Gründer-Tageskliniken“ Deutschlands gehörte.

Von Gabriele Proest

Die Bundesregierung ging 1990 in ihrer Stellungnahme zum Bericht der Expertenkommission davon aus, dass bezogen auf 100.000 bis 150.000 Einwohner 20 psychiatrische Tagesklinikplätze vorgehalten werden sollten. Bezogen auf die Bundesrepublik Deutschland mit rund 80 Mio. Einwohnern

wären das 500-600 Tageskliniken mit je 20 Plätzen. Aktuell gibt es circa 350 Tageskliniken mit insgesamt circa 8500 Plätzen in Deutschland. Dabei schwankt der Anteil der Gesamtkapazität an der stationären Versorgung in den einzelnen Bundesländern jedoch erheblich (7,9 – 27,7 %). In Berlin gibt es 31 Tageskliniken

(Adressen: Wegweiser „Psychiatrie in Berlin“ unter [www.berlin/Senatsverwaltung für Gesundheit/Psychiatrie-beauftragter/Veröffentlichungen](http://www.berlin/Senatsverwaltung-für-Gesundheit/Psychiatrie-beauftragter/Veröffentlichungen)).

Tageskliniken wurden entwickelt, um stationäre Aufenthalte von Patienten abzukürzen und, was zunehmend wichtiger ist, stationäre Aufenthalte durch tagesklinische Aufenthalte zu vermeiden. Dieses Konzept haben sich besonders die akutpsychiatrischen Tageskliniken auf ihre „Fahnen“ geschrieben, die eine Alternative zu stationärer Behandlung bieten wollen und können. Nach Schätzungen von Kallert (2005) sind dies bereits 25 % der existierenden Tageskliniken.

Mehrere Untersuchungen haben gezeigt, dass für 20 – 40 % der akut behandlungsbedürftigen Patienten mit schweren psychischen Symptomen die tagesklinische Behandlung gleichwertig zur vollstationären ist (Nestedt 1996, Schene 2001). Bei der Symptomreduktion, der Wiederherstellung der sozialen

Funktionsfähigkeit und bei der Rückfallrate sind beide Formen der Therapie gleich erfolgreich. Allerdings sind Patienten und Angehörige bei tagesklinischer Behandlung zufriedener.

Tageskliniken können somit einen nicht unerheblichen Teil der Akutversorgung übernehmen und zahlenmäßig noch ausbauen, was deutlich macht, welche Ressourcen in diesem psychiatrischen Modell liegen.

Indikation

Allgemeinpsychiatrische Tageskliniken nehmen grundsätzlich Patienten auf mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, schizo-



Im Garten des Wenckebach Klinikums

affektiven Störungen, affektiven Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und psychosomatischen oder neurotischen Erkrankungen. Menschen mit zusätzlichen leichten kognitiven Störungen, mit begleitender Suchterkrankung oder im fortgeschrittenen Alter (älter als 65 Jahre, aber selbstständig), sind in den meisten Fällen gut in die Tagesklinik integrierbar. Im Rahmen eines Vorgesprächs können Voraussetzungen und Bedingungen, wie zum Beispiel im Falle einer Suchterkrankung zusätzliche Besuche von Selbsthilfegruppen und Alkohol- und Drogentests, vereinbart werden. Steht die Suchterkrankung jedoch sehr im Vordergrund, sollte eher eine Behandlung in einer auf Sucht spezialisierten Tagesklinik stattfinden, falls vorhanden, oder alternativ eine stationäre Behandlung. Bei Vorliegen von gravierenden kognitiven Defiziten muss eine gerontopsychiatrische Tagesklinik (2 in Berlin) in Betracht gezogen werden. Für Patienten unter 18 Jahren stehen die Tageskliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Verfügung (6 in Berlin).

Die ursprüngliche Indikation für tagesklinische Behandlung war stark verknüpft mit dem Gedanken der Übergangseinrichtung nach stationärer Behandlung. Auch heute noch wird ein großer Teil der Patienten aus der stationären Behandlung übernommen, um die Wiedereingliederung in die häusliche und ambulante Situation zu fördern und zu erleichtern und somit auch die Wiederaufnahmerate zu reduzieren. Gleichzeitig soll durch eine frühzeitige Übernahme in die tagesklinische Behandlung die stationäre Behandlung abgekürzt werden und einer Regression vorgebeugt werden.

An der Schnittstelle zur ambulanten psychiatrischen Behandlung lassen sich zwei Indikationen für eine tagesklinische Behandlung unterscheiden:

1. Die Intensivierung einer nicht ausreichenden ambulanten Behandlung,
2. die Krisenintervention.

Die Intensität der ambulanten Behandlung ist durch verschiedene Faktoren limitiert. Selbst bei größtem Engagement ist die Zahl der therapeutischen Kontakte durch die Organisationsform der

Praxis oder der Ambulanz oder durch Vorgaben der Kostenträger begrenzt. Die tagesklinische Behandlung stellt insofern eine Intensivierung der ambulanten Therapie dar, ohne die Patienten ihrem normalen Umfeld zu entreißen.

Kriseninterventionen können in der Tagesklinik gut durchgeführt werden bei Menschen mit eskalierenden Konflikten im sozialem Umfeld (in der Partnerschaft, Familie oder am Arbeitsplatz) mit zunehmender Antriebsstörung unter Umständen verbunden mit sozialem Rückzug, Isolation, dem Zusammenbruch der Tagesstruktur und/oder akuter werdender Angstproblematik, sofern die Zuweisung früh genug erfolgt und die Patienten soviel Unterstützung erhalten, dass sie die Zeit außerhalb der tagesklinischen Therapie bewältigen können. Dafür können von Seiten der Tagesklinik in Krisenzeiten zusätzliche Hilfen organisiert werden: Kontaktaufnahme mit dem diensthabendem Arzt im Krankenhaus, stundenweise Besuch auf einer Station am Wochenende, Hausbesuche, Absprachen mit den privaten Bezugspersonen, Einbeziehung von anderen psychosozialen Betreuern, ambulanten Krisendiensten etc.

Grenzen der Indikation für eine tagesklinische Behandlung sind:

- Akute Eigen- und Fremdgefährdung
- Schwere soziale Destabilisierung (Patient und eventuell auch Angehörige oder Umgebung benötigen zunächst einmal die Entlastung durch die Aufnahme in der Klinik)
- Hochakute Krankheitsphasen
- Schwere somatische Begleiterkrankung

Eine besondere Problematik stellen Patienten in Krisensituationen dar, bei denen aus fachlicher Sicht eigentlich eine stationäre Therapie erforderlich wäre, die Patienten aber höchstens zu einer tagesklinischen Behandlung bereit sind oder eine stationäre Behandlung kategorisch ablehnen. Hier hängt es dann unter anderem vom Konzept der Tagesklinik (akut versus rehabilitativ), der Erfahrung der Teams im Umgang mit akuten Patienten im tagesklinischen Alltag, und auch der Vertrautheit des Patienten mit der Tagesklinik ab, ob eine

Behandlung gelingt. Kennt ein Patient die Tagesklinik von früheren Aufenthalten und hat sie in guter Erinnerung, so ist er nicht selten, selbst in hochakuten Phasen, zu erstaunlicher Kooperation in der Tagesklinik in der Lage.

Auch der Arbeitskreis der Chefärzte und Chefärztinnen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinen Krankenhäusern in Deutschland „ackpa“ beschäftigte sich jüngst mit der Entwicklung der Indikation für tagesklinische Behandlung und entwarf dazu ein Thesenpapier (Beine 2005). Mit Sorge beobachtet dieser, dass das Angebot für Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung, wie zum Beispiel Psychose oder schwerer Persönlichkeitsstörung, in Tageskliniken abnimmt und Tageskliniken die Tendenz haben, sich eher um Patienten mit leichteren Störungen zu bemühen. Aber gerade Menschen mit schweren psychischen Störungen, wie zum Beispiel Schizophrenie, benötigen umfangreiche Unterstützung durch tagesklinische Behandlung, die sonst alternativlos wegfallen würde.

Was wirkt in der Tagesklinik?

Das multimodale Therapiekonzept, bestehend aus Sozio-, Pharmako-, Psycho-

Praxisschilder

Fahrstuhl 1.OG

Zahnarzt

Dr. dent. Breitschaft

Sprechzeiten:
Mo - Fr 9.00 - 18.00 Uhr
u. nach Vereinbarung Telefon 84 10 90 50

Fahrstuhl 2.OG

Frauenarzt

Dr. med. Henning

Sprechstunden nach Vereinbarung
Telefon 84 10 90 40

unverbindlicher Hausbesuch
in Berlin oder

Sie besuchen unsere ständige Ausstellung

InfoCard Tel. (030) 84 10 90 40
Fax (030) 84 10 90 41
Hindenburgdamm 68, 12203 Berlin-Steglitz

infocard@infocard-berlin.de

und Kreativtherapie, ist eingebettet in einen 8-Stunden Tag mit einer festen Struktur, ähnlich einer Arbeitswoche, die den Patienten zunächst einmal Orientierung und Halt gibt und verbindlich ist.

In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Gerontopsychiatrie im Vivantes Wenckebach Klinikum (Chefarzt Dr. R. Trabant) wird in der Tagesklinik 1 (20 Plätze), die bereits seit 1988 besteht, ein vorwiegend psychotherapeutisches Konzept verfolgt. Die Tagesklinik 2 (15 Plätze), welche vor 2 Jahren aus der Umwandlung von 15 Betten hervorging, ist als eine Tagesklinik mit dem Schwerpunkt der Behandlung von Menschen mit akuter psychischer Erkrankung konzipiert. Das Hauptklientel sind Patienten mit einer Schizophrenie (36 %) und schwerer Depression (10 %). Die durchschnittliche Verweildauer beträgt 35 Tage.

Um diesen Patienten gerecht zu werden, ist das Therapieprogramm sehr lebenspraktisch ausgerichtet, so wird zum Beispiel täglich gemeinsam gekocht mit den dazugehörigen Vor- und Nachbereitungen wie Essensplanung, Einkaufen, Küchendienst, etc.

Auf dieser Basis der Tagesstrukturierung nehmen die Patienten an Musiktherapie, Bewegungstherapie, Arbeitsgruppe (Gesprächsgruppe mit Sozialarbeiterin: Thema: Arbeitswelt), Visite, Psychoseinformationsgruppe, Morgenrunde (leiten die Patienten in Anwesenheit der Therapeuten selbst), Vollversammlung (Ämter werden an Patienten verteilt wie zum Beispiel Patientensprecher, Ordnungs-

dienst, Blumenamt etc.), Außenaktivität (z.B. Museumsbesuche, Bowling spielen, Besuchen von komplementären Einrichtungen etc.), kognitives Computertraining, Ergotherapie in Form von Projektarbeit (z.B. Gartenprojekt, Herstellung von Seifen), Arbeitstraining (Sozialarbeiterin sucht individuell Arbeitserprobungsplätze) und Angehörigengespräche teil. Die Behandlung ist insgesamt weniger auf Einzeltherapie ausgerichtet, sondern stark auf die Gruppe zentriert.

Die intensive ärztliche und psychologische Betreuung in Form von Gruppen-, aber auch Einzelgesprächen dient besonders der Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung, die in der Regel zu einer massiven Destabilisierung des Selbstwelterlebens und/oder der sozialen Bezüge geführt hat. Die Patienten werden gefördert, Einsicht in die Zusammenhänge der Erkrankung zu entwickeln und Möglichkeiten der Behandlung und Bewältigung zu erkennen. Um der Akuität der Patienten gerecht zu werden, wird die Teilnahme an Therapien und Ruhephasen vom Team individuell abgestimmt. Auch das Vereinbaren einer Probewoche hilft vielen Patienten bei der Angst, sich für etwas zu verpflichten.

Patienten, die jedoch eine reine Tagesstrukturierung ohne therapeutische Auseinandersetzung wünschen, sind dagegen in der Tagesklinik nicht richtig aufgehoben, diesen Patienten kann eine Tagesstätte empfohlen werden.

Für Einweiser ist zu beachten, dass akutpsychiatrische Tageskliniken eher die Belegungsdynamik einer Station aufweisen, da es auch kurze Behandlungen und/oder Behandlungsabbrüche gibt und somit sehr viel rascher ein Platz frei ist als in rehabilitativ ausgerichteten Tageskliniken.

Hoge (1988) hat Patienten befragt, was ihnen ihrer Meinung nach in der Tagesklinik geholfen habe. Als wichtigstes Merkmal gaben die Patienten die Tagesstruktur, das Miteinander und die Medikamente an. Einzelne Therapien erreichten dabei keine Signifikanz, und dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass es für die Patienten eher um die holistische Erfahrung in einem spezifischen therapeu-

teutischem Milieu geht. Der therapeutische Erfolg wird durch die Gesamtatmosphäre von Strukturierung und Gelegenheit zum sozialen Kontakt erzielt. Aktuell gibt es wenig fundierte wissenschaftliche Erkenntnisse, welche Angebote speziell in der Tagesklinik vorgehalten werden sollten. Deshalb existiert zur Zeit in den Tageskliniken eine Fülle von Therapieangeboten, die sich je nach Anzahl und Qualifikation der Mitarbeiter richten.

Vorteile Tagesklinik

Die psychiatrische Tagesklinik fördert die Autonomie der Patienten, da diese am Abend und am Wochenende selbstständig zurechtkommen müssen und es auch wollen. Auch können sich Patienten jeden Tag neu entscheiden, ob sie das Angebot der Tagesklinik annehmen möchten oder nicht. Diese Autonomie, die feste Struktur, die soziale Gemeinschaft und das therapeutische Milieu fördern bei den Patienten ihr Selbstwirksamkeitserleben und Orientierung und führen bekanntermaßen im Vergleich zur stationären Behandlung zu einer deutlich höheren Zufriedenheit mit der Behandlung (Gutknecht 2005).

Durch das Leben außerhalb der Tagesklinik können Probleme, wie etwa im häuslichen Umfeld, wesentlich deutlicher werden als im stationären Rahmen und bieten somit eine gute Möglichkeit der lebensnahen und lebenspraktischen Therapie.

Effizient beurteilbar ist in der Tagesklinik auch das soziale Funktionsniveau wie zum Beispiel die Fähigkeit zur Selbstversorgung, Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel, kommunikative Fähigkeiten, Problemlösestrategien, Verhalten in Gruppen, Bewältigung von Wochenenden, da es unmittelbar im Alltag der Tagesklinik eine große Rolle spielt.

Das soziale Funktionsniveau ist wiederum sehr bedeutsam, um den Rehabilitationsbedarf eines Menschen etwa in bezug auf seine Wiedereingliederung in die Arbeitswelt, oder die erforderliche Wohnform, in Form von Wohngemeinschaft bis betreutes Einzelwohnen oder vielleicht auch selbstständiges Wohnen

A
N
Z
E
I
G
E

ARZT- UND MEDIZINRECHT

Dr. Marc Christoph Baumgart
Rechtsanwalt

Kurfürstendamm 42
10719 Berlin

Tel. 88 62 49 00

Fax: 88 62 49 02

www.ra-baumgart.de

m.c.baumgart@t-online.de

Hinweis:

Nächstes **Tagesklinik Symposium Berlin und Brandenburg** findet im März 2007 in der Tagesklinik Lankwitz statt. Genauer Termin und Thema sind bei Herrn Drossel Tel: 7669-070 zu erfragen.

einzuschätzen. Neben dem Thema Arbeit und Wohnen wird großer Wert auf die soziale Aktivierung und Stimulierung der Patienten gelegt, und es wird frühzeitig mit ihnen daran gearbeitet, die Zeit nach der Tagesklinik vorzubereiten und bereits während der tagesklinischen Behandlung Kontakte zum Beispiel zu komplementären Einrichtungen aufzunehmen.

Abschließend sei noch die bereits für ausländische Tageskliniken und nun auch jüngst, Dank Kallert (2005), repräsentativ für eine deutsche akupsychotherapeutische tagesklinische Behandlung (Dresden) nachgewiesene Kostenersparnis bei ver-

gleichbarer klinischer Effektivität im Vergleich zu stationärer Behandlung erwähnt.

Zusammenfassend die Vorteile der Tagesklinik:

- Hohe Zufriedenheit der Patienten und ihrer Angehörigen
- Erhaltene Autonomie der Patienten
- Lebensnahe Therapie
- Gute Einschätzbarkeit des Rehabilitationsbedarfs
- Alternative zur stationären Behandlung für 20 – 40 % der Patienten, da gleich wirksam
- Kostengünstiger im Vergleich zu stationärer Behandlung

Wenn es in der Zukunft gelänge, den akupsychotherapeutischen Schwerpunkt der Tageskliniken auszubauen und Konzepte für schwer und chronisch Kranke zu schaffen, um etwa jene einzubeziehen, die sich ohne tagesklinisches Angebot psychiatrisch überhaupt nicht behandeln ließen, wenn es mit effektiven

Therapien gelingt, chronisch psychisch Kranke längerfristig und erfolgreich zu behandeln, dann ist die Tagesklinik die psychiatrische Institution und das psychiatrische Behandlungsprogramm (akut und rehabilitativ) der Zukunft. Allerdings ist hierzu ein Personalschlüssel notwendig wie er in der Psychiatriepersonalverordnung aus gutem Grund festgelegt ist; jede Unterschreitung gefährdet die Qualität der Versorgung der Patienten.

Aktuell werden Tagesklinikbehandlungen generell noch zu selten indiziert, was vor allem in der fehlenden Zahl der Behandlungsplätze begründet ist.

Literatur bei der Verfasserin

Anschrift der Verfasserin:

Dr. med. Gabriele Proest
Vivantes Wenckebach Klinikum
Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie/
Gerontopsychiatrie
Wenckebachstr. 23
12099 Berlin
Kontakt: gabriele.proest@vivantes.de

PERSONALIEN

Zum Tode von Franz Klaschka



Foto: privat

An seinem Altersruheort verstarb am 3. Juni 2006 der Universitätsprofessor i. R. Dr. med. Franz Klaschka in Gstaad am Chiemsee. Am 28. November 1930

war er in Triebitz in den Sudeten geboren. In Berlin konnte er 1950 sein Abitur ablegen und studierte Medizin an der Freien Universität mit Zwischensemestern in Innsbruck. 1956 legte er das Staatsexamen ab und wurde an der FUB promoviert. Die Medizinalassistentenzeit leistete er an verschiedenen Berliner Krankenhäusern ab und erhielt 1958 die Approbation. Er wurde Wissen-

schaftlicher Assistent und Stationsarzt an der Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten, die damals im Städtischen Rudolf Virchow-Krankenhaus untergebracht war, in der Übergangszeit der Leitung von Erich Langer (1891-1957) zu Wolfgang Spier (1912-1975). Dort erlebte er noch die geschlossene Station für Geschlechtskranke des Gesundheitsamtes, was zu einer fachlichen Freundschaft mit Walter Grimm (1921-1996), dem damaligen Leiter der Beratungsstelle für Geschlechtskranke des Gesundheitsamtes Wedding, führte. Unter Spier baute er ein Allergologie-Labor auf, dessen Leiter er 1965 wurde. Im gleichen Jahr wurde er an der Freien Universität für das Fach Haut- und Geschlechtskrankheiten habilitiert.

Bei der Eröffnung des Klinikums Steglitz siedelte er, unter Ernennung zum Professor, als Oberarzt von Spier nach dort über. Er spezialisierte sich für das Gebiet der Allergologie und der Berufsdermatosen. Sein Fachwissen konnte er in verschiedenen Kommissionen unter anderem des Bundesgesundheitsamtes und der WHO einbringen. Rege beteiligte er sich in den verschiedensten nationalen und internationalen Gremien. Sein wissenschaftliches Interesse galt außer den schon genannten Gebieten auch der Hautoberflächen-Physiologie, der Exemkunde und der Geschichte der Dermatologie. Mit dem hautärztlichen Tagesgeschehen des niedergelassenen Arztes blieb er in enger Verbindung durch Mithilfe in der dermato-venerologischen Praxis seiner Ehefrau im Bezirk Zehlendorf.

Dr. med. Dr. phil. Manfred Stürzbecher

Gesundheitsgeschenke für die Götter

Fortbildungskongress der Bundesärztekammer in Grado – schon lange her. Am vortragsfreien Sonntag fahren ein paar Ärzte durch die verwunschene Lagunenlandschaft. Das Schiffchen steuert eine Insel mit volkstümlicher Wallfahrtskirche an. Eine junge Landärztin aus Bayern, zum ersten Mal im Ausland, freut sich neidlos über die Unmengen von Motivbildern, mit denen der Muttergottes für Heilung gedankt wird: „Wie in Altötting!“ Eine Berliner Kollegin, gerade vom Griechenlandurlaub zurück, erzählt ihr von den antiken Ex-Votos im Museum: Arme und Beine, Herzen und Wickelkinder – ganz ähnlich wie hier.

„Aber – aber das waren doch Heiden!“ stottert die gut katholische Landärztin völlig irritiert. Die vorsichtige Aufklärung über die Existenz heidnischer Religionen und die weltweit ähnlichen Formen der Frömmigkeit hat wohl ihr Weltbild erheblich erschüttert.

Die Erinnerung an diese Szene tauchte jetzt wieder auf, beim Gang durch eine kleine, feine Ausstellung im Pergamonmuseum „Die Götter beschenken“ heißt sie und zeigt, integriert in die Antikensammlung, Weihgaben verschiedenster Art, die Griechen, Etrusker und Römer einem der Himmlischen opferten. Solche Votive waren entweder mit einer Bitte verbunden oder Ausdruck des Dankes für ihre Erfüllung. Auch Symbole der Sühne sind darunter. Für Regelverstöße bei der Olympiade zum Beispiel hatten die schuldigen Sportler eine Zeusstatue aus Bronze zu spenden.

Derart kostbare Weihgaben, die nicht selten auch der Prestigeförderung Wohlhabender dienten, sind aber Ausnahmen. Die anatomischen Votive etwa, Nachbildungen zu heilender oder geheilter Körperteile, gab es auch als billige

Massenware. Reste von Werkstätten dafür fand man beispielsweise im Asklepiosheiligtum Athens am Südhang der Akropolis. Wer sich hier zum Heilschlaf einfand, konnte die zum Beschwerdebild passenden Weihgaben an Ort und Stelle erwerben. Sie standen und hingen dann in solchen Mengen im Heiligtum herum, dass man sie von Zeit zu Zeit entsorgen musste. Da sie den Göttern gehörten, durfte man sie nur im Tempelbezirk vergraben – Fund-Gruben für Archäologen!

Die Wissenschaftler aber hatten sich lange nur für Objekte von Kunstwert interessiert, wie man sie in dieser Ausstellung ebenfalls sieht; etwa ein attisches Weiherelief aus Marmor, das links den Heilgott Asklepios mit seiner Tochter Hygieia, Göttin der Gesundheit, zeigt, rechts die Adoranten – Gabe eines, sagen wir

mal, Privatpatienten. Vernachlässigt wurden die schlichten kleinen Gaben der „Kassenpatienten“, die Kindchen und Herzen, die Augen und Ohren, die männlichen und weiblichen Genitalien aus Ton. Oder auch die hier abgebildete Eingeweideplatte, auf der Gedärme, Milz und Magen verschieden getönt sind. Was tat denn nun eigentlich weh? Hier ist Asklepios als Gastroenterologe gefragt.

Berlin verdankt diese Ausstellung und den solide geschriebenen und schön illustrierten Katalog der Zusammenarbeit mit der Universität Freiburg. Hier haben Studierende quasi als „Archäologen im Praktikum“ Vorzügliches geleistet.

Rosemarie Stein

Antikensammlung, Pergamonmuseum bis 5.11.06, täglich außer Montag 10 bis 18 Uhr, Donnerstag bis 22 Uhr.



Foto: Staatliche Museen zu Berlin – Preussischer Kulturbesitz, Antikensammlung

In memoriam Werner Thies



Nach langer Krankheit ist der Universitätsprofessor i. R. Werner Thies am 14. Mai 2006 in Berlin verstorben.

Thies wurde in Königsberg in Ostpreußen geboren und erhielt seine Schulbildung in seiner Heimatprovinz. Nach der Reifeprüfung wurde er zum Reichsarbeitsdienst einberufen und musste anschließend Wehrdienst leisten. Zeitweilig wurde er zum Medizinstudium abkommandiert. 1947 erhielt er die Vollapprobation als Arzt und wurde von der Medizinischen Fakultät der Universität München promoviert. Je 18 Monate war

er an der Chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Weilheim und dem Pathologischen Institut der Universität München, Leiter: Werner Hueck (1882-1962), tätig. Danach war er Betriebs- und Gastarzt an der II. Medizinischen Klinik der Universität München. 1951 bekam er eine Weiterbildungsstelle in der Dermato-Venerologie und erhielt 1954 die Facharztanerkennung für Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Als Wolfgang Spier (1912-1975) 1958 auf den Lehrstuhl für Haut- und Geschlechtskrankheiten an die Freie Universität Berlin berufen wurde, brachte er Thies als Oberarzt mit an das Städtische Rudolf-Virchow-Krankenhaus, das als Universitäts-hautklinik fungierte. 1965 konnte sich Thies an der medizinischen Fakultät

der Freien Universität Berlin für das Fach habilitieren. Er wurde Wissenschaftlicher Rat und Professor und ging mit seinem Chef 1969 an das neue Universitätsklinikum Steglitz. 1971 wurde er Universitätsprofessor. Nach der Hochschulreform und dem plötzlichen Tod von Spier war er zeitweise (1975-1979) geschäftsführender Direktor des Klinikums Steglitz. In weiten Bevölkerungskreisen wurde Thies durch die von ihm geleitete „Wartensprechstunde“ der Poliklinik bekannt.

Er war in den Fachgesellschaften stark engagiert und 1972-1974 Vorsitzender der Berliner Dermatologischen Gesellschaft. Nach Erreichen der Altersgrenze und Versetzung in den Ruhestand war er in einer Fachpraxis aktiv und übte eine beratende Tätigkeit als Dermato-Histopathologe aus. Außerdem engagierte er sich im „Arzneimittelbrief“.

Dr. med. Dr. phil. Manfred Stürzbecher

ANZEIGE

UNSEREN KUNDEN
WÜNSCHEN WIR
EINEN ERHOLSAMEN
SOMMERURLAUB
2006



SONORING
Medizintechnik Jendreyko



Partner weltweit führender Hersteller:

GE Healthcare

TOSHIBA

ANALOGIC

Suntight

SONY

MINDRAY

Sonothek Berlin

Paul-Junius-Str. 70 - 10369 Berlin

Tel. 030 - 9714030

www.mtjendreyko.de - email: info@mtjendreyko.de