

Das Ende der tariflosen Zeiten an der Charité



Foto: privat

Dr. med. Matthias Albrecht

ist Vorstandsmitglied der Ärztekammer Berlin und Vorsitzender des Landesverband Berlin / Brandenburg des Marburger Bundes

Auch wenn es nur ein so genannter Vorschalttarifvertrag mit begrenzter Laufzeit ist, so ist der kürzlich verhandelte Tarifvertrag an der Charité doch etwas ganz besonderes. Es ist der erste arzt spezifische Tarifvertrag in Deutschland - und das an der größten Universitätsklinik des Landes. Noch vor Jahresfrist wurde dieses ambitionierte Unternehmen von den meisten für aussichtslos gehalten, nicht zuletzt weil die befreundeten Gewerkschaften es mit aller Macht zu verhindern suchten. Mit Hilfe der sehr engagierten und sehr tapferen Ärzte der Ärzteinitiative der Charité ist es nun dem Marburger Bund gelungen, an der Charité etwas zu verhandeln, was die Realitäten des ärztlichen Berufes an einer Universitätsklinik weit besser berücksichtigt als die früheren Regelungen. Es ist, ich wiederhole es, nur ein Vorschalttarifvertrag - aber es wurde dank des Engagements der betroffenen Ärzte ein Zeichen gesetzt, welches auch auf Bundesebene nicht mehr ignoriert werden kann.

Zunächst einmal wurde der tarifliche Ost-West-Angleich geschaffen, auch das ein Novum, zusätzlich hat man wichtige Rahmenbedingungen neu definiert. So wurde die Wochenarbeitszeit heraufgesetzt und bildet jetzt nach Ansicht der Ärzte vor Ort die Gegebenheiten in der Klinik deutlich besser ab, denn nach 38,5 Stunden ist ohnehin kein Arzt der Charité nach Hause gegangen. Die Bereit-

schaftsdienste werden ab jetzt besser vergütet und die leidigen Dienststufen A-D wurden abgeschafft. Die Mindestvertragslaufzeit für Weiterbildungsverträge beträgt nun zwei Jahre und bei Verlängerung weitere vier Jahre und zur Dokumentation der Arbeitszeiten sollen elektronische Arbeitszeiterfassungssysteme zum Einsatz kommen. Bei der Vergütung wurden zumindest die größten Ungerechtigkeiten der letzten zwei Jahre beseitigt, wobei man bewusst auf einen Kompromiss gesetzt hat. Hier soll in einem zweiten Schritt im zweiten Halbjahr 2006 die Vergütung noch nach oben korrigiert werden. Während diese Zeilen entstehen, wird auf Bundesebene bei der Tarifgemeinschaft der Länder intensiv über einen arzt spezifischen Tarifvertrag verhandelt, auch dies ein Erfolg, den sich die Ärzte der Charité mit anrechnen lassen können.

Natürlich ist es aus Gewerkschaftssicht schön, einen einzigen in der Fläche gültigen Tarifvertrag für alle Beschäftigten zu haben. Dieser Flächentarif ist aber durch die Realitäten der letzten Jahre (gedeckelte Budgets, Ausgründungen, Wegfall von Tarifbindungen, Verlust von ganzen Arbeitsbereichen) einer starken Erosion von allen Seiten ausgesetzt gewesen. Mit den alten tarifpolitischen Rezepten lassen sich derzeit die Interessen der verschiedenen Mitarbeiter-

gruppen nicht mehr alle unter einen Hut bringen. Die ärztlichen Mitarbeiter haben zu lange das Gesundheitswesen mit unbezahlten Überstunden und aufopferungsvollen Diensten subventioniert. Der Vorwurf der Entsolidarisierung gegenüber anderen Berufsgruppen läuft auf dem Boden dieser Entwicklungen ins Leere. Endlich haben die Kollegen ihre Interessen nach langen Jahren des Ertragens mit Hilfe ihrer Gewerkschaft selbst in die Hand genommen und Erfolg gehabt.

Wichtig ist es jetzt, dass die verabschiedeten Eckpunkte auch konsequent umgesetzt werden. Die Dokumentation der Arbeitszeiten und intelligente Dienstmodelle müssen dazu beitragen, dass die Ärzte bei gedeckelten Budgets nicht wieder in die altbekannte Abwärtsspirale aus Stellenabbau, Arbeitsverdichtung und unbezahlten Überstunden hineingezogen werden. Das Modell der Charité ist gewiss nicht auf alle Krankenhäuser unverändert zu übertragen, die Antworten der Ärzte an einer Universitätsklinik müssen nicht für alle angestellten Ärzte richtig sein. Wichtig ist aber, dass wir Ärzte selbstbewusst und aktiv das Gespräch in Tariffragen suchen und Verbesserungen herbeiführen. Hierfür ist ein erster Schritt gemacht.

Matthias Albrecht

TITELTHEMA.....

Was ist ärztliche Heilkunde?

Von Hippokrates zur Family-Health-Nurse?

Von der Jahrmarktsmedizin zur „Sachsenklinik“

Viel hat sich seit Hippokrates' Zeiten geändert. Der entscheidende Schritt von der Heilkunst zur Heilwissenschaft vollzog sich in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Und seitdem hat sich wieder viel geändert.

Von Johanna Bleker..... 14

Die humane Dimension nicht vergessen

Von Elmar Wille.....16

Ärztliche Heilkunde – Kooperation oder Abgrenzung?

Der ärztliche Beruf steht am Scheideweg. Viele Berufsgruppen drängen ins Gesundheitswesen. Welche Kooperationen mit anderen Berufen können aus Sicht der Ärzteschaft sinnvoll sein?

Von Jeanne Nicklas-Faust und Günther Jonitz..... 18

(Ärztliche) Heilkunde – ein juristischer**Definitionsversuch**

BERLINER ÄRZTE zeigt, wie schwierig eine exakte juristische Definition des Begriffes ärztliche Heilkunde ist.

Von Christoph Baumgart..... 21

Zuhören als ein zentraler Aspekt ärztlichen Handelns

Von Sigrid Kemmerling 22



MEINUNG.....

Das Ende der tariflosen Zeiten an der Charité

Von Matthias Albrecht.....3

BERLINER ÄRZTE aktuell.....6**Vergiftungsfälle durch Keramik-Versiegelungssprays**

Informationen des BfR12

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....**Kinderbetreuung an Kliniken meist Fehlanzeige**

Kinderbetreuungsangebote für Mitarbeiter sucht man in Berliner Krankenhäusern fast überall vergeblich. Dass die Hauptstadt mit dieser negativen Bilanz nicht alleine da steht, zeigt eine bundesweite Umfrage des Deutschen Ärztinnenbundes.

Von Sascha Rudat 26

Menschliches Leben nie Mittel zum Zweck

Wann beginnt und wann endet zu schützendes menschliches Leben? Diese Frage stand im Mittelpunkt einer Podiumsdiskussion der KV Berlin. Das „Streitgespräch der Kulturen“ befasste sich mit dem Thema „Der Wert des menschlichen Lebens: Ethische Grenzen in der Medizin“ aus christlicher, jüdischer und muslimischer Sicht.

Von Rosemarie Stein.....28

Innovative Hausarztpraxen in der Diskussion

In Ergänzung zum Berliner Gesundheitspreis 2004 „Hausarzt-Medizin der Zukunft – Wege zur innovativen Versorgungspraxis?“ hatten der AOK-Bundesverband, die AOK Berlin und die Ärztekammer Berlin zu einem Fachworkshop eingeladen.

Von Sascha Rudat..... 32

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen..... 13**Fortbildungskalender**

Fortbildungsveranstaltungen der Ärztekammer Berlin24

BUCHBESPRECHUNG....

Strassmann: Die Strassmanns..... 31

FEUILLETON.....

Mozart und der Magnetismus

Eine Szene in Mozarts „Così fan tutte“ zeigt, welchen Einfluss der Wiener Modearzt Mesmer zu seiner Zeit hatte.

Von Rosemarie Stein 39

PERSONALIEN.....

Zum Tode von Wolfram Richter..33

Joachim Gabka im Alter von 80 Jahren gestorben.....36

Impressum 42

Chefarztwechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

Vivantes Klinikum Am Urban

Prof. Dr. med. Johann Scherübl ist seit dem 1.5.2006

Direktor der Klinik für Innere Medizin - Gastroenterologie. Scherübl, ehemals Oberarzt an der Charité, Campus Benjamin Franklin, Med. Klinik und Poliklinik I (Gastroenterologie, Infektiologie und Rheumatologie) trat die Nachfolge von **Dr. med. Uwe Gottschalk** an, der aus dem Unternehmen ausgeschieden ist.

Vivantes Klinikum Hellersdorf

Dr. med. Hans-Ulrich Jahn ist seit dem 1.4.2006

Direktor der Klinik für Allgemeine und Innere Medizin und Diabetologie. Zuvor war Jahn leitender Oberarzt der Medizinischen Klinik – Gastroenterologie, Infektiologie und Pneumologie am Klinikum Ernst von Bergman in Potsdam. Er löst **Dr. med. Otto J. Titelbach** ab, der in den Ruhestand verabschiedet wurde.

Vivantes Klinikum am Friedrichshain

Bereits seit dem 1.3.2006 ist **Priv.-Doz.**

Dr. med. Martin K. Kuhlmann neuer Klinikdirektor der Inneren Medizin – Nephrologie. Zuvor war Kuhlmann Oberarzt der Klinik für Nieren- und Hochdruckerkrankungen an den Universitätskliniken des Saarlandes in Homburg/Saar. Kuhlmann löst **Prof. Dr. Wolfgang Därr** ab, der in den Ruhestand gegangen ist.

Neuer Direktor des Instituts für Radiologie und Nuklearmedizin im Klinikum am Friedrichshain ist seit dem 15. April **Prof. Dr. med. Joachim Wagner**. Prof. Wagner, zuvor Universitätsprofessor an der Philipps-Universität in Marburg und stellvertretender Direktor der dortigen Klinik für Strahlendiagnostik, ist Nachfolger von **Priv.-Doz. Dr. med. Gisela Stobbe**, die zum Jahresende 2005 in den Ruhestand getreten ist.

Vivantes Humboldt-Klinikum

Leiter des Instituts für Radiologie und interventionelle

Therapie ist seit dem 1.4.2006 **Priv.-Doz. Dr. med. Karsten Krüger**. Krüger war Oberarzt im Institut für Radiologische Diagnostik des Klinikums der Universität zu Köln. Er löst **Dr. med. Burkhard Trempenau** 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

Aktuelles

Erfolgreicher Fortbildungstag der Kammer

Der 1. Interdisziplinäre Fortbildungstag der Ärztekammer Berlin ist auf große Resonanz gestoßen. Rund 150 Teilnehmer tummelten sich am 13. Mai trotz schönen Sommerwetters in den Seminarräumen der Kammer in der Friedrichstraße 16. Zehn Fortbildungs- und Infoveranstaltungen aus unterschiedlichen Bereichen boten für jeden Geschmack etwas. „Fortbildung ist wichtig und macht Spaß – für Teilnehmer und Referenten“, unterstrich Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz.

Gut besucht war die Info-Veranstaltung „Wie werde ich Facharzt?“ Dr. med. Klaus Thierse (Vorsitzender des Gemeinsamen Weiterbildungsausschusses, li.) Dr. med. Dietrich Bodenstein (Vorstandsmitglied, mitte) und Dr. med. Michael Peglau (Leiter des Referats Ärztliche Weiterbildung) informierten über die neue Weiterbildungsordnung und stellten sich den Fragen der angehenden Fachärztinnen und -ärzte.

Dr. med. Matthias Albrecht (Qualitätsmanager an der Elisabeth-Klinik und Vorstandsmitglied der Kammer) führte

unterdessen in das Risikomanagement in Kliniken und Praxen ein. Er ging dabei auf Fragen ein wie „Wie entstehen Fehler?“, „Was kann die Medizin aus anderen Bereichen wie der Fliegerei lernen?“ oder „Wie lassen sich ein Fehlermanagement und eine Fehlerkultur etablieren?“

Mit dem nicht immer einfachen Verhältnis zwischen Arzt und Patient beschäftigte sich die Veranstaltung „Patienten-Arzt-Gespräch“ unter der Leitung von Professor Dr. med. Ulrich Schwantes und Dr. med. Margaret Kampmann vom



Institut für Allgemeinmedizin der Charité. Dabei ging es um den Umgang mit „schwierigen“ Patienten und die Stärkung der ärztlichen Gesprächskompetenz. Um die Problematiken für die Teilnehmer erlebbar zu machen, stand eine „Simulationspatientin“ zur Verfügung.



Infoveranstaltung „Ausbildung für Ausbilder“

Neue Ausbildungsordnung „Medizinische Fachangestellte“

Eine Informationsveranstaltung für ausbildende Ärzte und Ärztinnen, die ab dem 1. August 2006 Auszubildende einstellen, findet am 28. Juni 2006 um 19.30 Uhr in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, Konferenzsaal, statt.

Auszubildende, die ihre Ausbildung ab dem 1. August 2006 aufnehmen, werden nicht mehr nach der alten Ausbildungsordnung für Arzthelfe-

rinnen ausgebildet, sondern nach der neuen Ausbildungsordnung für Medizinische Fachangestellte.

In der Veranstaltung werden die Inhalte der neuen Ausbildungsverordnung und ihre Auswirkungen auf die Ausbildung in Schule und Praxis vorgestellt. Im Anschluss daran stehen die Referenten für Fragen zur Verfügung.

Rö



Die „Kompetente ärztliche Leichenschau“ war das Thema einer Veranstaltung, die von Professor Dr. med. Dr. h.c. Volkmar Schneider geleitet wurde. Der Leiter des Instituts für Rechtsmedizin der Charité erläuterte anschaulich die Probleme, die bei einer Leichenschau auftreten können. Dabei berichtete Schneider auch immer wieder aus dem reichen Fundus seiner rund 40-jährigen Erfahrung.

Das Verhältnis von Arbeits- und Privatleben stand im Mittelpunkt zweier Veranstaltungen zum Burn-Out und der Work-Life-Balance im ärztlichen Beruf. Dr. med. Susanne Weinbrenner (Institut für Gesundheitswissenschaften, TU Berlin) erläuterte den Teilnehmern die Problematik, die sich unter den gegenwärtigen Arbeitsbedingungen verschärft, und zeigte Möglichkeiten zum frühzeitigen Erkennen von Problemen und die Entwicklung von Präventionsansätzen auf.

Unter dem Seminartitel „Das Thorax-Röntgenbild für Neugierige und Hilfflose“ gab Dr. med. Reinhard Roßdeutscher, Leiter der Röntgenabteilung am Johanniter-Krankenhaus in Treuenbrietzen, den Teilnehmern Werkzeuge zur systematischen Analyse von Röntgenbildern an die Hand, während Christa Markl-Vieto, Leiterin des Referats Qualitätsmanagement

der Kammer, den Teilnehmern ihrer Fortbildungsveranstaltung erfolgreiche Qualitätsmanagement-Projekte aus Klinik und Praxis präsentierte und in die Thematik einführte.

Den musikalischen Ausklang des Fortbildungstages bildete barocke Programm-Musik auf historischen Instrumenten unter der Leitung von Dr. med. Dr. rer. nat. Claus Köppel (Direktor der Klinik für Innere Medizin im Wenckebach-Klinikum).

Letzte Meldung

Zähes Ringen

An der Charité ist es vollbracht: Kurz vor einem Streik hat sich der Vorstand mit der Ärzteinitiative und dem Marburger Bund auf einen Vorschalttarifvertrag geeinigt (lesen Sie dazu auch das Editorial auf Seite 3). Inzwischen wurde dieser Tarifvertrag vom Charité-Aufsichtsrat abgesegnet. In Berlin hat man also gezeigt, was möglich ist, wenn die Arbeitgeber auf die berechtigten Forderungen der Ärzteschaft eingehen.

Anders auf Bundesebene: Bis zum Redaktionsschluss sind die Tarifverhandlungen zwischen dem Marburger Bund (MB) und der Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL) mehrfach gescheitert. Die Arbeitgeber hatten zuletzt 16 Prozent mehr Gehalt geboten. Der MB unter Führung seines Vorsitzenden Frank Ulrich Montgomery lehnte das Angebot ab, weil es durch die gleichzeitige Erhöhung der Arbeitszeit auf 42 Stunden ohne Lohnausgleich und Wegfall des Weihnachtsgeldes nur eine Einkommenssteigerung von einem Prozent bedeuten würde. Die Folge: Die Streiks wurden massiv ausgeweitet. Die Ärzte sollen nicht nur tage-, sondern wochenweise streiken. Insgesamt waren Mitte Mai bundesweit 39 Unikliniken und Landeskrankenhäuser in den Arbeitskampf eingebunden. Man darf gespannt sein, wie lange die Arbeitgeber dies durchhalten werden.

Ausstellung



„Schönheit, Alter und Tod im Bild der Renaissance“

Dies ist der Untertitel einer exquisiten Ausstellung im Kupferstichkabinett am Kulturforum. Der Titel: „Dürers Mutter“. Dieses Bildnis der ausgemergelten 63-jährigen Frau (die 18 Kinder gebar und 15 wieder verlor) ist wohl das erste schonungslos realistische Bild eines alten kranken Menschen. Gezeichnet wurde es zwei Monate vor dem Tod von

dem Sohn, der das qualvolle Sterben der Mutter begleitete. Neben anderen Beispielen von Dürers Bildkunst wählte das Kabinett, meist aus dem eigenen reichen Bestand, Zeichnungen und Druckgrafik, von Matthias Grünewald, Holbein dem Älteren, Hans Baldung Grien, Schongauer und dem Meister E.S. zum Thema Alter aus.

R.St.

Psychotherapie



Dr. Bjöwanger-Heim, Professor Dr. Loew, Dr. Bodenstein (vorne links)

Freuds Vision wurde Wirklichkeit

„Sternstunden der Psychosomatik“ war der Titel einer Pressekonferenz, die die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) anlässlich des 150. Geburtstages von Sigmund Freud am 5. Mai im Jüdischen Museum veranstaltet hat.

DGPM-Geschäftsführer Dr. med. Dietrich Bodenstein, Vorstandsmitglied der Ärztekammer Berlin, nahm Freuds Geburtstag zum Anlass, über „60 Jahre Institut für Psychogene Erkrankungen in Berlin – Eine Vision wird Realität“ zu referieren. Wie Bodenstein

berichtet, hatte Freud auf einem Kongress 1918 in Budapest die Vision geäußert, dass der Staat eines Tages die Pflicht übernehmen wird, psychotherapeutische Behandlung allgemein für alle zur Verfügung zu stellen.

Bereits zwei Jahre später ist diese Idee in Berlin durch die Gründung der Poliklinik unter Max Eitington und Ernst Simmel realisiert worden. Jeder Behandler musste dort einen Patienten unentgeltlich versorgen. Das Institut konnte sich über das Dritte Reich retten, und bereits 1946 wurde mit der Versicherungsanstalt Berlin ein Krankenversicherungsvertrag geschlossen und das Institut für psychogene Erkrankungen Versicherungsanstalt Berlin (VAB) gegründet, das später von der AOK übernommen wurde. „Die Berliner Besonderheit bestand darin, dass Psychotherapie für alle sozia-

len Schichten zugänglich wurde“, erklärte Bodenstein. Mit der Einführung der psychotherapeutischen Behandlung in die Gesetzliche Krankenversicherung im Jahr 1967 wurde die Psychotherapie dann schließlich flächendeckend in den alten Bundesländern möglich. „Somit wurde eine Vision von Freud selbstverständliche Realität“, fügte der DGPM-Geschäftsführer hinzu.

Professor Dr. med. Thomas Loew von der Uniklinik Regensburg, DGPM-Vorsitzender, ging daneben auf die Bedeutung von 50 Jahre Zusatzbezeichnung Psychotherapie in der ärztlichen Weiterbildungsordnung ein. Damit habe sich im Jahr 1956 die wachsende Einsicht der Ärzteschaft in die Notwendigkeit einer Medizin gezeigt, die nicht nur der somatischen, sondern auch der psychischen und sozialen Dimension von Kranksein gerecht wird. Loew äußerte die Befürchtung, dass psychotherapeutische Behandlung in Zeiten knapper Kassen zunehmend bedroht sei. Dies zeige sich einerseits darin, dass Lehrangebote verloren gingen, andererseits Behandlungsangebote – besonders im ambulanten Bereich – gestrichen würden. „Wir haben in Deutschland in der Aus- und Weiterbildung vorbildliche Voraussetzungen, haben aber auf Seiten der Umsetzung und der Versorgung erhebliche Defizite“, fasste Loew die aktuelle Situation zusammen.

ANZEIGE

Kaufen Sie Ihre neue Praxis im PARKVIERTEL DAHLEM

Berlins Wohnviertel für die ganze Familie!

Erstbezug nach Sanierung + Zentrale Lage an der Argentinischen Allee + ÖPNV direkt vor der Tür + Parkplätze am Haus + mitten im gewachsenen Wohngebiet mit ca. 1.500 Haushalten allein im PARKVIERTEL DAHLEM + Praxisgrößen von ca. 100 bis 146 m² + 4 Geschosse + horizontale und vertikale Zusammenlegung möglich.

INFORMIEREN SIE SICH ÜBER DIE MÖGLICHKEITEN:
030-862 037-0

PARKVIERTEL DAHLEM

WWW.PARKVIERTEL-DAHLEM.DE

ANZEIGE



♥ **SYMPATHISCH**
● **ZUVERLÄSSIG UND FAIR**
► **ERFOLGREICH**

Freuen Sie sich schon auf Ihren ALBIS Praxiscomputer?

ALBIS
Berlin **Praxiscomputer**

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

Ausstellung

ANZEIGE

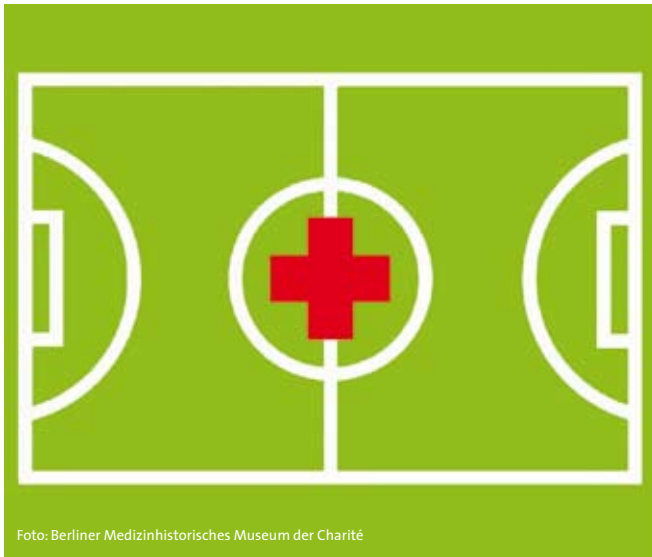


Foto: Berliner Medizinhistorisches Museum der Charité

Fußball und Medizin

Das ist Thema einer Ausstellung im Berliner Medizinhistorischen Museum zur WM, zu sehen aber noch bis Ende September, und auch zu hören.

Denn neben Fotos und ein paar Fußballobjekten gibt es dort auch Audiointerviews mit Spielern und Ärzten. Es geht hier weder um Doping noch um die (in „test“ kritisierten) Sicherheitsmängel in drei WM-Stadien noch um Massenhysterie – anfangs nannte man hierzulande den Fußball „die englische Krankheit“. Im Zentrum stehen vielmehr Verlet-

zungen, wie aus dem Titel der Schau ersichtlich ist: „Platz. Wunden“. Wie häufig sich die Profi-Spieler auf dem Platz verletzen, erfuhren die Museumsleute bei deren gesetzlicher Unfallversicherung. Die habe 2004 nicht weniger als 10.000 Unfallmeldungen bekommen: ob Sprunggelenk oder Unterschenkel, Knie, Hüfte oder Oberschenkel, schließlich die Muskeln (in dieser Reihenfolge). Zehn Prozent der Fußballer verletzten sich ohne Einwirkung des Gegners. Die Ausstellung macht die Leistung des Mannschaftsarztes bei Prävention, Therapie und Rehabilitation deutlich.

**Zur Prophylaxe
und bei akuten Gichtanfällen:**

**Colchysat[®]
Bürger**

Wir
haben
die
Lösung...



Rein
pflanzlich!

Colchysat[®] Bürger Lösung

Zusammensetzung: Arzneilich wirksamer Bestandteil: 1 g (ml) Lösung enthält 1 g (ml) wässrig-ethanolischen Preßsaft aus frischen Heibetzellosenblüten (1:15 - 25), entspr. 0,5 mg Colchicin.
Anwendungsgebiet: Akuter Gichtanfall / Anfallsprophylaxe. Gegenanzeigen: Keine Anwendung bei eingeschränkter Nierenfunktion, Blutbildveränderungen (z.B. Anämie), bekannten Magen- und Darmkrankungen, bekannter Überempfindlichkeit gegen Colchicin, eingeschränkter Herz-Kreislauf-Funktion, schlechtem Allgemeinzustand (Polymorbidität), Lebererkrankungen. Colchysat darf nicht von Kindern und Jugendlichen und nicht in der Schwangerschaft und Stillzeit eingenommen werden. Während einer Therapie mit Colchysat ist für eine sichere Empfängnisverhütung zu sorgen. Die Empfängnisverhütung sollte noch 3 Monate nach Beendigung der Behandlung fortgesetzt werden. Warnhinweis: Enthält 24 Vol.-% Alkohol. Verschreibungspflichtig.


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

Manchmal macht er einen Verletzten in einer Minute auf dem Platz wieder fit – ein „Sekundenphänomen“. Außerdem wurde soeben die Ausstellung „Leben mit Ersatzteilen“

eröffnet, auf die BERLINER ÄRZTE noch eingehen wird. R.St.

*Berliner Medizinhistorisches Museum der Charité,
Di bis So 10-17, Mi 10-19 Uhr.*

ANZEIGE

DURST EXPRESS

der Lieferservice für Getränke



Kostenfreie Bestell-Hotline 0800-440 22 00,
kostenfrei via Fax 0800-440 33 00 und E-Mail info@Durstexpress.de

Bestellungen bis 15.00 Uhr werden am nächsten Tag geliefert!

Fordern Sie am besten gleich unsere aktuelle Preisliste an.
Durstexpress ist ein Serviceunternehmen der Getränke Hoffmann GmbH.



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

Tanz für den guten Zweck

Ricam-Hospiz lädt zum Ball ein



Das Ricam-Hospiz (www.ricam-hospiz.de) lädt zum „Ball unter Sternen“ am 7. Oktober im Hotel ESTREL unter der Schirmherrschaft des Regierenden Bürgermeisters, Klaus Wowereit, ein.

- Sektempfang ab 19.00 Uhr
- erlesenes 3-Gänge-Menü
- Andrej Hermlin and his Swing Dance Orchestra
- prominente Künstler

Karten zum Preis von 99 Euro (10 Karten zum Vorzugspreis von 900 Euro) sind erhältlich unter Tel. 746 28 16 (0177 5061998) sowie per E-Mail ubolze@t-online.de

Die gesetzlichen Regelungen zur Finanzierung stationärer Hospizarbeit sehen zwingend vor, dass 10% aller Kosten durch das Hospiz selbst aufgebracht werden müssen. Dies bedeutet für das Hospiz, dass es jährlich auf 150.000 Euro Spenden angewiesen ist. Mit Ihrer Teilnahme unterstützen Sie darüber hinaus unverzichtbare Angebote im Ricam-Hospiz, wie frisch zubereitete Wunschkost, Musiktherapie oder Trauerbegleitung, die von keinem Kostenträger übernommen und somit aus Spendenmitteln finanziert werden. Die Ärztekammer Berlin hat seit 1998 die Schirmherrschaft über das Ricam-Hospiz.

Menschenrechte

amnesty international stellt „Dossier Heilberufe“ vor

Die Menschenrechtsorganisation amnesty international (ai) hat kürzlich die Neuausgabe des „Dossiers Heilberufe“ vorgestellt. In dem Dossier, das im Internet heruntergeladen werden kann, berichtet das „ai-Aktionsnetz der Heilberufe“ über seine Arbeit. Das Aktionsnetz der Heilberufe ist Teil eines weltweiten Aktionsnetzes innerhalb amnesty international. Es wird gebildet von Angehörigen der Heilberufe. Als themenspezialisierte Gruppe ist es den Angaben zufolge Ziel, die fachliche Identität und Kompetenz von Angehörigen der Heilberufe bezüglich der gesundheitlichen und psychosozialen Folgen von Folter und anderen Formen organisierter staatlicher Gewalt in die Arbeit von ai einzubringen. „Unsere Berufsgruppen stehen in einem besonderen Spannungsfeld, da Heilberufler im Zusammenhang mit Menschenrechtsverletzungen Opfer, Täter, Helfende und Experten sein können“, heißt es in dem Dossier.

Heilberufler gehören demnach zu einer besonders gefährdeten Berufsgruppe. Sie kommen berufsbedingt oft unmittelbar mit den Folgen von Menschenrechtsverletzungen in Berührung. Daher geraten sie in Gefahr, von Verfolgerstaaten und nichtstaatlichen politischen Gruppen vereinnahmt oder unter Druck gesetzt zu werden. Wenn sie im Rahmen der Ausübung ihres Berufes Menschenrechtsverletzungen dokumentieren und deren Opfer behandeln oder sich weigern, bei Menschenrechts-

verletzungen mitzuwirken bzw. falsche Dokumentationen zu verfassen, sehen sie sich oft selbst Verfolgung und Miss-handlung ausgesetzt.

Auf der anderen Seite beugen sich immer wieder Heilberufler – häufig gegen ihre Überzeugung – den Drohungen repressiver Staaten und Gruppierungen und werden so zu Tätern oder Mitwirkenden bei Menschenrechtsverletzungen, wie das Aktionsnetz berichtet. Sie beteiligten sich beispielsweise an Hinrichtungen oder Folterungen, an Zwangsamputationen, Organentnahmen bei Hinrichtungsoffern, an Genitalverstümmelungen und anderen schweren Misshandlungen. Heilberufler sind – unter missbräuchlicher Verwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse – oft maßgeblich an der Entwicklung und Verbreitung psychologisch verfeinerter Folter- und Repressionsmethoden beteiligt.

Darüber hinaus sind Heilberufler auch häufig Helfende nach Menschenrechtsverletzungen. Sie kommen häufig als erste unmittelbar mit den körperlichen, psychischen und sozialen Folgen von Menschenrechtsverletzungen, von Flucht und Exil in Berührung. Sie haben daher eine besondere Verantwortung bei der Diagnostik und Begutachtung der gesundheitlichen Auswirkungen.

Weitere Informationen im Internet: www.ai-aktionsnetz-heilberufe.de

Ein Tipp für Ihre sehbehinderten Patienten!

Bei Ihnen gibt's die ärztliche Beratung - beim gemeinnützigen Selbsthilfeverein ABSV die Hilfsmittel, Freizeitangebote, Sozialdienst, Reha-Training, Begleitedienst u.v.m.

Allgemeiner Blinden- und Sehbehindertenverein Berlin • Auerbacher Str. 7 • Berlin nur 4 Minuten vom S-Bahnhof Grunewald (S7, Bus 186 und M19)

Tel.: 8 95 88-0

ABSV

Initiative

„Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz“

Mit dieser groß angelegten Initiative will die Robert Bosch Stiftung dazu beitragen, das Problem Demenz, an der schon heute über eine Million Menschen in Deutschland leiden, besser als bisher zu bewältigen. Da eine wirksame medizinische Behandlung vorläufig nicht in Aussicht sei, wolle man die vielen anderen fachlichen und zivilgesellschaftlichen Ansätze bündeln, in die Breite tragen und auch neue Ideen entwickeln, sagte Heinrich Gröner (Bosch Stiftung) bei einer ganztägigen Zwischenbilanz in Berlin.

Seit 2004 arbeiten in sieben Fachgruppen („Werkstätten“) rund 80 Wissenschaftler und Praktiker aus Medizin, Pflege und anderen Disziplinen mit Vertretern von Angehörigen-Organisationen, Politikern und Verwaltungsleuten zusammen. Almut Satrapa-Schill (Bosch Stiftung) nannte deren Themen: Früherkennung und -versorgung, Erhaltung der Fähigkeiten und der Selbstständigkeit Betroffener so lange wie möglich, hierzu nützliche technische Hilfsmittel, sinnvolle Kooperation von Fachleuten und Angehörigen, nonverbaler Zu-

gang zum Demenzkranken (z.B. Kunsttherapie), richtige Ernährung, ethische und rechtliche Fragen. Soweit es geht, will man auch die Demenzkranken selbst einbeziehen, wie im Ausland schon erprobt. So berichtete Mary Marshall (Edinburgh) über die „Scottish Dementia Working Group“, die mit einer einzigen professionellen Hilfskraft aufklärend in Schulen, Medien und auch im Gesundheitswesen tätig ist. Man sollte die kognitiv Gestörten nicht in Pflegeheimen verkümmern lassen, sondern sie stimulieren und ihnen Interaktion ermöglichen, sagte die schottische Professorin.

Die Stiftungs-Initiative führte zur Gründung eines Vereins: „Aktion Demenz“ versteht sich als übergreifendes Netzwerk mit dem Ziel, das Thema zu enttabuisieren und Bürger zu gewinnen, für ein besseres Leben mit Demenz tätig zu werden. Erster Vorsitzender des Vereins ist der Gießener Soziologe und Theologe Reimer Gronemeyer.

Kontakt:
reimer.gronemeyer@sowi.uni-giessen.de, oder Fax: 0641/992 32 19.

Zugespitzt!

2030 – Medizin von morgen eine Beobachtung von Snah-Trebreh Renegew

Neulich wurde ich Ohrenzeuge des folgenden Telefonats:

„Hier U.S. 13649! Ist dort die ZMKs*?“ **ZMKs:** „Hier ZMKs. Was können wir für Sie tun?“
13649: „Ich habe Bauchschmerzen!“ **ZMKs:** „Stecken Sie bitte Ihren linken Zeigefinger in Ihren HA** und warten Sie 15 sec. - Danke! - Ihre Laborwerte sind aber normal!“ **13649:** „Ich habe trotzdem immer noch Bauchschmerzen! Kann ich bitte einen Arzt sprechen?“ **ZMKs:** „Einen was, bitte?! Wiederholen Sie!“ **13649:** „Einen A wie Anton, R wie Richard, Z wie Zitrone, T wie Thailand!“ **ZMKs:** „Moment mal? Die sind doch schon lange abgeschafft. Ich schau' mal im Katalog. - Hier steht's: „Früherer Leistungserbringer im Gesundheitswesen, seit dem Jahre 2010 auf Betreiben verschiedener Regierungen unter maßgeblicher Mitwirkung einer Ministerin U.S. wegen zu hoher Kosten zugunsten der Elektronischen Datenverarbeitung aufgegeben.“
 „Halt, noch nicht auflegen! U.S.?! Sind Sie das etwa – 13649?“
13649 (kleinlaut): „Ja, aber ich wollte das doch gar nicht! Bitte helfen Sie mir, einen Arzt zu finden. Ich hab' nämlich immer noch ganz dollen Bauchschmerzen!“ **ZMKs:** „Bedauere, in unserem Verzeichnis finde ich überhaupt keinen Arzt; nur noch einen einzigen Mediziner, aber der sitzt in Chinesisch-Guyanna im Gefängnis, da kommen wir nicht ran. Wir empfehlen Ihnen daher unser Dauerpräparat NISTERBEN von STRATOSPHARM, alternativ können Sie auch zu NIERLEBEN von MONDOPHARM greifen, oder Sie docken bei FRIZER an und lassen sich vorübergehend, sagen wir mal für 20 Jahre, ins Eis beamten. Ihre Bauchschmerzen sind dann weg! Garantiert.“ **13649** (erschöpft, hauchend): „Danke!“ **ZMKs:** „Wusste ich doch, wir brauchen gar keine Ärzte!“

* ZMKs = Zentrale Medizinische Kontroll-Stelle; **HA = Home-Analyzer

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

Vergiftungsfälle durch Keramik-Versiegelungssprays

Zwischen dem 27. März und 24. April 2006 wurden den Giftdatenzentren in Deutschland und der Schweiz rund 110 Fälle von zum Teil schwerwiegenden Atemstörungen und Lungenödemen nach der Anwendung von Versiegelungssprays für Glas und Keramik gemeldet.

Dank der schnellen Zusammenarbeit zwischen Giftdatenzentren, Behörden und behandelnden Ärzten konnten die mit Treibgas betriebenen Spraydosen innerhalb kürzester Zeit vom Markt genommen werden. Die Verbraucher wurden über die Presse vor der Anwendung der Sprays gewarnt. Schon nach drei Tagen gingen nur noch vereinzelte Vergiftungsmeldungen beim Giftnotruf ein.

Was war passiert? Die betroffenen Personen hatten die Versiegelungssprays für Bad und WC in einer Supermarktkette erworben und in geschlossenen Räumen angewendet. Nach Angaben der Giftdatenzentren klagten sie über Atemnot, Schlaf-

störungen und Kopfschmerzen. Bei mindestens sechs Patienten entwickelte sich ein toxisches Lungenödem, das eine stationäre Klinikbehandlung erforderte. Nach Angabe des Giftdatenzentrums Nord klangen in allen Fällen die Symptome nach zwölf bis 18 Stunden langsam ab.

Versiegelungssprays für Keramik- und Glasoberflächen, die damit beworben werden, dass sie so genannte Nanopartikel enthalten, sind eine neue Art von Haushaltschemikalien. Sie sollen Oberflächen schmutz- und wasserabweisend machen, Flüssigkeiten sollen abperlen ohne Schmutzränder und Kalkflecken zu hinterlassen.

In einem kurzfristig einberufenen Fachgespräch hat das BfR 60 Experten aus Wissenschaft, Klinik, Behörden und Industrie zusammengebracht, um mögliche Ursachen für die Gesundheitsbeschwerden zu analysieren. Die kausalen Zusammenhänge für die beobachteten Gesundheits-

störungen ließen sich nicht abschließend klären, weil Daten zu den toxikologischen Eigenschaften der betroffenen Produkte fehlten.

Eine besondere Rolle scheinen aber das Treibgas und die Düsen im Sprühkopf zu spielen. Nur mit dieser Technik werden nämlich Tröpfchengrößen erreicht, die so klein sind, dass die Bestandteile der Aerosole bis in das Alveolargewebe der Lunge eindringen können. Bei Vergiftungsfällen mit klassischen Imprägniersprays hat man in der Vergangenheit ähnliche Erfahrungen gemacht. Eine toxikologische Prüfung der Treibgas-Sprays unter Anwendungsbedingungen hatten die Hersteller der Versiegelungssprays trotzdem nicht vorgenommen.

Der Zusammenhang zwischen den Vergiftungsfällen und der Verwendung von Treibgas wird auch dadurch gestützt, dass die Symptome nicht auftraten, wenn die gleiche Flüssigkeit als Pumpenspray verwendet wurde.

Im aktuellen Fall konnten durch das in Deutschland existierende Giftdateninformationssystem weitere Erkrankungen verhindert werden: Innerhalb kürzester Zeit wurden die verantwortlichen Produkte aus dem Handel genommen. Das kann nur gelingen, wenn derartige Vergiftungsfälle umgehend an die Zentrale Erfassungsstelle für Vergiftungsmeldungen beim Bundesinstitut für Risikobewertung gemeldet werden. Dazu sind nicht nur Giftdatenzentren und Berufsgenossenschaften, sondern – nach § 16 des Chemikaliengesetzes – auch alle Ärzte in Praxis und Klinik verpflichtet.

In der Praxis geschieht das leider noch viel zu selten. Dabei werden die Informationen dringend benötigt, um möglichen, zum Teil versteckten Risiken auf die Spur zu kommen und weitere Verbraucher durch wirksame Maßnahmen vor ähnlichen Gesundheitsschäden zu schützen.

Weitere Informationen zum Thema finden Sie auf der Homepage des BfR www.bfr.bund.de



MedConsult Wirtschaftsberatung für medizinische Berufe

■ Praxisverkauf

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

■ Praxiskauf

- Niederlassungsberatung
- Finanzierungsvermittlung
- Versicherungskonzepte

■ Praxiskooperation

- Job-Sharing Partnerschaften
- MVZ-Konzepte

**Burkhardt Otto
Olaf Steingraber**

**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

*Opiate***Suizid von Angehörigen**

Eine Fachzeitschrift berichtet über einen Suizid und einen Suizidversuch zweier Mütter, die nach dem Tod ihrer krebserkrankten Kinder die im Finalstadium verordneten Opiate (Morphin resp. Methadon) selbst eingenommen hatten. Die Autoren diskutieren Ergebnisse einer dänischen Studie, in der ein „unnatürlicher“ Tod eines Kindes (z.B.

durch Unfall) zu einer zweifach höheren Selbstmordrate der betroffenen Mütter im Vergleich zu anderen Müttern geführt hat. Bei Todesfällen von Kindern zwischen 1 und 6 Jahren war die Selbstmordrate der Mütter besonders hoch. Die Autoren fordern Leitlinien, wie nach dem Tod eines Patienten mit nicht verbrauchten Arzneimitteln umgegangen werden soll.

Quelle: Brit. med. J. 2006; 332:647

Anmerkungen: Diese Problematik ist auch in Deutschland bekannt. Eigentümer der in Frage kommenden Arzneimittel sind die gesetzlichen Erben, die nach einem Kommentar zum Betäubungsmittelgesetz nicht mehr benötigte Betäubungsmittel in Apotheken zur Vernichtung abgeben oder in Gegenwart zweier Zeugen selbst vernichten sollen. Behandelnde Ärzte sollten diese Information – insbesondere in Anbetracht der oben erwähnten Fälle – an die Angehörigen/Erben weitergeben. Ein Arzt ist nicht verpflichtet, verordnete Medikamente zurückzunehmen, da er nicht deren Eigentümer ist.

*Protonenpumpenhemmer***Interstitielle Nephritis**

Bei einer 84-jährigen Patientin wurde nach Ausschluss anderer Ursachen die Einnahme des Protonenpumpenhemmers (PPI) Omeprazol als wahrscheinlichste Ursache einer floriden, nichteitrigen destruierenden Nephritis eingeschätzt. Da die Latenzzeit bis zum Auftreten einer PPI-bedingten Nephritis stark variiert, empfiehlt der Kollege, auch längere Zeit nach Beginn einer PPI-Therapie und bei sich verschlechternder Nierenfunktion an eine akute interstitielle Nephritis zu denken. Diese

unerwünschte Wirkung (UAW) kommt zwar in weniger als einem Prozent der Behandelten vor, aufgrund der hohen Verordnungszahlen mehrten sich jedoch Berichte über diese Komplikation (Verordnungen zu Lasten der GKV im Jahr 2005: Omeprazol 335 Mio definierte Tagesdosen (DDD), Pantoprazol 125 Mio DDD, Esomeprazol 122 Mio DDD, Lansoprazol 18 Mio DDD).

Quellen: Hamburger Ärztebl. 2006, Heft 3, 149; NephSAP 2005; 4(3): 149 ff; Schwabe-Paffrath, Arzneiverordnungsreport 2005, Springer Verlag 2006, S.722

Anmerkung: Nach einer amerikanischen nephrologischen Zeitschrift sollen 50 – 60 % aller Arzneimittel-bedingten chronischen interstitiellen Nephritiden durch PPI ausgelöst werden, wobei auch in dieser Übersichtsarbeit von einem Klasseneffekt der PPI ausgegangen wird und unterschiedliche Häufigkeiten des Auftretens dieser UAW eher mit den unterschiedlichen Verordnungszahlen korrelieren könnte.

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@aekno.de
Dr. Günter Hopf, ÄK Nordrhein, Tersteegenstr. 31, 40474 Düsseldorf

Auf der Jagd erspäht:

Off-Label-Use und kein Ende

Durch den Blätterwald rauschen derzeit die Berichte über sagenhafte Änderungen der Rechtsprechung zum Off-Label-Use. Das Bundessozialgericht entscheidet seit Jahren in ständiger Rechtsprechung, daß zugelassene Arzneimittel grundsätzlich nicht zu Lasten der Krankenversicherung in einem Anwendungsgebiet verordnet werden dürfen, auf das sich die Zulassung nicht erstreckt. Ausnahmen seien nur in eng begrenzten Ausnahmefällen zulässig, nämlich bei schwerwiegenden Erkrankungen ohne Behandlungsalternative und einer Datenlage, die der Phase III des Zulassungsverfahrens entspricht.

Das BVerfG hat für lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankungen, ohne Behandlungsalternative nach anerkanntem medizinischem Standard, nun andere Maßstäbe gesetzt. Danach muß in diesen Fällen die vom Versicherten gewählte andere Behandlungsmethode eine auf Indizien gestützte, nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf versprechen.

Das Bundessozialgericht hat diese Vorgaben nun umgesetzt und im Urteil B 1 KR 7/05 R vom April diesen Jahres den Bezug eines hier und in der EU nicht zugelassenen Arzneimittels aus Kanada zu Lasten der Krankenversicherung gestattet, da eine andere anerkannte Behandlung in Deutschland nicht verfügbar war und der zugelassene Wirkstoff schwere Nebenwirkungen auslöste und daher nicht weiter verabreicht werden konnte.

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)

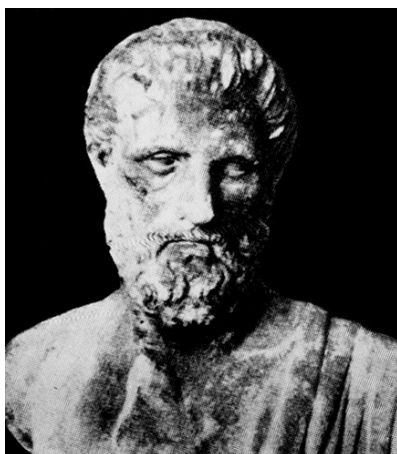
Vertrauensanwälte der Stiftung Gesundheit



Was ist ärztliche Heilkunde?



Ausschnitt aus der „Der Pesthof“, Hamburger Hospital 1746 (Germanisches Nationalmuseum, Nürnberg)



Von Hippokrates zur Family-Health-Nurse?

Ärztliche Heilkunde unterliegt ständigen Veränderungen. Unsere einheitliche und zugleich hoch spezialisierte Medizin ist ein Produkt der jüngsten Zeit. Noch vor nicht allzu langer Zeit sahen der Arztberuf und seine Aufgaben anders aus. Wohin entwickelt sich der Arztberuf? Welche Kooperationen mit anderen Berufen können sinnvoll sein? Wie können Ärztinnen und Ärzte den Wandel aktiv mitgestalten?



Operationssaal 2006 (Foto: Räse)

Von der Jahrmarktsmedizin zur »Sachsenklinik«

„Die Heilkunst umfasst dreierlei: die Krankheit, den Kranken und den Arzt.“ Die archaische Schlichtheit des hippokratischen Satzes vermittelt das Gefühl zeitloser Gültigkeit. Jeder, der mit den Widernissen des heutigen Medizinalbetriebs zu kämpfen hat, mag wünschen, es wäre wirklich so. Doch allzu viel hat sich seit den Zeiten des Hippokrates geändert. Schon die Bezeichnung der Medizin als Heilkunst (Techne) widerspricht unserem wissenschaftlichen Zeitgeist. Auch die anderen Elemente des Zitats sind im Lauf seiner über 2000-jährigen Geschichte immer wieder anders definiert worden. Es wechselten die Vorstellungen darüber, was Krankheit sei, welche Leiden überhaupt als Krankheit aufzufassen, welche Menschen dementsprechend als Kranke zu behandeln seien. Je weiter wir in die Geschichte zurückblicken, umso mehr verliert die Bezeichnung Arzt ihre uns heute vertraute Eindeutigkeit. Schon wenn wir nur 200 Jahre zurückgehen, begegnen wir einer Medizin, die „verglichen mit heutigen Verhältnissen, ungleich vielfältiger, bunter, weniger geordnet und mehr dem Zufall unterworfen“ war (C. Probst 1992), als wir es uns heute vorstellen können.

Von Johanna Bleker

Der medizinische Marktplatz vor 200 Jahren

Vor 200 Jahren war die Wahrscheinlichkeit, dass ein Kranker Rat und Hilfe bei einem Doktor der Medizin suchte, relativ gering. In weiten Landstrichen gab es so gut wie keine gelehrten Ärzte. Auch traute man ihnen nicht unbedingt zu, mit den Krankheiten besser fertig zu werden als die weniger gebildeten Chirurgen, Bader und Barbieri. Auch die Obrigkeiten, die seit dem 18. Jahrhundert versuchten, Kontrolle über das in ihren Ländern tätige Heilpersonal zu gewinnen, waren von der Praxistauglichkeit der universitären Medizinausbildung nicht überzeugt. So galt etwa in Preußen seit 1724, dass sich

die Doctores medicinae erst von dem staatlichen Medizinalkollegium in der Residenz Berlin prüfen lassen mussten, ehe sie eine Lizenz zur Niederlassung im Land erhielten. Traditionsgemäß waren sie dann nur für die „innerlichen Krankheiten“ zuständig, während die Behandlung der „äußeren Schäden“, wie Wunden, Knochenbrüche, Hautausschläge und Abszesse, in den Aufgabenbereich der handwerklich gebildeten Chirurgen und Bader fiel, deren Ausbildung und Zulassung durch die Bader- und Chirurgenzünfte geregelt wurde. Auch allgemeinmedizinische Verrichtungen, wie Aderlassen und das Setzen von Schröpfköpfen, gehörte zu ihrem Handwerk. Hinzu kamen so genannte „Spezialisten“ unterschiedlichster Provenienz, die Bla-

sensteinoperationen, das Stechen des Grauen Stars oder das Ausreißen von Zähnen besorgten und die, trotz ständig neuer Verbote, ihre Dienste immer noch auf Jahrmärkten anboten, wo auch die Verkäufer von Wunderkuren und Patentmedizinen ihre Waren anpriesen. Im Lauf der ersten Jahrzehnte des 19. Jahrhunderts gelang es zumindest in den größeren deutschen Staaten, verbindliche Berufsstandards durchzusetzen. So gab es in Preußen ab 1824 neben den studierten Ärzten, die auch eine Zusatzprüfung in Chirurgie und Geburtshilfe ablegen und sich damit als „Doctor beider Arzneien“ bezeichnen konnten, drei nach Ausbildung gestaffelte Klassen von Wundärzten oder Chirurgen; in Bayern gab es sogar Wundärzte erster

Die humane Dimension nicht vergessen

Foto: Archiv



„Was ist ärztliche Heilkunde?“

...werde ich gefragt. Nun das, was ich täglich ausübe. Nach den Regeln der an unseren Universitäten unterrichteten Medizin und nach allgemeinem Verständnis ist es wohl ärztliche Heilkunde und wenn sie denn – hoffentlich – gut gelingt im Ergebnis sogar „Heilkunst“. Bis sich die ärztliche Wissenschaft etablieren konnte, wurde ursprünglich die „Heilkunde“ besonders in den Priesterkasten aller Völker gepflegt und überliefert. Heilen hat eine germanische Wurzel, die Glück, Gesundheit, Rettung bedeutet. Unsere Wörter „heilig“ und „Heiland“ kommen aus derselben Wurzel und machen uns bewusst, wie nahe ärztliche Kunst an die religiöse Seite des Lebens gerückt wird. Bei solchen, sicher oft und schon immer überhöhten Erwartungen, können Enttäuschungen nicht ausbleiben. „Heil“ im Sinne von ganz, intakt, unbeschädigt, gesund, gelingt nicht immer und sicher nicht auf Dauer. Am Ende ist noch immer der Tod.

Ärztliche Tätigkeit ist immer heilkundlich, insoweit ist der Begriff „Heilkunde“ identitätsbegründend und Hippokrates von Kos gilt als ihr Vater. Aber es ist nicht mehr das Privileg der Ärzteschaft, Heilkunde zu üben. Die Ränder und Grenzen der Heilkunde sind sehr unscharf, zum Beispiel zu Physiotherapeuten, Logopäden, Orthoptisten, Optikern, Pflegeberufen, unscharf eben wie die Definitionen von Krankheit und Gesundheit. Für die Psychotherapie wurde ein neuer Stand mit einer neuen „Heilberufs“-Kammer geschaffen, die professionell die nichtärztliche (quasi säkularisierte) „Seelsorge“ betreibt und verwaltet.

Was macht dann das „Ärztliche“ der Heilkunde aus? Gemeint ist offenbar die humane, sprich menschlich einführende Dimension der ärztlichen Tätigkeit, die auch mitentscheidend ist für den Erfolg einer Therapie (amerikan. „physician factor“). Wissenschaftlich basierte Medizin, verbunden mit Arzt-Persönlichkeit, die eingeht auf den kranken Menschen in seiner Einzigartigkeit, ist das Geheimnis ärztlicher Heilkunst. Nur nach über 30 Jahren ärztlicher Tätigkeit habe ich in meiner Alltagspraxis den Eindruck, dass zumindest in Deutschland die hippokratische Trias, die die Heilkunde so schlicht auf den Punkt bringt, nicht mehr gilt. Denn zur Trias Krankheit, Kranker, Arzt/Ärztin kommt noch Krankenkasse, euphemistisch auch „Gesundheitskasse“ genannt, und das ändert sehr, sehr viel! Da hatte es Hippokrates leichter.

Dr. med. Elmar Wille, Vizepräsident der Ärztekammer Berlin

bis sechster Klasse. Die Wundärzte erster Klasse, die oft eine wissenschaftlich und praktisch fundierte militärärztliche Ausbildung durchlaufen hatten, waren den reinen Universitätsabsolventen häufig überlegen. Auch hatte die gesetzlich vorgenommene Abgrenzung der Tätigkeit von Arzt und Wundarzt in der Praxis nur dort Bestand, wo sowohl Ärzte wie Wundärzte vorhanden waren. In der Stadt Berlin war diese Auswahl gegeben: Im Jahr 1849 praktizierten hier 515 Ärzte und Wundärzte, das heißt bei einer Einwohnerzahl von 420.000 kam eine ausgebildete Medizinalperson auf gut 800 Menschen. Dagegen praktizierten in der preußischen Provinz Gumbinnen, wo 545.000 Menschen lebten, nur 87 Ärzte und Wundärzte, so dass die

Relation 1 zu 7200 betrug. Einer amtlichen Statistik für das Land Baden ist zu entnehmen, dass dort im Jahr 1830 nur 30% der Gestorbenen zuvor von einer bestellten Medizinalperson behandelt worden waren.

Medizinische Versorgung und soziale Ungleichheit

Betrachten wir allerdings die Arzneien und Kuren, die die Ärzte vor 200 Jahren ihren Patienten verordneten, so könnte man aus heutiger Sicht dem Ärztemangel sogar gute Seiten abgewinnen. Das Meiste war unnütz und Manches nach unserem Wissen schädlich. Doch Kranke wie Ärzte glaubten im Erfolgsfall an die heilsame Wirkung der Behandlung, und

das Urteil eines gelehrten Arztes wurde vom Publikum durchaus geschätzt. Die Entscheidung, einen Arzt hinzuzuziehen, einen Chirurgen oder Apotheker aufzusuchen oder es mit Selbstmedikation zu probieren, richtete sich in vielen Fällen nach der Schwere und Dauer der Erkrankung. Vor allem aber war sie eine Frage des Geldbeutels. Die Gegenden mit der geringsten Ärztedichte waren nicht zufällig auch die ärmsten Regionen in Deutschland. Auch für die Aufnahme in ein Krankenhaus war damals nicht die Schwere der Erkrankung, sondern die soziale Situation des Kranken maßgeblich. Kranke, deren häusliche Verhältnisse so ärmlich waren, dass dort eine Besserung oder Heilung nicht möglich schien, wurden über die Armenverwaltung

ins Krankenhaus eingewiesen. Hinzu kamen die Kranken, die in der Stadt arbeiteten, aber dort kein Zuhause und keine Familie hatten. Das waren vor allem Handwerksburschen, Lehrlinge, Dienstboten und bald auch unverheiratete Arbeiter, die oft bis zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit im Hospital blieben, sofern dies von den damals existierenden gewerblichen Kassen und Hilfsvereinen bezahlt wurde. 1820 gab es in Preußen 155 öffentliche Krankenanstalten, von denen die meisten höchstens einige Dutzend Betten hatten. 1855 waren es schon 680 öffentliche Krankenhäuser. Bis 1876 stieg ihre Zahl in Preußen auf über 1100.

Ärztliche Erfahrung und praktischer Takt

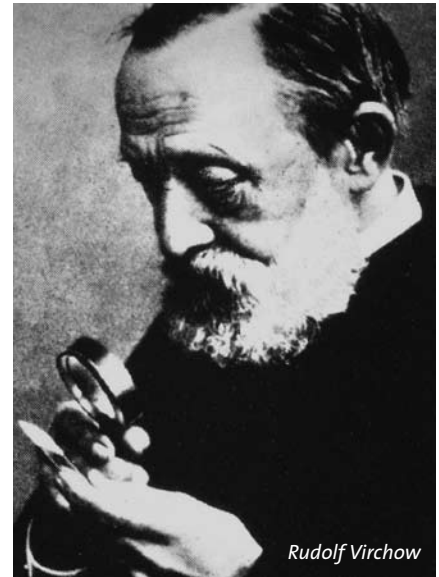
Die Initiative zum Bau von Krankenhäusern ging häufig von Ärzten aus, doch waren deren Motive fast ausschließlich philanthropischer Natur. Den medizinischen Wert des Krankenhauses betrachteten sie mit Skepsis. Die Entfaltung der ärztlichen Kunst fand nicht im Krankenhaus statt, sondern in der Privatwohnung des Patienten. Hier konnte der Arzt die Individualität des Kranken erfassen, die Einflüsse der Familie, der Lebensführung und des sozialen Milieus lagen offen zu Tage. Dies alles entschied über den Heilplan, der auf der Bewertung der einzelnen Krankheitszeichen beruhte und noch nicht an einer lehrbuchmäßig standardisierten Krankheitsdiagnose orientiert war.

Das Kapital des Arztes war seine Erfahrung, ein gewandtes gesellschaftliches Auftreten und jene persönliche Autorität und Sicherheit, mit der ein widerstrebender Patient dazu bewogen werden konnte, auch unangenehme Kuren, wie drastisches Abführen und induziertes Erbrechen über sich ergehen zu lassen, übel riechende Arzneien zu schlucken oder dem Setzen und Offenhalten künstlicher Wunden zuzustimmen. Dagegen waren in der Hospitalpraxis die individuellen und sozialen Umstän-

de des Kranken dem Blick des Arztes entzogen. An die Stelle der eingehenden Beratung mit dem Kranken trat – so zum Beispiel die Auffassung Hufelands – die Routine. Dementsprechend hielt man vor 200 Jahren auch wenig davon, angehende Ärzte an Krankenhäusern auszubilden. Die für ihre spätere Privatpraxis nötige Erfahrung würden sie dort nicht erwerben. Auch eine Vollbeschäftigung von Ärzten an Krankenhäusern hielt man noch 1846 für wenig wünschenswert: Die Ärzte würden durch dauerhafte Beschäftigung mit dem unabänderlichen Elend der armen Kranken entweder trübsinnig oder abgestumpft und zynisch. Und natürlich würde kein geschickter Arzt bereit sein, für das klägliche Gehalt zu arbeiten, das ein Krankenhaus ihm bieten konnte.

Medizin als Wissenschaft

Der entscheidende Schritt von der Heilkunst zur Heilwissenschaft vollzog sich in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Die Medizin schloss sich dem Leitbild der exakten Naturwissenschaften an. Die objektiv fassbaren und experimentell überprüfbaren materiellen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit wurden zur einzigen legitimen Grundlage des ärztlichen Handelns. Die Person des Arztes und die persönlichen Besonderheiten des Patienten verloren ihre besondere Bedeutung. 1870 heißt es über die Veränderung des ärztlichen Berufs: „Die Medizin ist tatsächlich, ist objektiv geworden. Es ist gleichgültig, wer am Bett steht, aber er muss verstehen zu untersuchen, zu erkennen ... und die rechts und links liegenden Familienverhältnisse ändern daran gar nichts.“ (R. Volz 1870) Die Zeit der Auguren, Wundertäter und ärztlichen Kraftgenies sei vorüber. Der Arzt trete nun als schlichter Naturforscher ans Krankenbett. Seine Autorität gründe sich nun auf Wissen und auf die Wahrheit der Naturgesetze. In Zeiten des naturwissenschaftlichen Materialismus war dies freilich keineswegs bescheiden; denn was ist unhintergebar als die Natur? Als „Hohe-



Rudolf Virchow

priester der Natur“, wie Rudolf Virchow, dies 1848 formulierte, waren die Ärzte nun nicht mehr nur für die privaten Leiden zuständig, sondern für die Leiden der ganzen Gesellschaft. Oder, um ein anderes Virchow-Zitat zu benutzen: „Die Politik ist weiter nichts als Medizin im Großen.“ Dem überzeugten Demokraten Virchow schien die „Constituierung der Gesellschaft auf physiologischer Grundlage“ zugleich eine Garantie für die Emanzipation und Gleichberechtigung des Einzelnen und für die Beseitigung der sozialen Not.

Der geeinte Ärztestand

Schon ab 1850 hatte man in Preußen und bald auch in den anderen deutschen Staaten die gesonderte Ausbildung von Chirurgen abgeschafft. Damit entstand erstmals ein ärztlicher „Einheitsstand“. Von der ehemaligen Vielfalt auf dem medizinischen Markt waren nur noch die Zahnärzte und Dentisten und, zum Ärger vieler Ärzte, die Hebammen übrig geblieben. Alle übrigen galten als Kurpfuscher. Zugleich entwickelte sich die ehemals gering geschätzte Chirurgie zur Erfolgs- und Leitdisziplin der neuen Medizin. Schon die Entdeckung der Narkose hatte sie ab 1850 salonfähiger gemacht. Mit der Einführung der Asepsis, wurden viele der „innerlichen Leiden“, bei denen

zuvor alle ärztliche Kunst versagt hatte, durch das Messer des Chirurgen heilbar. Die ehemaligen Vorbehalte gegen die Gleichförmigkeit der Krankenhausmedizin schwanden. Die Krankenhäuser boten nun sogar den idealen Rahmen, um medizinische Standards durchzusetzen. Die aseptische Chirurgie verlangte Disziplin.

Als um 1900 die ersten Ärztinnen in Deutschland auftauchten, wurde dies als massive Bedrohung des ärztlichen Ansehens begriffen; denn alle Tugenden, die der gute Arzt besitzen sollte, waren vermeintlich männliche Tugenden: Sachlichkeit und Standhaftigkeit, Mut und Entschlossenheit, Körperkraft und Ausdauer, Abstraktionsfähigkeit und logische Klarheit, ein Disziplin und Respekt erzwingendes Auftreten. Die heroische, ja militärische, Idealisierung des Arztes berief sich auf die von der Natur und der Wissenschaft vorgegebenen Sachzwänge. Für Zweifel und Ungehorsam gab es nur noch drei Gründe: Unwissenheit, Dummheit oder Unmoral.

Unterdessen konnte sich unter dem Mantel des Einheitsstandes eine Vielzahl von Spezialdisziplinen herausbilden, ohne dass hierdurch die berufliche Monopolstellung des Arztes bedroht wurde. Inzwischen haben diese Fachdisziplinen in historisch einmaliger Weise (nur das alte Ägypten kannte angeblich eine derartige Vielfalt) die Patienten nach Körperteilen, Funktionen und Krankheitsgruppen untereinander aufgeteilt. Sie arbeiten mit beachtlicher Effizienz. Doch das Arztbild, das sie alle einen soll, ist zu einem Mythos geronnen, der die Umsicht des alten Hausarztes, die Einsatzfreude des einsamen Landarztes, die Kühnheit des Chirurgen und die Souveränität des Wissenschaftlers amalgamiert. Vielleicht sehen sich deshalb viele Kollegen am Abend gerne die Fernsehserie „In aller Freundschaft“ (Sachsenklinik) an.

Verfasserin:

Professor Dr. med. Johanna Bleker (a.D.)
Institut für Geschichte der Medizin
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Ärztliche Heilkunde –



Interprofessionelle Zusammenarbeit als Chance

Die ärztliche Tätigkeit ist in den letzten Jahren durch starken Wandel geprägt. Neben strukturellen Veränderungen der Organisationsformen ärztlicher Tätigkeit und dem ökonomischen Druck, ist dies auf die Verbreitung der Wunschmedizin, die Etablierung individueller Gesundheitsleistungen als allgemeine Bestandteile ärztlichen Handelns und neue Formen der Kooperation mit medizinischen Fachberufen zurückzuführen. In diesem Veränderungsprozess kommt es zu Modifikationen des ärztlichen Selbstverständnisses, das in den verschiedensten Zusammenhängen diskutiert wird. Dieser Beitrag will die wesentlichen Diskussionslinien skizzieren und propagiert die Übernahme einer aktiven Rolle im Gestaltungsprozess ärztlicher Tätigkeit.

von Jeanne Nicklas-Faust und Günther Jonitz

Kooperation oder Abgrenzung?



Einführung

Die Ausübung der Heilkunde ist zentral und identitätsstiftend für jede ärztliche Tätigkeit. Sie umfasst Maßnahmen der Diagnostik und Therapie, die allein Ärzten – und nach dem Heilpraktikergesetz von 1939 Heilpraktikern – vorbehalten sind: § 1 Abs. 2 „*Ausübung der Heilkunde im Sinne dieses Gesetzes ist jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen [...].*“ Die Ausübung der Heilkunde ist das, was Ärztinnen und Ärzte an ihrem Beruf vor allem fasziniert. Der direkte Kontakt mit Patienten, ärztliches Handeln, das – sei es durch Prophylaxe, Diagnostik oder Therapie – der Gesundheit und dem

Wohlbefinden der Patienten dient, und die Begleitung von Patienten in Phasen der Krankheit, der Heilung, des Lebens und Sterbens, motiviert Ärztinnen und Ärzte ihren Beruf zu ergreifen und gern auszuüben. Doch dies ist schwieriger geworden. Es sind mehr und mehr administrative Aufgaben hinzugekommen. Die Dokumentation hat in Zeiten komplizierter Abrechnungsmodalitäten und beschränkter Budgets eine wachsende Bedeutung, die Zeiten des direkten Patientenkontakts nehmen zu Gunsten dieser Aufgaben ab und lassen die ärztliche Tätigkeit in Klinik und Praxis für viele an Attraktivität verlieren.

Wunscherfüllende Medizin

Darüber hinaus sind ärztliche Tätigkeitsfelder auch inhaltlich einem schnellen Wandel unterworfen. Zunehmend werden Eingriffe vorgenommen, die keinen direkten Bezug zur Prophylaxe, Diagnostik oder Therapie von Krankheiten haben. Unter dem Stichwort „Enhancement“ (Verbesserung) werden heute medizinische Maßnahmen diskutiert und angewandt, die körperliche Funktionen oder Morphologie, die im Bereich des Normalen liegen, auf Wunsch des Patienten – oder sollte man Kunden sagen? – optimieren sollen. Die Akademie für Ethik in der Medizin wie auch der nationale Ethikrat haben sich 2005 ethischen Fragen zugewandt, die dadurch entstehen, dass Gesunde „behandelt“ werden. Neben den Fragen der kosmetischen Chirurgie und Fortpflanzungsmedizin, ging es auch um den Einsatz von Psychopharmaka bei Gesunden. Ist die Einnahme von Antidepressiva oder Stimulantien für Gesunde vertretbar? In Amerika ist es Realität, dass sich Collegestudenten mit „Ritalin“ dopen, um bessere Prüfungsleistungen zu erzielen. Welche gesellschaftlichen Folgen ergeben sich daraus? Oder ist dies letztlich vergleichbar mit dem starken Kaffee, den wir alle

nutzen, um wacher zu werden? Auch das Symposium für Juristen und Ärzte der Kaiserin-Friedrich-Stiftung hat sich im Februar diesen Jahres unter dem Titel „*Der Arzt im Spannungsfeld zwischen medizinisch Notwendigem und Patientenbegehren*“ mit den rechtlichen, ethischen und medizinischen Folgen solcher „Wunschmedizin“ auseinandergesetzt. Wunschmedizin wurde dort definiert als medizinische Maßnahmen, für die keine medizinische Indikation besteht. In der Ausübung von heilkundlichen Maßnahmen auf Wunsch eines Patienten geht es um mehr, als um die erhöhten Anforderungen an die Aufklärung, die ein Eingriff ohne medizinische Indikation erfordert. Es geht um das Selbstverständnis von Ärzten und deren ärztliche Berufsausübung.

Neue Organisationsformen ärztlicher Berufsausübung

Dieses Selbstverständnis wird auch von anderer Seite diskussionswürdig. Die Änderungen rechtlicher Rahmenbedingungen für die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit, etwa durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2004 oder die veränderte Berufsordnung, die neuen Organisationsformen ärztlicher Berufsausübung wie zum Beispiel Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren zulassen, werfen die Frage auf, was Heilkunde, was ärztliches Handeln ist. Was ist das spezifisch Ärztliche, und welche Voraussetzungen sind für die Ausführung solcher Tätigkeiten notwendig? Diese Frage führt zu einer Auseinandersetzung um ärztliche Tätigkeiten, die in Deutschland, vor allem in den alten Bundesländern, seit fast 30 Jahren geführt wird: Ärzte sind in der Regel, dies gilt für den stationären ebenso wie für den ambulanten Bereich, nicht als Einzelne tätig. Alltag ist die Zusammenarbeit mit Angehörigen medizinischer Fachberufe. In dieser Zusammenarbeit

ist die Grenzziehung der Tätigkeitsfelder immer wieder aufs Neue Thema. Die Stellungnahme der Bundesärztekammer zur Delegation ärztlicher Leistungen stammt aus dem Jahr 1974. Sie definiert den Raum für die Ausführung von Maßnahmen im Rahmen von Diagnostik und Therapie durch Angehörige medizinischer Fachberufe. Dies wurde und wird im klinischen Alltag sehr unterschiedlich gehandhabt: Ist es im ambulanten Bereich üblich, dass Blutentnahmen durch Arzthelferinnen vorgenommen werden, so sind im stationären Bereich dafür in aller Regel Ärzte zuständig. Diese Zuständigkeit geht zum Teil auf die Bestrebungen von Angehörigen der Pflegeberufe zurück, pflegerisches Handeln zu definieren und von medizinischem Handeln als eigenem Bereich abzugrenzen. Diese als Professionalisierung der Pflege bezeichnete Entwicklung hatte starke Auswirkungen auf die Kooperation im stationären Bereich, vielerorts wurde die Frage der Zusammenarbeit zum Konfliktfeld. Gerade in den letzten Jahren findet jedoch im Rahmen der hohen Arbeitsbelastung von Krankenhausärzten erneut die Verschiebung von Tätigkeiten wie Blutentnahmen oder die Verabreichung von Infusionen in die Zuständigkeit der Pflege statt, die dies selbst zwiespältig betrachtet. Für Pflegende in den neuen Bundesländern ist dies die Rückkehr zur alten Praxis, die sie selbst wegen der Selbstständigkeit der Ausübung häufig positiv besetzt haben. Andernorts wird diese „Rückübertragung“ als eine Art Lückenbüsser durchaus kritisch gesehen.

Entwicklung der medizinischen Fachberufe in anderen Ländern

In anderen Ländern ist diese Entwicklung weiter fortgeschritten, so nehmen Pflegende in Amerika und England in bestimmten Feldern selbstständig Maßnahmen der Diagnostik und Therapie wahr. Dies ist für Deutschland im Bereich der Pflege in diesem Ausmaß zur Zeit nicht denkbar. Physiotherapeuten oder Logopäden stellen jedoch für ihren Bereich häufig das Ausmaß der Funk-

tionsstörung selbst fest und schlagen dem verordnenden Arzt gezielt Therapiemaßnahmen vor. Über diesen Weg der ärztlichen Verordnung ist die Verantwortung des Arztes zwar gesichert, die Entwicklung und eigenständige Durchführung eines Therapieplanes liegt jedoch häufig allein in den Händen der Therapeuten. Der Begriff der selbstständigen Tätigkeit ist ein Konfliktfeld, das auch in den 80er Jahren mit der Verbreitung von Sozialstationen Thema der Auseinandersetzung wurde: Tätigkeiten, die von Angestellten von Sozialstationen durchgeführt werden, können nicht von verordnenden Ärzten kontrolliert und überwacht und somit nicht im Sinne einer Delegation ärztlicher Leistungen mitverantwortet werden. Daher stellt eine Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft aus dem Jahr 1975 klar, dass Leistungen der Sozialstationen schon allein aus diesem Grund keine Maßnahmen der Heilkunde sein können.

Neue Modellversuche in der Gesundheitsversorgung

Aktuell werden in der Diskussion um Strukturen des Gesundheitswesens in Anbetracht des Ärztemangels in ländlichen Regionen besonders der neuen Bundesländer Pflegepraxen vorgeschlagen, in denen Pflegende eigenverantwortlich tätig werden sollen. Um solche Modelle wird erbittert gerungen. Schon die Novellierung des Krankenpflegegesetzes, die am 1. Januar 2004 in Kraft trat, wurde von kritischen Stellungnahmen der Bundesärztekammer begleitet: Eine eigenverantwortliche Tätigkeit von Pflegekräften sei nicht denkbar, sie folge grundsätzlich der ärztlichen Verordnung und liege im ärztlichen Verantwortungsbereich. Das neue Krankenpflegegesetz führt aber nicht nur den Bereich selbstständig von Pflegenden zu verantwortende Tätigkeiten neu ein, sondern eröffnet weitere Tätigkeitsfelder, wie sie nun von innovativen Ansätzen in der Pflegeaus- und -weiterbildung gerade in Berlin beschritten werden. An der evangelischen Fachhochschule Berlin gibt es seit 2004 den ersten grundstän-

digen Pflegestudiengang in Deutschland, wobei mit dieser akademischen Erstausbildung mit langer Verzögerung Möglichkeiten geschaffen werden, die in Amerika oder England seit vielen Jahren bestehen: Neben klassisch ausgebildeten Pflegefachkräften gibt es dort akademisch ausgebildete Pflegenden, die das Profil der Pflege weiterentwickeln. Einen anderen Ansatz hat die Weiterbildung zur Family-Health-Nurse, die als Modellprojekt unter anderem an der Wannseeakademie angeboten wird. In Anlehnung an internationale Berufszweige, aber auch an die klassische „Gemeindeschwester“ werden in dieser Weiterbildung Pflegenden wie auch Hebammen für Präventions- und Beratungsaufgaben im ambulanten Bereich qualifiziert.

Beratungsangebote und Patientenschulungen als Tätigkeitsfeld für medizinische Fachberufe

Auch in der Durchführung der Disease-Management-Programme liegen Beratungsangebote und Patientenschulungen in der Regel in der Hand von qualifizierten Angehörigen der medizinischen Fachberufe. In einer Situation, in der im deutschen Gesundheitswesen die Versorgung chronisch kranker Patienten, aber auch Maßnahmen der Prävention ein neues Gewicht bekommen, werden Patientenschulungen und Beratungsangebote in höherem Maße nachgefragt. Im ambulanten wie im stationären Bereich sind es vorwiegend Arzthelferinnen und Pflegende, die diese Aufgaben wahrnehmen. Eine Abstimmung der verschiedenen Maßnahmen und eine Qualifizierung der Arzthelferinnen und Pflegenden für diese Aufgaben liegen im allgemeinen Interesse. Dafür bedarf es gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit, auch in der Entwicklung sinnvoller Strukturen. Dies gilt ebenso für neue Bereiche wie Qualitätsmanagement oder Casemanagement, Clinical Pathways oder das Entlassungsmanagement, die alle schon in der Entwicklungs- und Einführungsphase eine solche Zusammenarbeit voraussetzen.

Zwischen Abgrenzung und Kooperation – den Wandel gestalten

In der derzeitigen Debatte geht es somit auch darum, neue Programme und Strukturen mit Leben zu füllen und eine sinnvolle Arbeitsteilung zu finden. An manchen Stellen wird die Auseinandersetzung um diese Arbeitsteilung sehr heftig geführt. Dabei geht es zwar häufig schon um die Frage des „Wie“ und nicht des „Ob“ einer interprofessionellen Kooperation, die Heftigkeit der Diskussion scheint jedoch an manchen Stellen eine Zusammenarbeit geradezu auszuschließen. Insbesondere unter den politischen Bestrebungen, weitere strukturelle Veränderungen, gerade auch im ärztlichen Tätigkeitsfeld, durchzusetzen, könnte es jedoch politisch sinnvoller sein, sich gemeinsam auf den Weg zu machen. Erfolgreiche Modelle der interprofessionellen Zusammenarbeit bieten möglicherweise einen größeren politischen Gestaltungsraum als erbitterte Verteilungskämpfe. Ganz abgesehen davon, dass eine glückende Zusammenarbeit für alle Beteiligten, nicht zuletzt auch für die betroffenen Patienten die beste Lösung darstellt.

Das Gesundheitswesen und seine Akteure sind zahlreichen neuen Anforderungen ausgesetzt. Gerade Ärztinnen und Ärzte sind gefordert, angesichts der Veränderungen ihr berufliches Selbstverständnis zu überprüfen sowie die Einbindung neuer Tätigkeitsfelder, die Erschließung neuer Organisationsformen und die Kooperation mit anderen Berufsgruppen sinnvoll zu gestalten. Es gilt, dies als Herausforderung zu begreifen und sich Gestaltungsspielraum zu schaffen, damit am Ende Strukturen entstehen, die die Ausübung der Heilkunde wieder zu dem werden lassen, was sie eigentlich ist: eine der schönsten Aufgaben für Ärztinnen und Ärzte, die aus Liebe zur Medizin und den Menschen diesen Beruf ergriffen haben.

Verfasser:

Professor Dr. med. Jeanne Nicklas-Faust
Evangelische Fachhochschule Berlin
Bachelor of Nursing
Teltower Damm 118-122, 14167 Berlin
Dr. med. Günther Jonitz
Präsident der Ärztekammer Berlin

(Ärztliche) Heilkunde – ein juristischer Definitionsversuch

Bei der Frage, was Heilkunde oder, enger gefasst, ärztliche Heilkunde ist, sucht man vergeblich nach einer einheitlichen Definition durch den Gesetz- oder Normgeber sowie in der Literatur.¹

von Christoph Baumgart

Eine Definition des Begriffs „Heilkunde“ befindet sich in § 1 Abs. 2 Heilpraktikergesetz (HpG): Ausübung der Heilkunde im Sinne dieses Gesetzes ist jede berufs- und gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung und/oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen, auch wenn sie im Dienste von anderen ausgeübt wird. Problematisch erscheint diese Definition im Zusammenhang mit den übrigen Bestimmungen des HpG. Danach kann jeder Deutsche über 25 Jahre² als Heilpraktiker tätig sein, wenn er die entsprechende Erlaubnis hat und keine persönlichen Gründe entgegenstehen. Eine vertragsärztliche Versorgung ist ausgeschlossen. Genau wie ein Arzt schließt

ein Heilpraktiker einen Behandlungsvertrag, muss den Patienten aufklären und die Behandlung dokumentieren.

Hinsichtlich der Haftung ist darauf abzustellen, dass nur derjenige die Behandlung eines Leidens übernehmen darf, der über die dazu erforderlichen Fähigkeiten verfügt. Welche Fähigkeiten hier vorauszusetzen sind, ergibt sich aus dem Standard der Berufssorgfalt und dem Erfordernis zur Abwendung einer Gefahr für den Patienten. Genau in dieser Abwägung zeigt sich das Dilemma einer rechtlich anerkannten nichtärztlichen Ausübung der Heilkunde. Der Zugang zum Beruf ist frei, die Ausübung des Berufs erfordert aber erhebliche Sorgfalt.³

Zuhören als ein zentraler Aspekt ärztlichen Handelns



Foto: Archiv

Bevor ich mich dazu äußere, was ich unter spezifischem ärztlichen Handeln verstehe, möchte ich erwähnen, dass ich auf 36 Jahre beruflicher Tätigkeit im Krankenhaus zurückblicken kann. So war ich als FÄ für Kinderheilkunde u.a. zwei Jahre in einer neonatologischen Abteilung und dreizehn Jahre auf einer kinderneurologischen Station tätig, dort sowohl mit intensivtherapeutischen Maßnahmen und häufig mit nicht heilbaren Erkrankungen und sterbenden Kindern betraut.

Jetzt betreue ich Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Zugang zu kindlichen Patienten kann nicht nur direkt, sondern muss immer auch indirekt über Eltern oder andere Bezugspersonen gefunden werden, damit es gelingt, sowohl eine tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung als auch Arzt-Eltern-Beziehung aufzubauen. Eltern erwarten die Feststellung oder den Ausschluss einer Erkrankung, deren Behandlung mit dem Ziel der Heilung, Kinder ihr Leiden zu beseitigen oder zu lindern. Für mich ist das ärztliche Gespräch und das Zuhörenkönnen ein zentraler Aspekt ärztlichen Handelns.

Bereits das so genannte Anamnesegespräch zur Klärung von Beschwerden ermöglicht es, neben Fakten auch Deutungen des Patienten, Vorhandensein und Ausmaß eines Leidensdrucks, Einflüsse des sozialen Umfeldes und etwas über sein Krankheitsverständnis zu erfahren. Es stellt den Beginn einer Arzt-Patienten-Beziehung dar. Die Geduld trotz oft immensen Zeitdrucks bereits beim Erstkontakt aufzubringen, erleichtert später darauf aufbauende Gespräche und führt zusammen mit einer gründlichen klinischen Untersuchung bereits zur vorläufigen diagnostischen Einschätzung bzw. zur Indikationsstellung für weitere diagnostische Maßnahmen. Gespräche zur Untersuchungsaufklärung erfordern eine Balance der Informationen zwischen Chancen zusätzlichen Kenntnisgewinns und Risiken, ohne ein Kind bzw. dessen Eltern zu überfordern oder unnötig zu ängstigen.

Ohne dies näher auszuführen halte ich das Bemühen, sein medizinisches Wissen zu aktualisieren, fachliche Beratungen mit Berufskollegen, die Fähigkeit, in kritischen Situationen rasch das Richtige zu tun, dabei zwischen notwendigen und überflüssigen Belastungen für Patienten abzuwägen für weitere wesentliche Elemente ärztlichen Handelns.

Die reale ärztliche Arbeitssituation im Krankenhaus erlebe ich derzeit zunehmend anders. Schritt für Schritt aber stetig wird durch äußere Zwänge zuwendungsorientiertes Handeln Patienten gegenüber zugunsten einer „Verwaltung von Patienten“ verdrängt. Ohne eine rechtzeitige Gegensteuerung mit Rückbesinnung auf primär ärztliche Aufgaben,

soweit dies die kurative Medizin betrifft, wird man zwar Krankheiten mit Hilfe ausgefeilter Techniken früher diagnostizieren, schneller ausschließen, vielleicht auch „Kunden“ wertschöpfend befriedigen können, jedoch angesichts der bekannten Diskrepanz zwischen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten kranken und leidenden Patienten nicht ausreichend gerecht werden können.



Foto: DAK

Dr. med. Sigrid Kemmerling
Vorstandsmitglied Ärztekammer Berlin,
Oberärztin in der Kinder- und
Jugendpsychiatrie an den DRK-Kliniken
Westend

Fortsetzung von Seite 21

Deshalb hat insbesondere die Rechtsprechung⁴ den Heilkundebegriff anders ausgelegt: Heilkundenausübung liegt danach nur vor, wenn die Tätigkeit nach allgemeiner Auffassung ärztliche bzw. medizinische Fachkenntnisse voraussetzt und die Behandlung gesundheitliche Schäden verursachen kann.

Auch in § 2 Abs. 5 Bundesärzteordnung (BÄO) wird der Begriff verwendet. Er umfasst nicht nur die unmittelbar am Patienten ausgeübte diagnostische und therapeutische Tätigkeit, sondern darüber hinaus die gesamte auf ärztlich wissenschaftliche Erkenntnis gerichtete und auf der ärztlichen Approbation beruhende praktische, wissenschaftliche und verwaltende Tätigkeit zur Verhütung, Früherkennung Feststellung Heilung und Linderung menschlicher Krankheiten oder Leiden.

Damit wird der Begriff Heilkunde anders als im HpG zunehmend mit der ärztlichen Heilkunde gleichgesetzt.

Folgerichtig werden Begriffe wie Augenheilkunde, Frauenheilkunde, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde in den Weiterbildungsordnungen der Länder benutzt. Der Begriff „Zahnheilkunde“ setzt entsprechend die zahnärztliche Approbation voraus.

Gleichwohl gibt es nach wie vor die nichtärztliche Heilkunde gem. § 1 Abs. 2 HpG, deren Ausübung Heilpraktikern vorbehalten ist. Nach § 5 HpG macht sich strafbar, wer ohne Erlaubnis die Heilkunde ausübt. Als Ausübung der Heilkunde anerkannt sind zum Beispiel Chiropraktische Behandlung, Fußreflex-

zonenmassage, Entfernung von Leberflecken und Warzen im so genannten Kaltkauterverfahren, nicht jedoch eine Raucherentwöhnung oder Untersuchung des Erdbodens auf Störzonen und deren Abschirmung durch Aufstellen von sog. „Esper-Klötzen“.⁵

Für Psychotherapeuten hat sich die Gesetzeslage geändert. Mit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) werden die psychologischen Psychotherapeuten in das System der Heilberufe eingebunden. Wer als psychologischer Psychotherapeut oder als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut heilkundliche Psychotherapie ausüben will, benötigt eine entsprechende Approbation. Folgerichtig brauchen sie nicht länger eine Heilpraktikererlaubnis wie vor Inkrafttreten des PsychThG.⁶ Psychotherapeutisch tätige Personen ohne abgeschlossenes Psychologiestudium benötigen für ihre Tätigkeit (Ausübung der Heilkunde) weiterhin eine Heilpraktikererlaubnis. Die Ausübung der ärztlichen Heilkunde bleibt approbierten Ärzten und psychologischen Psychotherapeuten vorbehalten. Für nichtärztliche Medizinalpersonen wie Hebammen, Technische Assistenten, Krankenpflegepersonal oder Physiotherapeuten ist aufgrund ihrer Berufsbezeichnungen eine Erlaubnis zur Berufsausübung erforderlich. Die Erlaubnis wird nur nach einer vorgeschriebenen Ausbildungszeit und einer bestandenen Prüfung erteilt, wenn keine persönlichen Gründe der Ungeeignetheit entgegenstehen. Ein Fehlverhalten dieser Medizinalpersonen kann zu einer Eigenhaftung des Arbeitnehmers und einer Haftung des Arbeitgebers führen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass offensichtlich ein subjektives Bedürfnis der Patienten für die Ausübung sowohl ärztlicher als auch nichtärztlicher Heilkunde besteht. Dieser Bedarf ist auch objektiv feststellbar. Aus diesem Grunde wäre es vermessen, den Begriff „ärztliche Heilkunde“ als alleine richtig und allgemeingültig zu definieren.⁷ Inhaltlich unterscheiden sich die Begriffe bzw. haben andere Voraussetzungen, so dass deutlich gemacht werden sollte, ob eine Behandlung durch einen Arzt oder einen Nichtarzt erfolgt. Deshalb erscheint es sinnvoll, die beiden Heilkundebegriffe inhaltlich auszugestalten und qualitativ zu beschreiben, um den Patienten Entscheidungskriterien an die Hand zu geben, sich für eine bestimmte Behandlung zu entscheiden.

Verfasser:

RA Dr. Marc Christoph Baumgart
Kurfürstendamm 42
10719 Berlin
m.c.baumgart@t-online.de

¹ Rieger (Hrsg.), *Lexikon des Arztrechts* 2006 "Heilkunde"; Laufs/Uhlenbruck, *Handbuch des Arztrechts* § 10; Quaas/Zuck, *Medizinrecht* 2005, 667ff.; Deutsch/Spickhoff, *Medizinrecht* 2003, 355ff.; Wegener, *MedR* 1990, 250.

² die Beschränkung auf Deutsche dürfte verfassungswidrig, die Altersgrenze verfassungsrechtlich höchst zweifelhaft sein.

³ Deutsch/Spickhoff, aaO. S. 37f., Laufs/Uhlenbruck, aaO.Rn. 7f.

⁴ BVerwG NJW 1994, 3024

⁵ vgl. Rieger aaO. mwN. S. 3ff.

⁶ zu Übergangsbestimmungen vgl. § 12 PsychThG.

⁷ a.A. Wegener, aaO.

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

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 bepunktet wurden, können im **Online-Veranstaltungskalender** auf der Homepage der Ärztekammer unter **www.aerztekammer-berlin.de** (im Kapitel „Fortbildung“, „Veranstaltungskalender“) recher-

chiert werden. Hier sind auch nähere Informationen zu Unterthemen und Referenten sowie die Fortbildungspunktzahl und Kontaktdaten hinterlegt. Eine Recherche nach Terminen, Fachbereichen oder freien Suchbegriffen ermöglicht 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
<p>■ Semesterbegleitende Veranstaltungsreihe; jeweils donnerstags 20.00 – 21.30 Uhr</p>	<p>Fachspezifische Fortbildung Innere Medizin: Rheumatologie und andere Erkrankungen des Bewegungsapparates 01.06.: Neue bildgebende Verfahren in der Rheumatologie; Spondylitis ankylosans und reaktive Arthritis 08.06.: Vaskulitiden – Klinik und Diagnostik; Rheumatoide Arthritis: Klinik und Diagnostik 15.06.: Rheuma und Schwangerschaft; Fibromyalgie-Syndrom 22.06.: Prinzipien und Ziele der Physiotherapie in der Rheumatologie; Der Rheumakranke in der gesetzlichen Rentenversicherung: Leistungen – Entscheidungsgrundlagen 29.06.: Neue operative Verfahren: Minimalinvasive Hüft- und Knieendoprothetik bei der rheumatoiden Arthritis; Standards der operativen Behandlung rheumatischer Gelenkerkrankungen 06.07.: Experimentelle Therapieverfahren in der Rheumatologie; Genetische Grundlagen rheumatischer Erkrankungen</p>	<p>Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin</p>	<p>E-Mail fobi-zert@aekb.de keine Teilnehmergebühr, Anmeldung nicht erforderlich</p>	<p>3 P pro Veranstaltungstermin</p>
<p>■ Semesterbegleitende Veranstaltungsreihe, 14-tägig dienstags 20.00 – 21.30 Uhr</p>	<p>Interdisziplinäre Fortbildung 13.06.: Alkoholkrankheit 27.06.: Exantheme 11.07.: Schilddrüsenerkrankungen</p>	<p>Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin</p>	<p>E-Mail fobi-zert@aekb.de keine Teilnehmergebühr, Anmeldung nicht erforderlich</p>	<p>3 P pro Veranstaltungstermin</p>
<p>■ 09.06.2006, 9.00 – 16.45 Uhr</p>	<p>Unterweisungskurs im Strahlenschutz Unterweisung für Ärzte über den Strahlenschutz bei der Diagnostik mit Röntgenstrahlen</p>	<p>Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin</p>	<p>Tel. 40806-1301, -1302, -1303, E-Mail aag@aekb.de Gebühr: 50 €</p>	<p>8 P</p>

■ 12. – 14.06.2006	Grundkurs im Strahlenschutz Strahlenschutz gemäß Röntgen- und Strahlenschutzverordnung	Ärztchammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Tel. 40806-1301, -1302, -1303, E-Mail aag@aekb.de Gebühr: 230 €	21 P
■ 14. – 16.6.2006	Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Diagnostik mit Röntgenstrahlen	Ärztchammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Tel. 40806-1301, -1302, -1303, E-Mail aag@aekb.de Gebühr: 230 €	21 P
■ 17.06.2006, 9.00 – 18.00 Uhr	Impfungen in der Praxis	Ärztchammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	r.raimbault@aekb.de, begrenzte Teilnehmerzahl, Gebühr: 100 €	9 P
■ 3 Präsenz-Phasen: 28.08. – 02.09.2006 16.10. – 21.10.2006 27.11. – 01.12.2006	Zusatzweiterbildung „Qualitätssicherung / Ärztliches Qualitätsmanagement“	Ärztchammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	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	Ärztchammer 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

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 Gesundheitssystemen 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:

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

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

Kinderbetreuung an Kliniken meist Fehlanzeige

Berliner Kliniken haben bisher nur unzureichend familienfreundliche Arbeitsbedingungen geschaffen. Kinderbetreuungsangebote für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sucht man in den Krankenhäusern der Bundeshauptstadt meist vergeblich. Lediglich eine Klinik hat eine Betreuung für Kinder von Mitarbeitern. Dies geht aus einer bundesweiten Umfrage des Deutschen Ärztinnenbundes (DÄB) unter 2222 Kliniken hervor, die kürzlich veröffentlicht wurde.

Von Sascha Rudat

Die Berliner Krankenhäuser stehen mit ihrer negativen Bilanz in Sachen Kinderbetreuung nicht alleine da. „Die bundesweiten Ergebnisse sind, trotz weniger guter Beispiele, ernüchternd“, sagte DÄB-Präsidentin Dr. med. Astrid Bühnen. Nur sieben Prozent der deutschen Kliniken bieten der Umfrage zufolge Kinderbetreuungseinrichtungen für ihre Mitarbeiter an. Es herrsche in den meisten Klinikverwaltungen die Meinung vor, für solche Angebote gebe es keinen Bedarf oder würden sich nicht rechnen, kritisierte Bühnen.

Mageres Angebot in der Hauptstadt

In Berlin hat lediglich das Evangelische Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH) in Lichtenberg angegeben, über eine Kinderbetreuungseinrichtung zu verfügen. Die ehemalige Betriebskita ist inzwischen eine öffentliche Einrichtung, die das evangelische Diakoniewerk Königin Elisabeth als Träger hat. In der

Kita „Waldhäuschen“ werden Kinder ab einem Alter von acht Wochen bis zum Schuleintritt betreut. Die Einrichtung ist nach dem Kita-Gesetz des Landes Berlin kostenpflichtig. Rund 35 KEH-Mitarbeiter nutzen das Betreuungsangebot. Insgesamt besuchen derzeit 78 Kinder die Einrichtung. Die Klinik, die in dem Angebot einen „familienbildenden Service“ sieht, hebt den engen Kontakt zwischen den Betreuerinnen und den berufstätigen Eltern hervor. Dies liegt nicht zuletzt an den kurzen räumlichen Wegen zwischen der Kita und der Klinik. Das Feedback auf die Einrichtung sei sehr gut. Es werde von den Mitarbeitern sehr geschätzt, die Kinder in einer zum Krankenhaus gehörenden Einrichtung gut betreut zu wissen.

In zwei weiteren Berliner Kliniken ist den Angaben zufolge die Einrichtung einer Kinderbetreuung im Gespräch. In vier Krankenhäusern gibt es Kooperationen mit anderen Kindereinrichtungen. An den vier Berliner Universitätskliniken existieren keine Angebote. Der Campus

Virchow und der Campus Benjamin Franklin gaben an, keine entsprechenden Einrichtungen zu haben. Der Campus Mitte und die Kinderklinik der Freien Universität haben auf die Umfrage nicht geantwortet. Generell werden Einrichtungen für Kinder von den Klinikleitungen positiv bewertet, doch sind die Argumente dagegen zahlreich wie folgende Beispielkommentare aus der Umfrage zeigen: „Derzeit nicht finanzierbar“, „bisher kein Bedarf“, „Kinderbetreuung wird am Wohnort gelöst“, „Kinderbetreuungsangebote im Osten ausreichend“ oder „Klinik zu klein“.

Positive Beispiele

Dass die Schaffung von Betreuungsangeboten durchaus ein Gewinn für die Kliniken sein kann, zeigen die positiven Beispiele. „Durch die langen, den Dienstzeiten der Eltern angepassten Öffnungszeiten unseres Betriebskindergartens können die Einrichtungen ihre Mitarbeiter in der Dienstplanung flexibler einsetzen - damit ‚rechnet‘ sich ein Betriebskindergarten auf jeden Fall“, berichtet Astrid Baudis, Kaufmännische Direktorin des Universitätsklinikums Halle, von der im März eröffnete Kita des Klinikums. Dass ein Betriebskindergarten aus kaufmännischer Sicht Sinn machen kann, zeigt auch das Beispiel der Unfallklinik im oberbayerischen Murnau. Dort gibt es seit rund 30 Jahren eine solche Einrichtung. Beim dortigen Verwaltungsdirektor kann auch eine „Kosten-Nutzen-Gegenüberstellung“ angefordert werden.

Geringer Rücklauf

Von den 2222 bundesweit vom DÄB angeschriebenen Kliniken haben 721 geantwortet (32,45%). In Berlin wurden 121 Bögen verschickt, 26 kamen zurück. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 21,49 %. Es ist davon auszugehen, dass die Kliniken, die nicht geantwortet haben, nicht über Betreuungseinrichtungen verfügen. Von den 721 Kliniken, die insgesamt auf die Umfrage geantwortet haben, gaben 107 (14,84%) an, über eine Einrichtung zur Kinderbetreuung zu verfügen, davon haben 70 Wartelisten. 84 Kliniken haben

ANZEIGE

Vera Mai

Rechtsanwältin

Tätigkeitsschwerpunkte:

Kassenarztrecht, Arzthaftung, Medizinrecht

Interessenschwerpunkte:

Vertragsrecht, Bankrecht, Arbeitsrecht

Kurfürstendamm 66, 10707 Berlin

Tel.: 030-88 62 89 89, Fax: 030-88 62 89 66

www.mai-berlin.de, E-mail: RAin-v.mai@t-online.de



Foto: Tenhagen/KEH

Erzieherin Marie Luise Hörold mit Kindern aus der KEH-Kita „Waldhäuschen“ beim Basteln.

ein Angebot für die Altersgruppe von 0 bis 3 Jahre, 97 stellen eine Betreuung für Kinder von 3 bis 6 Jahre bereit. Lediglich 36 Kliniken bieten eine Nachmittagsbetreuung für Kinder von 6 bis 10 Jahren an. Auffallend ist der Ost-West-Unterschied bei den Angeboten für die verschiedenen Altersgruppen: Während es im Osten vorrangig Angebote für Kinder von 0 bis 3 Jahre gibt, bieten die Kliniken in Westdeutschland vor allem Betreuungen für 3- bis 6-Jährige an.

Betrachtet man die Häusergrößen, so fällt auf, dass mit 40 Einrichtungen vor allem die großen Häuser mit mehr als 600 Betten über eine Kinderbetreuung verfügen, gefolgt von 32 Häusern aus der Gruppe der kleineren Krankenhäuser (unter 300 Betten).

Verbände machen mobil

Als Fazit zieht DÄB-Präsidentin Bühnen folgendes Urteil: „Wenn es nicht gelingt, gute Betreuungsmöglichkeiten an oder im Umfeld von Kliniken und Krankenhäusern für die Kinder von Ärztinnen und Ärzten anzubieten, müssen wir uns

nicht wundern, wenn gut ausgebildete Medizinerinnen ihren Beruf an den Nagel hängen zugunsten einer Vollzeit-familientätigkeit, in andere Berufe abwandern oder aber ins Ausland gehen, wo familienfreundlichere Bedingungen angeboten werden.“ Deshalb fordert der DÄB von den deutschen Kliniken ein verstärktes Engagement in Sachen Kinderbetreuung.

Mit dieser Forderung steht der Ärztinnenbund nicht alleine da. Auch der Marburger Bund (MB) startete kürzlich eine Kampagne für ein familienfreundliches Krankenhaus. Der MB plädiert dabei vor allem für attraktivere Arbeitszeiten an deutschen Kliniken. „Neben der Normalisierung der Arbeitszeiten, deren Erreichung ein wichtiges Ziel in unserem aktuellen Tarifkonflikt ist, muss das Bewusstsein für Familienfreundlichkeit in die Krankenhäuser getragen werden. Die Krankenhausträger müssen dies endlich als Standortvorteil für die Gewinnung der knappen ‚Resource‘ Ärztin beziehungsweise Arzt erkennen“, erklärte MB-Hauptgeschäftsführer Armin Ehl. Durch die Vereinbar-

keit von Beruf und Familie soll nach Vorstellung des MB die Attraktivität des Arbeitsplatzes Krankenhaus erhöht werden. Dorthin ist es sicherlich noch ein langer Weg – und das nicht nur in der Hauptstadt.

Praxisschilder



infocard@infocard-berlin.de

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

Menschliches Leben nie Mittel zum Zweck

Drei Kulturen – ein Prinzip

Wann beginnt und wann endet zu schützendes menschliches Leben? In der Ära der interkulturellen Globalisierung gilt es, eine Antwort zu finden, die auf einem Minimalkonsens beruht, sagte Professor Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe. Der Bundesärztekammerpräsident moderierte am 26. April ein „Streitgespräch der Kulturen“ zum Thema „Der Wert des menschlichen Lebens: Ethische Grenzen in der Medizin“ aus christlicher, jüdischer und muslimischer Sicht.

Es war ein Gespräch aus Anlass des israelischen Holocaust-Gedenktages, veranstaltet zum einen von der KV Berlin im Zusammenhang mit ihrem Forschungsprojekt über die eigene

Verstrickung in die nationalsozialistische Medizin und deren Rolle bei der Vernichtung „lebensunwerten Lebens“. Mitveranstalter war der „Bundesverband jüdischer Ärzte und Psycho-

logen in Deutschland“, dessen Vorsitzender Roman Skoblo sagte, die notwendige Auseinandersetzung mit den ethischen Grundlagen ärztlichen Handelns dürfe sich nicht auf die Vergangenheit beschränken. Und Hoppe riet, die „ethischen Verwerfungen“ der modernen Medizin sehr genau zu beobachten.

Die Grundzüge jüdischer Bioethik beschrieb der Stammzellenforscher Beni Gesundheit (Hadassah-Universitätsklinik Jerusalem): Gottesebenbildlichkeit, Einzigartigkeit und daher unbeschränktes Lebensrecht jedes Menschen. Bei einer Risikoschwangerschaft hat das Leben der Mutter Vorrang, ist das Kind erst geboren, ist es unantastbar. Passive Sterbehilfe ist erlaubt, aktive verboten. Würde haben auch noch Tote, selbst hingerichtete Verbrecher.

Auch in der christlich geprägten Kultur entziehe sich die Würde eines Menschen jeder Abwägung, sagte der katholische Verfassungsrechtler Wolfram Höfling (Institut für Staatsrecht der Universität Köln). Das Leben steht hingegen „unter Gesetzesvorbehalt“. (Die Polizei darf zum Beispiel einen Geiselnnehmer erschießen, wenn nur so das Leben der Geiseln zu retten ist.)

Die beiden ersten Artikel des Grundgesetzes seien als Reaktion auf die Naziverbrechen so streng gefasst worden. Auch das Transplantations- und das Embryonenschutzgesetz zeigten, dass der Integritätsschutz bei uns besonders ernst genommen werde.

Den Schutz des Lebens bezeichnete der Gynäkologe Nadeem Elyas, bis vor kurzem Vorsitzender des Zentralrats der Muslime in Deutschland, als eines der Hauptprinzipien des Islam. Ein anderer Grundsatz sei die Achtung der Würde, ob Muslim oder Nicht-Muslim, Mann oder Frau, Weißer oder Farbiger. Auch die Wissen-



Dr. Beni Gesundheit (li.) gemeinsam mit Nadeem A. Elyas

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

schaft müsse die Würde des Menschen respektieren. Religion und Wissenschaft seien keine Gegensätze; gewisse Grenzen aber dürfe die Wissenschaft nicht überschreiten, beispielsweise keine Mittel der Vernichtung herstellen und die Schöpfung nicht verändern. „Die Risiken der Forschung müssen kalkulierbar sein und in einem vernünftigen Verhältnis zum Nutzen stehen“, sagte Elyas.

Transplantationen erlaubt der Islam, wenn der Erfolg so gut wie sicher und keine andere Behandlung möglich ist.

rator Hoppe schälten sich die wesentlichen Gemeinsamkeiten bei der Bewertung von Leben und Würde in der christlichen, jüdischen und islamischen Kultur heraus - nicht zufällig erwähnte man die Ringparabel aus Lessings „Nathan“.

Aber es wurden auch einige Besonderheiten



Ehemaliger Vorsitzener des Zentralrats der Muslime, Gynäkologe Nadeem A. Elyas.

Fazit: Der Mensch darf weder am Anfang noch am Ende seines Lebens als Mittel zum – wenn auch noch so guten – Zweck benutzt werden, und seine Würde ist unantastbar. In diesen Postulaten waren sich die Vertreter der drei monotheistischen Religionen einig. Aber die Forderungen werden keineswegs immer und überall erfüllt, überdies permanent diskutiert und in Frage gestellt – bei uns wie auch in der jüdischen und islamischen Kultur.

Rosemarie Stein



Podiumsdiskussionsteilnehmer Wolfram Höfling (li.), als Moderator Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe

Abtreibung ist nur bei multiplen und lebensgefährdenden Missbildungen des Feten zulässig. Die künstliche Befruchtung ist ausschließlich unter Eheleuten, die Präimplantationsdiagnostik nur aus medizinischen Gründen erlaubt.

Soweit einige der medizinrelevanten Prinzipien der drei abrahamitischen Religionen und der von ihnen geprägten Kulturen. Aber – dies zeigte die Diskussion – in der Realität wird überall von diesen ethischen Grundsätzen abgewichen, und auch sie selbst sind in Fluss geraten und werden teilweise heftig diskutiert. Durch gezielte Fragen von Mode-

deutlich. Im Judentum beginnt menschliches Leben erst mit der Nidation, und dem Kind werden die vollen Schutzrechte erst mit der Geburt zugestanden. Eli Gesundheit hat „Probleme, die Würde embryonaler Stammzellen zu akzeptieren“. Höfling dagegen lehnt die Forschung mit ihnen wegen Verletzung der Menschenwürde ab.

Der Islam erlaubt die Forschung an überzähligen Embryonen (die aber nicht aufbewahrt werden dürfen), verbietet jedoch ihre gezielte Erzeugung zu Forschungszwecken, teilte Elyas mit.

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

A
N
Z
E
I
G
E

Charité Fortbildungsforum



**18. – 20.
September
2006**

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

Kongresssthemen

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 IGeLn

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

39. Deutscher zahnärztlicher Fortbildungskongress

„Gegenüberstellung von bewährten und zukünftigen
Behandlungskonzepten und -techniken“

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.

Stand: Mai 2006 (Änderungen vorbehalten)

Programmanforderung und Auskunft:

MedCongress GmbH
Postfach 70 01 49, 70571 Stuttgart

Telefon: 0711 / 72 07 12 - 0, Fax: - 29
E-Mail: info@deutscher-aerztekongress.de
Internet: www.deutscher-aerztekongress.de

Geschichte einer deutschen Familie

Wolfgang P. Strassmann: Die Strassmanns, Campus Verlag, Frankfurt/Main 2006, 408 Seiten gebunden, 24,90 €, ISBN 359338034X.

Das soeben in deutscher Übersetzung erschienene Buch über die Familie Strassmann ist ein im besten Sinne Geschichten- und Geschichtsbuch. Es hält, was der Untertitel „Schicksale einer deutsch-jüdischen Familie über zwei Jahrhunderte“ verspricht, und konfrontiert uns in lebendiger aber niemals anklagender Art und Weise u.a. mit den Lebensläufen des bekannten Berliner Rechtsmedizin-Professors Fritz Strassmann, der als ein Pionier der forensischen Medizin gelten kann, und des Gynäkologen Prof. Paul Strassmann. Letzterer ist den Fachkollegen sicherlich durch die von ihm entwickelte Operation zur Behandlung von Uterusfehlbildungen – die Strassmann-Operation – und möglicherweise auch durch das so genannte Telegrafenzeichen bei der Überprüfung der postpartalen Plazentalösung bekannt. Weniger

bekannt dürfte sein, dass er unweit des Deutschen Theaters und ganz in der Nähe der Charité eine private Frauenklinik betrieben hat, die im Jahre 2003 als „Strassmann-Haus“ unter Denkmalschutz gestellt wurde.

Das Buch geht nicht nur auf die Migrationsgeschichte der Familie Strassmann ein, sondern bezieht immer auch die Zeitgeschichte, die Besonderheiten des deutschen Judentums und den latenten und schließlich brutalen Antisemitismus, unter dem Juden in Deutschland leiden mussten, mit ein.

Im Mittelpunkt des Buches steht, wie der Autor schreibt, das Leben von Paul Strassmann und sein 75-Betten-Krankenhaus in der Berliner Schumannstraße in dem, in den 27 Jahren bis zu seiner Zwangsschließung im Jahre 1936, 15.000 Kinder zur Welt gekommen sind und 26.000 Patientinnen gynäkologisch behandelt wurden. Obwohl die Familie Strassmann eine auf vielfältige Weise erfolgreich assimilierte jüdische Familie war, wurde sie letztendlich doch von den National-

sozialisten, wie viele andere, außer Landes getrieben, wobei ein Teil der Familie erfolgreich in den Vereinigten Staaten einen neuen Lebensabschnitt beginnen konnte, worauf in dem sehr lesenswerten Buch ebenfalls eingegangen wird. Zahlreiche Abbildungen veranschaulichen das Leben dieser besonderen Familie, in deren Familiengeschichte der medizinische Fortschritt, politisches Engagement und Verfolgung ständig wiederkehrende Themen sind.

Dies wird von dem Autor Wolfgang Paul Strassmann, einem Enkel des Gynäkologen Paul Strassmann, in einer zum Teil distanzierten, zum Teil anekdotischen Erzählweise dargestellt, die bis auf eine gelegentliche Bitterkeit über manches Schicksal der Familie keinerlei Ressentiments gegenüber der heutigen deutschen Gesellschaft zulässt.

Über einige kleinere fachliche Ungenauigkeiten wird der geneigte Leser gern hinwegsehen, denn es wird ihm bei der Lektüre des Buches eine Familienchronik geboten, wie es sie in dieser Intensität und Zusammenballung verschiedenster durch die Zeitläufe beeinflusster Biografien des deutsch-jüdischen Bürgertums der letzten zwei Jahrhunderte kaum noch einmal geben dürfte.

PD Dr. med. Matthias David

ANZEIGE

Die Präsidentin der Rechtsanwaltskammer Berlin
hat unserem Partner und Kollegen

Lars Junghans

den Titel

Fachanwalt für Medizinrecht

verliehen.

J U N G H A N S & R A D A U
Rechtsanwälte

Kassenarztrecht • Praxisverträge • Gewerbemietrecht • Arzthaftungsrecht • Arbeitsrecht
Berufsrecht • Wirtschaftlichkeitsprüfungen • Honorarkürzungen • Gewerbemietrecht

Zentrale
Fon: (0049-30) 81 46 38 70
Fax: (0049-30) 81 46 38 99
www.junghans-radau.de

Charlottenburg-
Wilmerdorf
Lietzenburger Straße 99
10707 Berlin

Hohenschönhausen-
Lichtenberg
Hauptstraße 9 d
13055 Berlin

Innovative Hausarztpraxen in der Diskussion

In Ergänzung zum Berliner Gesundheitspreis 2004 „Hausarzt-Medizin der Zukunft – Wege zur innovativen Versorgungspraxis“ hatten der AOK-Bundesverband, die AOK Berlin und die Ärztekammer Berlin am 10. Mai zu einem Fachworkshop eingeladen. Die drei Preisträger, die im vergangenen Jahr ausgezeichnet worden waren, stellten den rund 50 Teilnehmern in der Ärztekammer Berlin ihre hoch interessanten Konzepte des Praxis- und Qualitätsmanagements vor.

Von Sascha Rudat



Wolfgang Blank (re.) berichtet von den Erfahrungen aus seiner Praxis

Dr. med. Wolfgang Blank, Dr. med. Rohde-Kampmann und Günther Egidi waren sich zu Beginn ihres Vortrages einig: Auch sie können in ihren hausärztlichen Praxen das Rad nicht neu erfinden und müssen in einem engen rechtlichen und wirtschaftlichen Rahmen agieren. Doch durch systematische Entwicklungsprozesse ist es ihnen gelungen,

ein Qualitätsniveau in der ambulanten Versorgung zu erreichen, das die zwölfköpfige Jury überzeugt hatte, gerade diesen Hausärzten den Berliner Gesundheitspreis zu verleihen. Professor Dr. med. Vittoria Braun, Jury-Mitglied und Vorstandsmitglied der Ärztekammer Berlin, hob besonders die „Begeisterungsfähigkeit“ der drei prämierten Ärzte hervor,

die sie – Lehrbeauftragte an der Charité und selbst niedergelassene Allgemeinmedizinerin – beeindruckt habe.

Evidenzbasiertes Wissen in Alltag

Allen drei Praxen gemein sei, dass sie versuchten, „evidenzbasiertes Wissen in den Alltag einzubinden“, erklärte Wolfgang Blank, der im niederbayerischen Kirchberg eine Gemeinschaftspraxis betreibt. So sei es beispielsweise gelungen, die Impfquote durch ein Telefon-Erinnerungssystem um rund 400 Prozent zu steigern. Von besonderer Bedeutung sei aber dabei, den Patienten das evidenzbasierte, leitlinienorientierte Wissen auch verständlich und anschaulich zu machen. Die Bedeutung dieses Punktes hob auch die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Helga Kühn-Mengel, hervor: „Patienten möchten über Behandlungsziele aufgeklärt werden.“

Genauso wichtig ist für alle drei Teilnehmer ein optimal arbeitendes Praxisteam. Grundlage dafür sei ein kontinuierliches Fortbildungsmanagement für die Angestellten, erläuterte Günther Egidi, Hausarzt in Bremen. Dabei gehe es darum, dass alle Mitarbeiter in alle relevanten Praxisbereiche eingearbeitet sind, sich zugleich aber auch eine Spezialisierung und Selbstständigkeit gemäß ihren Fähigkeiten erarbeiten. Wichtig ist allen Preisträgern auch der ständige Austausch mit Kollegen. So benutzen sie beispielsweise die Möglichkeiten der Telemedizin – etwa digitale Fotografie – zur schnellen und effektiven Entscheidungsfindung. Wie Günther Egidi berichtete, befinden sich alle drei Preisträger, seit sie sich kennen gelernt haben, in einem regen Austausch. Dabei seien die Stärken und Schwächen der einzelnen Praxen zutage gekommen, die in der Folge systematisch angeglichen wurden. So habe er selbst nach den Erfahrungen der Kollegen ein neues Teammodell in seiner Praxis eingeführt, erzählte Egidi.

Wie Qualität implementieren?

In der anschließenden Podiumsdiskussion und verschiedenen Vorträgen wur-

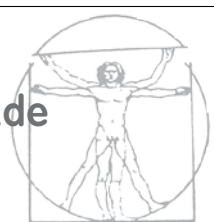
ANZEIGE

FrAktion Gesundheit

in der Berliner Ärztekammer

www.fraktiongesundheits.de

Wir sind aktive Ärztinnen & Ärzte, die sich in gesundheitspolitischen Fragen engagieren.
Kontakt: info@fraktiongesundheits.de



de unter anderem die Frage diskutiert, warum Qualitätsmanagement (QM) notwendig ist und wie man kontinuierliche Qualitätsverbesserungen großflächig in Hausarztpraxen umsetzen kann. Dr. med. Franziska Diel, Leiterin der Abteilung Qualitätsmanagement bei der KBV, betonte: „Qualität ist die Voraussetzung dafür, dass Patienten Vertrauen in die Versorgung haben.“ Diel, die bei der KBV verantwortlich ist für das QEP-Programm (Qualität und Entwicklung in Praxen), betonte, dass man eine Überregulierung vermeiden und bestehende Konzepte integrieren müsse. Kontrovers diskutiert wurde die Frage, welche Anreize für Hausärzte geschaf-

fen werden sollen, QM in ihren Praxen umzusetzen. Aus Sicht von Dr. Bernhard Egger, Leiter des Stabsbereichs Medizin beim AOK-Bundesverband, seien finanzielle Anreize dafür nicht unbedingt geeignet: „Die Forderung nach mehr Geld wird alleine die Probleme nicht lösen.“ Diel plädierte hingegen dafür, monetäre Anreize nicht von vornherein auszuschließen. Auf strikte Ablehnung der Preisträger stieß der Vorschlag, Sanktionen für Ärzte, die nicht an QM-Programmen teilnehmen wollen, einzuführen. „Die ureigene Motivation des Arztes ist grundlegend“, unterstrich Günther Egidi. Sanktionen hielten auch Diel und Egger nicht für zielführend. Qualität zu leisten sei

ein Grundanliegen der Ärzte, erinnerte Dr. med. Elisabeth Simoes, ärztliche Leiterin des Kompetenz-Centrums Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement der MDK-Gemeinschaft und der Spitzenverbände der Krankenkassen beim MDK Baden-Württemberg. Daran gelte es anzuknüpfen. Preisträger Wolfgang Blank betonte, dass QM-Programme „attraktiv und leicht verdaulich“ sein müssten, damit sie auch umgesetzt würden und die Motivation der Teilnehmer erhalten bleibe.

Weitere Informationen im Internet:

www.gesundheitspreis.de
www.aerztekammer-berlin.de

PERSONALIEN

Zum Tode von Wolfram Richter

Foto: privat



Wenige Tage vor seinem 70. Geburtstag ist am 26. März 2006 Professor Dr. med. Wolfram Richter in Berlin verstorben. Er wurde am 31. März 1936 in

Berlin geboren und studierte von 1954 bis 1959 Humanmedizin an der Humboldt-Universität zu Berlin. Nach dem Studium begann er als Assistent im Institut für Anatomie der Charité zu arbeiten und bildete sich zum Facharzt für Anatomie weiter, um für Medizin- und Stomatologie-Studierende Vorlesungen, vor allem auf dem Gebiet der Histologie und mikroskopischen Anatomie der Organe, zu halten. Von 1960 bis 2001 war er an der Charité als Hochschullehrer tätig, seit 1965 als Oberarzt, seit 1984 als Dozent und seit 1996 als Professor.

Wolfram Richter promovierte 1961 und begann danach mit wissenschaftlichen Untersuchungen zur Regeneration des Nervensystems an Teleostfischen. Die damals neuartige Methode der Autoradiographie zur Darstellung der DNA-Synthe-

se in proliferierenden Zellen kombinierte er mit klassisch histologischen Untersuchungen, deren Ergebnisse 1979 zu einer umfangreichen Habilitationsschrift führten. In späteren Jahren widmete er sich überwiegend der Enzym- und Immunhistochemie. Außer zahlreichen Publikationen in nationalen und internationalen anatomischen Zeitschriften war er auch für die Ärztezeitschrift „Medizin aktuell“ tätig.

Bei seinen Studenten war Wolfram Richter in Vorlesungen und Kursen, die er bis zu seiner Emeritierung 2001 hielt, sehr beliebt. Er wurde von ihnen als „bester Dozent“ gewählt, 1996 wurde ihm die Professorenwürde verliehen und im Sommersemester 1998 erhielt er den „Karl-Asmund-Rudolphi“-Preis für den besten Vorkliniker. Wolfram Richter war mit Leib und Seele Hochschullehrer, der noch sehr

viel farbig an der Tafel zeichnete. Auch der menschliche Kontakt zu den Studierenden war ihm immer wichtig. Die Kollegen schätzten seine vielseitige Bildung besonders auf literarischem und medizin-historischem Gebiet. Er hat auch an Standardwerken mitgearbeitet: so am „Psychrembel“ und am „Wörterbuch der Medizin“. Auch für Werke wie das Buch „Die Hohenzollerngruft und ihre Sarkophage“ war sein Wissen als Anatom gefragt.

Wolfram Richter ist nach zweieinhalbjähriger schwerer Krankheit, seinem Wunsch entsprechend im Kreis seiner Familie zu Hause verstorben. Seine Familie, Kollegen und zigtausend Studenten, die er ausgebildet hat und zu denen er eine sehr persönliche Beziehung pflegte, werden ihn vermissen. Durch die von ihm erarbeitete CD-Rom zur mikroskopischen Anatomie wird Wolfram Richter über seinen Tod hinaus als Lehrer wirksam sein.

Dr. med. Ursula Meyer
Dr. med. Bärbel Schönheit
Dr. rer. nat. Eberhard Seidler

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

Mozart und der Magnetismus

Wir wollen hier nicht etwa zum -zigsten Male die Hypothese von Mozarts Vergiftung erörtern. Trotzdem – auch in diesen Zeilen zu seinem 250. Geburtstag kommt Gift vor; nicht wirklich, nur angeblich und gesungen. Erinnern Sie sich an die köstliche Notarzt-Szene in „Così fan tutte“? Die geht so:

Die beiden Offiziere, die ihre Verlobten über Kreuz auf die Treueprobe stellen, kommen, als „Albanier“ orientalisch verkleidet, nicht gleich bei ihnen zum Ziel. Da stürmen sie schrill-theatralisch mit vermindertem Septakkord in den Garten der Schwestern und mimen einen Doppel-Suizid. Unter jähem Tonartwechsel leeren sie die Giftfläschchen („L'arsenico mi liberi di tanta crudeltà“) und sinken – tragisches g-Moll – dekorativ zu Boden.

Nun passiert, was in der Versuchsanordnung geplant war. Don Alfonso und Despina, die diese Treueprüfung erdachten und die Fäden ihrer Marionetten in der Hand halten, wissen, wie leicht Mitleid in Liebe umschlägt. Das chromatische Klagen der Damen beendet der in G-Dur auftretende würdige Dottore (die verkleidete Despina). Der ist auf dem letzten Stand des medizinischen Wissens – oder Irrtums – seiner Zeit. Nach polyglottem Imponiergehabe erhebt er endlich die Anamnese, fühlt die Pulse und schreitet in strahlendem C-Dur erfolgsgewiss zur therapeutischen Tat:

Mit einem riesigen Magneten streicht er über die scheintoten Körper, und der Orchesterklang lässt spüren, wie sie zitternd und krampfend reanimiert werden, den Kopf im Schoß ihrer Schönen. Signor Dottore erläutert dem staunenden Publikum stolz seine „pietra mesmerica“. Der heilende Magnetismus stamme ursprünglich aus Deutschland und sei nun auch in Frankreich hochberühmt.

Wie der Magnetiseur selbst. Den Wiener Modearzt und Wunderheiler Franz Anton Mesmer (1734-1815) hatte Mozart schon als Wunderkind kennengelernt: durch Maria Theresias Leibarzt Gerhard van Swieten, bei dem er über den Einfluss der Planeten auf den menschlichen Körper promoviert hatte. Es wird berichtet, dass der Musikliebhaber Mesmer beim zwölfjährigen Wolfgangl das Singspiel „Bastien und Bastienne“ 1768 in Auftrag gab, für eine Aufführung im Naturtheater seines Rokokogartens.

Hat Mozart sich später mit der Magnetismus-Schnellkur in Così auf seine Art bedankt? Auch mit Freunden trieb er ja derbe Späße. Sein Librettist Lorenzo da Ponte griff hier auf die alten Commedia del Arte-Typen zurück. Folgt man Hildesheimers Mozart-Buch, dann hat der Komponist das Libretto (in dem er ohnehin herumstrich) an dieser Stelle geändert – Mesmer zuliebe.

Dessen Magnetismus war damals bei den Patienten etwa so populär und bei den Wissenschaftlern so umstritten wie heute die Akupunktur. Über Stahlmagneten war der magische Heiler (der sich selbst für einen Aufklärer hielt) zur Zeit der Wiener Uraufführung 1790 längst hinaus. Nun brachte er das im kranken Körper stockende „kosmische Fluidum“ allein durch Handauflegen zum Fließen, später nur durch Blicke oder Worte. Er glaubte, im „thierischen Magnetismus“ die Panazee entdeckt zu haben, aber er war ein Psychotherapeut, ohne es zu wissen.

Endlich hatten die Wiener Kollegen genug von dem „Rattenfänger“. Als die angeblich von Blindheit geheilte Sängerin und Pianistin Therese Paradis (für die Mozart später ein Klavierkonzert schrieb) so blind blieb wie zuvor, war Mesmer als Scharlatan kompromittiert und ging 1778 nach Paris. Dort hatte er

bald solchen Zulauf, dass er die Leute in Massensitzungen magnetisierte. Der selbsternannte „Wohltäter der Menschheit“ bot für 100 Louisdors auch eine Einführung in seine Methode an.

Da schritt die Regierung ein und forderte einen Wirksamkeitsnachweis. Mit den Methoden der Schulmedizin sei seine Therapie gar nicht zu prüfen, argumentierte Mesmer. Eine Expertenkommission der Académie des Sciences nahm dennoch die Evidenzprüfung in Angriff und fand heraus: Nur wenn die Patienten davon wussten, wirkte der Magnetismus. Und ein nur für den König bestimmter „Rapport secret sur la mesmérisme“ erklärte den Effekt psychologisch: als Massensuggestion. Französische clarté!

Auf die deutsche Literatur der Romantik hingegen hatte Mesmers mehr und mehr in den Mystizismus abgedrifteter Magnetismus enormen Einfluss. Vergessen. Aber dank Mozart lebt Mesmer weiter. In der Komischen Oper, der wir die jüngste Berliner Così (vier Stunden – ohne Striche) verdanken, lässt Peter Konwitschny buchstäblich die Puppentänzer: der Regisseur gibt den verlassenen Mädchen ihre angeblich eingerückten Offiziere als Puppen in die Hand. Die Reanimationsszene ist – sehr passend – in psychedelisch schillernde Farben getaucht. Konwitschny sieht „Così fan tutte oder Die Schule der Liebenden“ als eine „komische, erheiternde, optimistische Geschichte über den Prozess des Erwachsenwerdens, eine Geschichte freilich, die die großen Schmerzen und Gefährdungen, die dieser Prozess mit sich bringt, nicht ausblendet“, sagt Chefdramaturg Werner Hintze.

Rosemarie Stein

Wer das wunderbare Mozart-Ensemble unter Kirill Potrenkos musikalischer Leitung erleben möchte: In dieser Spielzeit noch am 4., 10. Juni und am 16. Juli. (Karten-Telefon 030 47 99 74 00).



ÖKOPUR AUCH GUT FÜR DAS GESCHÄFTSKLIMA

Unser Umweltstrom ÖkoPur wird zu 100 % aus regenerativen Energien gewonnen – ganz ohne CO₂-Emissionen. Zertifiziert mit dem Gütesiegel „ok-power“ der unabhängigen EnergieVision e.V. leisten Sie mit ÖkoPur einen entscheidenden Beitrag zum Umweltschutz.

Mehr erfahren Sie über unsere Service-Hotline
von Mo bis Fr 7-19 Uhr unter 01801-267 267*

WWW.VATTENFALL.DE

*9-18 Uhr 4,6 Cent/Min., 18-9 Uhr 2,5 Cent/Min. aus dem Festnetz der T-Com.

Joachim Gabka im Alter von 80 Jahren gestorben

Nur zwei Wochen nach seinem 80. Geburtstag, der natürlich ordentlich gefeiert wurde, starb Professor Dr. Dr. med. Joachim Gabka plötzlich aber nicht unvorbereitet. Den 80. Geburtstag zu erreichen, war für ihn eine Gnade. Die 80 Jahre davor mit Arbeit und Erfolg, aber auch mit Glück und Liebe erfüllt zu haben war ein Segen. Sein Leben war durch die Zeit und die Stadt Berlin geprägt. Joachim Gabka wurde am 25. Februar 1926 in Berlin geboren. Nach dem Abitur am Kant-Gymnasium ereilte ihn noch 1944 das Schicksal des Wehrdienstes, der mit einer Verwundung im April 1945 in einem Lazarett endete. Unmittelbar danach und unter dem Eindruck des Erlebten, begann Joachim Gabka das Medizinstudium zuerst in Rostock und beendete es 1951 in Berlin fast gleichzeitig mit seiner Promotion. Die fachärztliche Ausbildung über chirurgisch-gynäkologi-

sche und chirurgisch-orthopädische Kliniken erfolgte letztendlich durch Professor Rosenthal an der Charité in der plastisch-rekonstruktiven Chirurgie. 1956 wurde Joachim Gabka nach seinen wissenschaftlichen Arbeiten zu Spaltbildungen im Gesichtsbereich schon mit 30 Jahren habilitiert. Noch im gleichen Jahr ging er vom Ostteil der Stadt in den Westteil und wurde Oberarzt im Rudolf-Virchow-Klinikum bei Professor Harnisch. In den folgenden Jahren beeinflusste er maßgeblich die noch junge Disziplin der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie ebenso wie die der Plastischen Chirurgie, die er sozusagen in Personalunion betrieb. 1977 übernahm er die Klinik für Kiefer-, Gesichts- und plastische Chirurgie an der Schlosspark-Klinik und lehrte an der Freien Universität in der Zahnklinik. Vielen Studenten der Zahnheilkunde wird die „Gabka-Horror-Picture-

Show“ – eine Anspielung auf die vielen gezeigten historischen Bilder – noch in Erinnerung sein. Denn Professor Gabka hatte neben der Berufung als Arzt stets ein großes Interesse an der Geschichte, die ihn so prägte, und an der (Aus-)Bildung junger Menschen. Dazu gehörte nach seiner Auffassung eben nicht nur das Vermitteln von Fachwissen, sondern auch eine umfassende Allgemeinbildung und das Wissen um geschichtliche Zusammenhänge auch in der Medizin.

Diese herzliche und persönliche Zuwendung, die ich persönlich 20 Jahre erfahren durfte, zeichnete ihn nicht nur im Umgang mit Studenten und Kollegen, sondern auch im Umgang mit seinen Patienten und Mitmenschen aus. Nach der Beendigung seiner chirurgischen Tätigkeit mit 69 Jahren stand er noch bis zu seinem 80. Lebensjahr seinen Patienten in meiner Klinik beratend zur Verfügung. Bis ins hohe Alter widmete er sich auch den familiären Aufgaben als Vater von vier Kindern aus zwei Ehen und Großvater von acht Enkeln.

Dr. med. Alexander Moegelin

A
N
Z
E
I
G
E

NEU

Besuchen Sie uns in unserer Sonotheek. Dort können Sie in aller Ruhe und Sorgfalt aus einer Vielfalt von Systemen das für Sie optimale Gerät wählen.

Partner weltweit führender Hersteller:



Sonotheek Berlin
Paul-Junius-Str. 70 - 10369 Berlin
Tel. 030 - 9714030
www.mtjendreyko.de - email: info@mtjendreyko.de



SONORING

Medizintechnik Jendreyko

TOSHIBA5 famio5 Premium

NEUE
PREMIUM-
QUALITÄT
ZUM ALTEN
SONDERPREIS!



BERLINER ÄRZTE

6/2006 43. JAHRGANG

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

Herausgeber:

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

Redaktion:

Dipl. jour. Sascha Rudat (v.i.S.d.P.)
Eveline Piotter (Redaktionsassistentin)

Redaktionsbeirat:

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

Anschrift der Redaktion:

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

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

Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:

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

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

Die Zeitschrift erscheint 12mal im Jahr jeweils am 1. des Monats. Sie wird von allen Berliner Ärzten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft zur Ärztekammer bezogen. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedspreis abgegolten. Nichtmitglieder können die Zeitschrift beim Verlag abonnieren. Der Jahresbezugspreis (12 Ausgaben) beträgt im Inland € 61,40 (einschließlich Versand), Patenschaftsabonnement Berlin-Brandenburg € 40,90 (einschließlich Versand). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 4,20 zzgl. € 2,50 Versandkosten.
Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 6 vom 01.01.2006.

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

ISSN: 0939-5784