

Sensor für Fehlentwicklungen

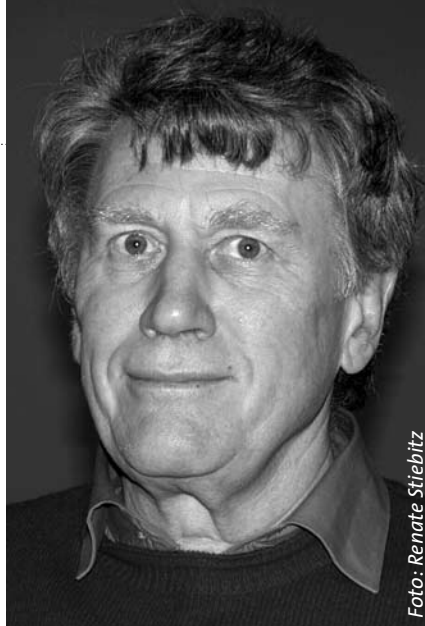


Foto: Renate Stiebitz

Wolfram Singendonk

ist niedergelassener Kinderarzt in Schöneberg

Vorsorgeuntersuchungen im Kindes- und Jugendalter haben sich bewährt, wenn auch Verbesserungen im Hinblick auf Inhalte, Zeitpunkte und Anzahl der Untersuchungen notwendig sind. Entsprechendes ist in Arbeit bei einer Gruppe von Mitgliedern des Berufsverbandes und der wissenschaftlichen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin.

Vorsorgeuntersuchungen sind von den Eltern gut angenommen und die Kinder werden, wie statistische Erhebungen belegen, in Berlin in den ersten Jahren bis zu 95% und mehr vorgestellt. Mit zunehmendem Alter (z.B. U9 mit 5 Jahren) ist die Teilnahme geringer. Zu unserem Bedauern ist die Teilnahme von Jugendlichen an der Jugendgesundheitsuntersuchung (JU1) mit 20 – 40% sehr gering. Von nicht wenigen Eltern werden die Vorsorgen bereits als „Pflichtuntersuchung“ wahrgenommen.

Vorsorgeuntersuchungen sind für uns Kinder- und Jugendärzte die Gelegenheit, die körperliche, psychomotorische und auch psychosoziale Entwicklung zu beurteilen. Sie bieten einen Rahmen, ausführlich über Gesundheitsverhalten aufzuklären, dies betrifft die Ernährung, Zahnpflege, Förderung der Motorik, der mentalen Entwicklung, Verhinderung

von Krankheit durch Impfungen, um nur einige Beispiele zu nennen. Sie ermöglichen uns auch, lange bevor es ins öffentliche Bewusstsein tritt, Fehlentwicklungen zu erkennen. So haben Kinder- und Jugendärzte schon seit 15 Jahren auf das zunehmende Problem von Adipositas, Bewegungsarmut und Störungen der Sprachentwicklung insbesondere bei Kindern aus Migrantenfamilien hingewiesen.

Ein Beleg, dass durch Vorsorgeuntersuchungen Verbesserungen erzielt wurden, sind die in den letzten Jahren zunehmenden Durchimpfungsraten. Dies als Beispiel, in dem wir als Kinder- und Jugendärzte unmittelbar gefordert sind. Viele andere Auffälligkeiten und Defizite sind nicht im medizinischen Bereich zu lösen, hier sind konzentrierte Anstrengungen auch mit sozialen und pädagogischen Institutionen gefordert (Kindergärten, Schulen, Erziehungsberatungsstellen usw.).

Politiker fordern jetzt Pflichtuntersuchungen verbunden mit der Überzeugung, dass dadurch Risikofamilien früher erkannt werden, um Misshandlungen und Verwahrlosungen von Kindern aus diesen Familien zu verhindern. Ich halte dies für einen politischen Schnellschuss ohne Hoffnung auf Nachhaltigkeit. Alle öffentlichen Strukturen, die dafür notwendig wären, wurden in den letzten Jahren reduziert. Dies betrifft insbesondere den Öffentlichen Gesundheits-

dienst im medizinischen Bereich, ganz zu schweigen von Einrichtungen mit entsprechend ausgebildetem Personal in den Kindertagesstätten und Schulen im kompensatorisch sozialpädagogischen Bereich.

Vorsorgeuntersuchungen können verpflichtend vom Gesetzgeber vorgeschrieben werden. Wir als niedergelassene Kinder- und Jugendärzte müssen aber auf den Besuch der Eltern mit ihren Kindern warten. Wir können und wollen auch nicht eine Überwachungsinstitution für den Staat sein, denn eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Patient und Arzt ist Voraussetzung für unsere ärztliche Tätigkeit. Es wäre Aufgabe der Exekutive in gleicher Weise, wie diese den Schulbesuch kontrolliert.

Wir als Kinder- und Jugendärzte werden die Vorsorgeuntersuchungen weiterhin mit gleicher Sorgfalt durchführen, zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen fordern und weiter Sensor sein für Fehlentwicklungen im Kinder- und Jugendbereich.

Ihr

W. Singendonk

TITELTHEMA.....

Karriere(n)ick: Frau

Immer mehr Frauen ergreifen den Arztberuf. Über die Hälfte der Absolventen des Humanmedizin-Studiums sind inzwischen weiblich.

Doch in medizinischen Führungspositionen muss man Frauen lange suchen. Warum glückt nur wenigen Ärztinnen der Weg nach oben auf der Karriereleiter?

Von Ulrike Hempel.....14

MEINUNG.....

Sensor für Fehlentwicklungen

Von Wolfram Singendonk.....3

BERLINER ÄRZTE aktuell.....6

Pertussis-Auffrischungsimpfung im Vorschulalter

Informationen des Robert-Koch-Institutes.....13

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

Neue Weiterbildungsordnung tritt in Kraft

Die neue Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin tritt in Kraft. Diese bringt zahlreiche Änderungen für Ärztinnen und Ärzte sowie für Weiterbildungsbefugte mit sich. BERLINER ÄRZTE gibt einen Überblick über die wichtigsten Veränderungen.....20

Ärzte sind keine Sparkommissare!

In der Ärzteschaft brodet es. Die Spar-

politik der Bundesregierung treibt die deutschen Mediziner scharenweise auf die Straße. Neuester Bürokratieauswuchs: Das geplante Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz. Die darin enthaltene Bonus-Malus-Regelung stößt auf massive Kritik.

Von Elmar Wille.....23

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen.....12**Arzthelferinnen bestehen Prüfung mit Auszeichnung**

Nachdem die Ärztekammer Berlin die Ausbildung zur Arzthelferin in den vergangenen Jahren rundum erneuert hat, konnten bei den beiden letzten Abschlussprüfungen erstmals nach sechs Jahren wieder Auszeichnungen vergeben werden.

Von Jeanne Nicklas-Faust.....24

Ausgezeichnete Palliativmedizin

Die leidenslindernde Versorgung durch Palliativstationen, Hospize und spezialisierte ambulante Dienste hat sich in

Berlin trotz aller noch bestehenden Lücken erfreulich entwickelt. BERLINER ÄRZTE gibt einen Überblick über den aktuellen Stand.

Von Rosemarie Stein.....27

BUCHBESPRECHUNGEN....

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft:

Arzneiverordnungen.....29

PERSONALIEN.....

Zum 70sten von Bruno Müller-Oerlinghausen.....31

FEUILLETON.....

Kunst durch Therapie?

Die Professorin für Kunsttherapie Karin Dannecker berichtet in ihrem Buch „Psyche und Ästhetik“ von einer Patientin, der in ihrer Therapie tatsächlich ein Kunstwerk gelang.

Von Rosemarie Stein.....34

Impressum.....42



Fortbildung

Kammer setzt auf Online-Kalender

Der Fortbildungskalender der Ärztekammer Berlin erscheint ab April 2006 nur noch als Online-Version auf der Internet-Homepage der Kammer. Der beigelegte Fortbildungskalender in BERLINER ÄRZTE fällt damit ab dem April-Heft weg. Die Kammer hat sich zu diesem Schritt entschlossen, da wegen der großen Anzahl der monatlich von der Ärztekammer Berlin zertifizierten Veranstaltungen nur noch ein kleiner Teil aller Fortbildungsveranstaltungen in Berlin in der Kammerzeitschrift

abgedruckt werden konnte. Damit war ein kompletter Überblick über alle Fortbildungen eines Monats nicht mehr möglich. Die Konzentration auf den Online-Kalender bietet für Kammermitglieder einige Vorteile: So lässt sich dort ganz gezielt nach Datum, Fachbereich, Sachgebiet oder einem frei wählbaren Begriff suchen. Die Kammermitglieder können dabei sicher sein, unter allen von der Ärztekammer Berlin zertifizierten Fortbildungsveranstaltungen zu suchen. Bei

ausgewählten Veranstaltungen kann man das Programm abrufen oder sich direkt über die Homepage des Veranstalters für die Fortbildungsmaßnahme anmelden. Auch entfällt die durch den Print-Kalender vorgegebene Einschränkung auf einen Monat, denn im Internet-Kalender werden alle zukünftigen Veranstaltungen aufgeführt. Damit können die Kammermitglieder ihre eigenen Fortbildungen weit im Voraus planen.

Für Veranstalter ändert sich nichts. Wie bisher erscheint ihre Veranstaltung nach der Anmel-

dung zur Zertifizierung per Online-Formular automatisch auch im Online-Kalender (dies ist der ausschließliche Weg für die Anmeldung der Veranstaltung!). BERLINER ÄRZTE wird im April-Heft in einer ausführlichen Anleitung die Vorteile des Online-Kalenders vorstellen. Den Online-Fortbildungskalender finden Sie im Internet unter: <http://kalender.aekb.de/www/webkalender.nsf/Start?OpenForm>.

Wir bitten die Kammermitglieder um Verständnis für diese Neuregelung.

Verschreibungspflichtige Medikamente

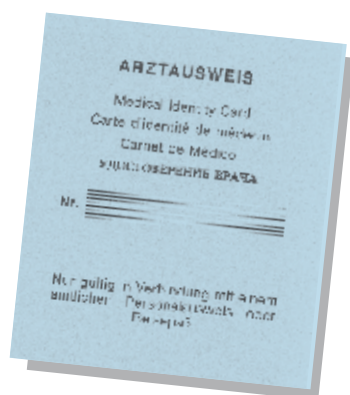
Arztausweis alleine reicht nicht mehr!

Die Vorlage des Arztausweises reicht neuerdings nicht mehr aus, um in Apotheken verschreibungspflichtige Medikamente zu erhalten. Die bisherige Ausnahmeregelung, nach der dies möglich war, ist mit der seit 1. Januar 2006 gültigen neuen Arzneimittelverschreibungsverordnung entfallen. Darauf weist der Berliner Apotheker-Verein hin. Ärztinnen und Ärzte müssen sich somit auch für den Eigenbedarf selbst ein Rezept ausstellen. Des Weiteren genügen Telefongespräche zwischen Arzt und Apotheker zur Abgabe oder zur Änderung der Abgabemenge

von Medikamenten nicht mehr. Apotheker benötigen vor der Abgabe jedes verschreibungspflichtigen Arzneimittels ein Rezept.

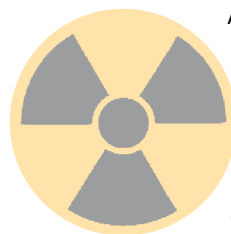
Eine ärztliche Verschreibung muss folgende Angaben enthalten:

- Name, Berufsbezeichnung und Anschrift des Arztes (kein Stempel erforderlich)
- Ausstellungsdatum
- Name und Geburtsdatum des Patienten
- Bezeichnung des Fertigarzneimittels oder des Wirkstoffes einschließlich der Stärke bzw. bei Rezepturen deren Zusammensetzung nach Art und Menge sowie eine Gebrauchsanweisung
- die Darreichungsform sowie die abzugebende Menge des Arzneimittels
- die Gültigkeitsdauer der Verschreibung
- Eigenhändige Unterschrift des Arztes (d.h. die Vorlage des Originals der Verschreibung ist zwingend vorgeschrieben, eine Übermittlung per Telefax oder unsignierter E-Mail ist nicht ausreichend)



Fachkunde nach Strahlenschutzverordnung

Aktualisierungsfrist läuft ab



Am 31. Juli 2006 läuft für alle Ärzte, die ihre Fachkunde im Strahlenschutz nach der Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) zwischen 1990 und 31. Juli 2001 erworben haben, die Aktualisierungsfrist ab. Wie schon mehrfach bekannt gemacht, gelten Fachkunden im Strahlenschutz seit der letzten Novelle der StrlSchV nur noch befristet und müssen

alle fünf Jahre aktualisiert werden. Der Fristablauf betrifft ärztlicherseits die Strahlentherapeuten, die Nuklearmediziner und die Arbeitsmediziner, die die Vorsorgeuntersuchungen bei beruflich Strahlenexponierten durchführen.

Auf ihrer Homepage informiert die Ärztekammer Berlin unter www.aerztekammerberlin.de/25_Weiterbildung/95_strahlenschutz/FK_Aktualisierung/index.html über alle ablaufenden Fristen und über die Regelungen für medizinisches Assistenzpersonal. Für Ärzte, die vom Fristablauf betroffen sind, bietet die Akademie für Arbeitsmedizin und Gesundheitsschutz der Ärztekammer am 17./18. März 2006 einen kombinierten Aktualisierungskurs im Strahlenschutz nach StrlSchV und Röntgenverordnung (RöV) an (nur für Ärzte). Mit diesem Kurs kann gleichzeitig auch die Fachkunde im Strahlenschutz nach der RöV aktualisiert werden.

Anmeldung und Information unter:

Tel.: 030/40 80 6-1301, -1302, -1303, E-Mail: aag@aekb.de

Aktualisierungskurse (für Ärzte und Assistenzpersonal) bietet auch die Landesanstalt für Personendosimetrie an. Termine finden Sie im Internet unter: www.lps-berlin.de.

Informationen und Anmeldung: Tel.: 030/6576-3101, -3102.

Zugespißt



Foto: Rase

Arztberuf heute

Neulich... In einem hochkarätigen Gremium einer hochkarätigen Spitzenorganisation. Ein neuer stellvertretender Vorsitzender wird gesucht, der alte ist jetzt noch hochkarätiger und deswegen nicht mehr verfügbar.

Keiner meldet sich, der Tagesordnungspunkt soll vertagt werden. Doch, einer meldet sich. Will sich in die Pflicht nehmen lassen. Sich in der Organisation (siehe oben) ehrenamtlich für die gute Sache einsetzen. Sehe sich diesbezüglich in preußischer Tradition von Pflichterfüllung. Insgesamt positive Resonanz, ein paar Fragen des Gremiums, ein paar Antworten des Kandidaten, jetzt könnte er gewählt werden.

Die Standesvertreter sind gewogen, sind bereit, wollen zur Tat schreiten. Da passiert das Unfassbare. Hätte er doch bloß den Mund gehalten. Der Kandidat. Hätte er doch seinen letzten Satz nicht gesagt.

Damit stellt er alles in Frage. Den Berufsstand, die Wahrheit, seine Kandidatur, sich selbst. Wie kann jemand – wo doch alle, aber auch wirklich alle wissen, dass das eine Lüge sein muss – solche Ungeheuerlichkeit behaupten.

Was hat er denn gesagt? „Ich bin gerne Arzt, ich fühle mich wohl dabei, mir geht es gut damit.“

Also wirklich, so jemand gehört doch ... also wirklich, liest der Mann keine Zeitung? -anonymus-

In eigener Sache

Gute Nachrichten gesucht

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

Bitte senden Sie Ihre Beiträge an: Redaktion BERLINER ÄRZTE, Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin
E-Mail: presse@aekb.de

Letzte Meldung

Ärzteproteste großer Erfolg

Rund 3000 niedergelassene Berliner Ärztinnen und Ärzte haben zwischen dem 6. und dem 10. Februar gegen die Sparpolitik der Bundesregierung protestiert. Damit beteiligte sich gut jede zweite Berliner Praxis an der Protestwoche gegen die unzulängliche Finanzierung der ambulanten medizinischen Versorgung, die immer stärkere Rationierung von Medikamenten und die Bürokratieflut in den Praxen. Während zunächst am 6. und 7. Februar viele Ärzte im Berliner Norden ihre Praxen geschlossen hatten, folgten am 9. und 10. Februar die Kollegen in den südlichen Bezirken. Viele von ihnen nahmen an einer Fortbildungsveranstaltung der KV Berlin zum Thema Qualitätsmanagement teil.

Die Ärztekammer Berlin wertet die Proteste als großen Erfolg. „Die Protestwoche zeigt die Geschlossenheit der Ärztinnen und Ärzte, die Unabhängigkeit der Patientenversorgung gegen die kostenfixierte Politik der Bundesregierung zu verteidigen“, betonte Ärztekammer-Präsident Dr. med. Günther Jonitz. Vize-Präsident Dr. med. Elmar Wille wies darauf hin, dass die im geplanten Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) festgelegte Bonus-Malus-Regelung das Arzt-Patientenverhältnis massiv belasten werde. „Oberste Priorität haben dann nicht mehr Gesundheit, Heilung und möglichst Schmerzfreiheit des Patienten, sondern schlicht der schnöde Mammon“, warnte Wille. Ärzte würden per Gesetz dafür belohnt, dass sie Werbevorträge für die preiswertesten Arzneimittel halten. Dies verstoße aber eindeutig gegen die Berufsordnung der Ärztekammer. Lesen Sie dazu auch den Artikel „Ärzte sind keine Sparkommissare!“ auf Seite 23.

Die bundesweiten ärztlichen Proteste gegen das AVWG zeigten schließlich erste Wirkung: Mitte Februar kündigte die Regierungskoalition eine Entschärfung der Bonus-Malus-Regelung an.

Erfolgreiche Arbeit der Obdachlosenpraxen gewürdigt

Die beiden allgemeinärztlichen Arztpraxen für Obdachlose der MUT gGesellschaft für Gesundheit mbH am Ostbahnhof und in Lichtenberg sind im Februar zum 60.000. Mal von Obdachlosen konsultiert worden. Die Gesellschaft ist eine 100-prozentige Tochter der Ärztekammer Berlin. Rund 11.500 Patienten nahmen damit seit 1994 die Dienste der Praxen in Anspruch. In der dazugehörigen europaweit einzigen Zahnarztpraxis für Obdachlose gab es seit 1999 rund 10.500 Konsultationen. Grund genug, die erfolgreiche Arbeit der Praxen in einer Feierstunde zu würdigen. MUT-Geschäftsführerin Dr. med. Helga Schick bedankte sich für die parteiübergreifende Unterstützung des Projektes. Sie betonte, dass es wichtig sei, mit den Angeboten vor Ort an den Brennpunkten zu sein. Die Senatorin für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Dr. Heidi Knake-Werner, lobte die „wichtige, unverzichtbare Arbeit“ der MUT. „Wir brauchen dieses niedrigschwellige Angebot“, unterstrich sie. Neben der medizinischen Versorgung der Obdachlosen werde dort auch „etwas die Seele gestreichelt“. Außer ärztlicher Hilfe erhalten Obdachlose in den MUT-Einrichtungen warme Mahlzeiten, Kleidung und die Möglichkeit zur persönlichen Hygiene. In den Praxen werden den Angaben zufolge vor allem

Haut-, Lungen- und HNO-Erkrankungen behandelt. Dazu kommen Verletzungen durch Unfälle und Gewalt. Rund 80 Prozent der Patienten sind laut MUT-Sprecherin Angelika Patkovszky männlich. Frauen würden eher andere Möglichkeiten nutzen, bevor sie auf der Straße landeten, erklärte sie. Insgesamt sind in den Praxen fünf Ärzte – teils ehrenamtlich – tätig. Dazu kommen zwei Schwestern und zwei Sozialarbeiter. Da die laufenden Kosten der MUT ausschließlich aus Spenden finanziert werden, bittet die Gesellschaft um Unterstützung.

Spendenkonto:
MUT gGesellschaft für
Gesundheit mbH
Konto-Nr.: 133 333 30
Berliner Sparkasse
Blz.: 100 500 00

Die MUT ist im Internet zu
finden unter:
www.mut-gesundheit.de

Kommentar

Die Ärmsten fallen durch das Raster

Die 60.000. Konsultation in den Arztpraxen am Ostbahnhof und in Lichtenberg war Anlass, die dort geleistete Arbeit der MUT (Gemeinnützige GmbH) der Öffentlichkeit darzustellen. Die



Foto: Rudat

Arbeit ist beispielhaft und kann nur gelobt werden, das heißt, nicht nur die ärztliche und zahnärztliche Versorgung der durch die Roste des Sozialsystems Gefallenen, sondern auch die Suppenküche und Kleiderkammer sollen hier erwähnt werden. Es darf gespendet werden!

Nach wiederholtem Besuch dieser Hilfseinrichtung darf ich sagen: „Nur durch private Spenden und privates Tätigwerden wird den Ärmsten in unserer Gesellschaft geholfen.“ Unser GKV-System, von Bismarck einst für die ganz Armen eingerichtet, fängt sie nicht auf. Unser Sozialsenat mit all seinen Unterbehörden, fängt sie auch nicht auf. Und die Religionsgemeinschaften mit der Nächstenliebe im Logo schaffen es auch nur partiell.

Insoweit dürfen wir alle betroffenen inne halten und unsere ganzen Sozialgesetze abklopfen, zuzuerst das Bundesministerium für Gesundheit sowie das Bundesministerium für Soziales. Denn erkennbar ist der geforderte „freie Zugang für ärztliche Versorgung für Jedermann“, so Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, in Deutschland nicht gegeben. Übrigens sind da auch Menschen dabei, die von einem bekannten früheren Bundesgesundheitsminister durch erbarmungslose Paragraphen nach heutiger Rechtslage de facto lebenslänglich aus der GKV ausgeschlossen sind. Das ist ein echter Notstand. Die Ärztekammer Berlin dankt allen, die hier sich helfend einbringen.

Dr. med. Elmar Wille

ANZEIGE



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

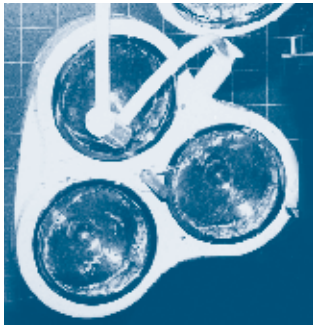
Freuen Sie sich schon auf Ihren ALBIS Praxiscomputer?

ALBIS 
Berlin ...mehr als Software

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

Hygiene

Landesamt überprüft Medizinprodukte



Das Landesamt für Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz und technische Sicherheit (LAGeTsi), weist darauf hin, dass es in der nächsten Zeit die gesetzlichen Anforderungen zur Aufbereitung von Medizinprodukten – insbesondere keimarme und sterile Produkte – überprüfen wird. Zur Vorbereitung dieser Kontrollen wird ein Fragebogen verschickt, um Einrichtungen entsprechend ihrem Risikopotenzial auswählen zu können und um dessen Ausfüllen und Zurückschicken an das LAGeTsi gebeten wird. Gesetzliche Grundlage ist die Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV). Danach wird eine ordnungsgemäße Aufbereitung vermutet, wenn die gemeinsame Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert-Koch-Institut

und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte zu den Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten (folgend: RKI-Empfehlung) beachtet wird. Die Richtlinie ist im Internet herunterladbar unter: www.rki.de/Krankenhaushygiene/Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene.

Voraussetzung für die ordnungsgemäße Durchführung der Aufbereitung und die ständige Sicherung der Qualität der zur Anwendung kommenden Aufbereitungsprozesse ist ein Qualitätsmanagementsystem. Dazu gehört neben der Festlegung der Räumlichkeiten die Beschreibung des gesamten Kreislaufs des Instrumentariums einschließlich der Darstellung des Aufbereitungsprozesses sowie die Festlegung von Verantwortlichkeiten.

Die MPBetreibV legt weiterhin fest, dass die mit der Aufbereitung beschäftigten Personen auf Grund ihrer Ausbildung und praktischen Tätigkeit über die erforderlichen Sachkenntnisse bei der Instandhaltung von Medizinprodukten und über die hierfür erforderlichen

Räume einschließlich deren Beschaffenheit, Größe, Ausstattung und Einrichtung sowie über die erforderlichen Geräte und sonstigen Arbeitsmittel verfügen müssen. In der

RKI-Empfehlung werden für Sterilgutassistenten in Abhängigkeit von der übertragenen Verantwortung abgestufte Fachkurselehrgänge I bis III beschrieben.

ANZEIGE



KORTE

RECHTSANWÄLTE

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

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

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

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

*Unter den Linden 12
10117 Berlin-Mitte

**Rudower Chaussee 12
12489 Berlin-Adlershof

24-Stunden-Hotline:
030-226 79 226

www.studienplatzklagen.com

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

WM-Verkehr

Sonderparkzone in Charlottenburg

Während der Fußballweltmeisterschaft in diesem Sommer wird es in Charlottenburg rund um das Olympia-Stadion eine Sonderparkzone geben. Um dort den Verkehr durch Stadionbesucher an den sechs Spieltagen einzuschränken, sollen in diese Zone zwischen 10 und 24 Uhr nur Anwohner und Berechtigte ein- und ausfahren sowie dort parken können, wie das Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf mitteilte. Betroffen sind von dieser Regelung 59 Straßen. Die Liste der Straßen finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin: www.aerztekammer-berlin.de. Ärztinnen und Ärzte, die dort ihre Praxen haben oder wohnen, sollten sich deshalb an das Bezirksamt wenden. Sie erhalten dort kostenlos bis zu fünf Anwohnergnetten je Praxis.

Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf, Frau Sziwek,
Tel.: 030/9029-17621, -17777, -17778

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

Stiftung bietet Forschungsstipendien an

Die Robert Bosch Stiftung schreibt zum vierten Mal das Forschungskolleg Geriatrie aus. Das Stipendienprogramm richtet sich in erster Linie an junge promovierte Ärzte in Weiterbildung, die sich mit wissenschaftlichen Fragestellungen der Geriatrie auseinandersetzen wollen. Das Forschungskolleg wird gemeinsam mit sieben klinisch-geriatrischen Zentren in Deutschland und der Schweiz durchgeführt. Die bis zu zehn Teilnehmer arbeiten bis zu zwei Jahre an einem eigenen Forschungsprojekt an einer der beteiligten Institutionen. Für einen verkürzten Förderzeitraum können sich auch Fachärzte um die Teilnahme bewerben. Bewerbungsschluss ist der 15. April 2006. Nähere Informationen finden sich im Internet unter: www.forschungskolleg-geriatrie.de

Interdisziplinärer Fortbildungstag 2006 der Ärztekammer Berlin

Die Ärztekammer Berlin veranstaltet am Samstag, den 13. Mai 2006 den 1. Interdisziplinären Fortbildungstag. Ziel dieses Fortbildungstages ist es, aktuelle interdisziplinäre Fragestellungen in Vorträgen und interaktiven Arbeitsformen vorzustellen und zu diskutieren. Darüber hinaus bietet der Interdisziplinäre Fortbildungstag eine Informationsveranstaltung sowie individuelle Beratungsmöglichkeiten für in Weiterbildung befindliche Ärztinnen und Ärzte. Ausgewählte Kurse werden (bei inhaltlich gleich bleibendem Zuschnitt) zudem am selben Tag wiederholt. Die Einbettung aller Themen in eine Ganztagesveranstaltung lädt darüber hinaus zu Begegnungen und kollegialem Austausch ein. Einen orientierenden Programmüberblick finden Sie in der Tabelle auf der rechten Seite. Der Fortbildungsschwerpunkt Risiko-

management möchte die Kurs Teilnehmer für die Bedeutung dieses Themas in Klinik und Praxis sensibilisieren; weiter sollen Werkzeuge vermittelt werden, die zur Risikovermeidung beitragen und einen angemessenen Umgang mit eingetretenen Schadensereignissen unterstützen. Der Kurs zum Thema Qualitätsmanagement bietet Interessenten aus Klinik und Praxis eine Einführung in die Thematik und wird durch die Präsentation erfolgreich praktizierter Qualitätsmanagement-Projekte belebt. Anliegen des Kurses zur Röntgenbild-Diagnostik ist die Vermittlung einer systematischen Analyse von Röntgenaufnahmen und praktischer Hilfen, die den Alltag des nicht fachradiologisch tätigen Arztes erleichtern und interessanter gestalten. Im Mittelpunkt des Kurses Ärztliche Leichenschau steht

nach einer Einführung zu den Aufgaben der professionellen Leichenschau und den Rechtsgrundlagen die Vermittlung einer systematischen Vorgehensweise bei der Wahrnehmung dieser Aufgabe.

Das Kursangebot zum Themenschwerpunkt Ärztgesundheit/Work-Life-Balance skizziert die gesellschaftliche Entwicklung im deutschsprachigen wie angloamerikanischen Raum aus ärztlicher Sicht und leitet zur frühzeitigen Erkennung von Warnsignalen an. In dem Kurs wie in einer moderierten Gesprächsrunde werden Möglichkeiten institutioneller wie individueller Präventionsmaßnahmen aufgezeigt. Hauptanliegen des Seminars zum Patienten-Arzt-Gespräch sind die Vertiefung der ärztlichen Gesprächsführungskompetenz und ein Zugewinn an Sicherheit

im Umgang mit „schwierigen“ Patienten. Neben der Erörterung einiger theoretischer Grundlagen wird die eigene Gesprächskompetenz trainiert. Ein musikalischer Ausklang, bei dem barocke Programm-Musik auf historischen Instrumenten zu Gehör kommt, rundet das Veranstaltungsprogramm ab.

Bitte beachten Sie, dass die Teilnehmerzahl der kostenpflichtigen Kurse (s. Tabelle) auf jeweils 20 Personen begrenzt ist; daher ist ein Anmeldeverfahren notwendig.

Bitte fordern Sie das betreffende Anmeldeformular für den/die von Ihnen bevorzugten Kurs(e) unter der E-Mail-Adresse fortbildungstag2006@aekb.de an.

Eine Anmeldung für die kostenfreien Veranstaltungen ist nicht erforderlich.

Ein Tipp für Ihre sehbehinderten Patienten!

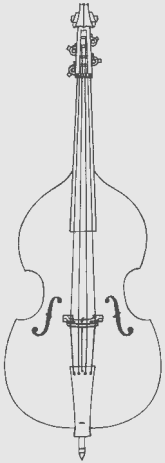
Bei Ihnen gibt's die ärztliche Beratung - beim gemeinnützigen Selbsthilfeverein ABSV die Hilfsmittel, Freizeitangebote, Sozialdienst, Reha-Training, Begleitsdienst u.v.m.

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 

Übersicht Fortbildungsveranstaltungen

	9.00/10.00 Uhr	12.00 Uhr	14.00 Uhr	16.00 Uhr
Konferenzsaal (EG)	10.00 – 11.30 Uhr Info-Veranstaltung: Wie werde ich Facharzt? kostenfrei	12.00 – 13.30 Uhr Info-Veranstaltung: Ärztgesundheit / Burn-out / Work-Life- Balance 2 Fortbildungspunkte kostenfrei	14.00 – 15.30 Uhr Info-Veranstaltung: Wie werde ich Facharzt? kostenfrei	16.00 – 17.30 Uhr Barocke Programm-Musik auf historischen Instrumenten kostenfrei
Seminarraum 6 (1. OG)	10.00 – 11.30 Uhr Kurs mit Diskussion: Einführung Risiko- management 20 €, 3 Fortbildungs- punkte, Anmeldung erforderlich	12.00 – 13.30 Uhr Kurs mit Diskussion: Einführung Risiko- management 20 €, 3 Fortbildungs- punkte, Anmeldung erforderlich	14.00 – 15.30 Uhr Kurs: Qualitäts- management Einführung und praktische Beispiele 20 €, 3 Fortbildungs- punkte, Anmeldung erforderlich	
Seminarraum 7 (1. OG)	10.00 – 11.50 Uhr Kurs: Thoraxröntgen- bild für Neugierige 20 €, 3 Fortbildungs- punkte, Anmeldung erforderlich	12.00 – 13.50 Uhr Kurs: Thoraxröntgen- bild für Neugierige 20 €, 3 Fortbildungs- punkte, Anmeldung erforderlich	14.00 – 15.50 Uhr Kurs: Thoraxröntgen- bild für Neugierige 20 €, 3 Fortbildungs- punkte, Anmeldung erforderlich	
Seminarraum 8 (1. OG)	10.00 – 11.30 Uhr Kurs: Kompetente ärztliche Leichenschau 20 €, 3 Fortbildungs- punkte, Anmeldung erforderlich	12.00 – 13.30 Uhr Kurs: Kompetente ärztliche Leichenschau 20 €, 3 Fortbildungs- punkte, Anmeldung erforderlich	14.00 – 15.30 Uhr Kurs: Kompetente ärztliche Leichenschau 20 €, 3 Fortbildungs- punkte, Anmeldung erforderlich	
Seminarraum 9 (1. OG)	9.00 – 13.30 Uhr Kurs: Patienten-Arzt- Gespräch 40 €, 7 Fortbildungs- punkte, Anmeldung erforderlich		14.00 – 15.30 Uhr Moderierte Gesprächsrunde: Erhalt der Work-Life- Balance im ärztlichen Beruf kostenfrei, 3 Fortbil- dungspunkte	
Seminarraum 1-3 (EG)		12.00 – 15.30 Uhr Beratung zur Weiterbildung kostenfrei		
Seminarraum 4 (EG)		12.00 – 13.30 Uhr Sprechstunde des Ombudsmannes der Weiterbildung kostenfrei		

Ultraschall erleben SONOLINE Center



Proven Outcomes.

Sichtbare Ergebnisse.

Ultraschall vor Ort:

- Termine ganz in Ihrer Nähe
- Neu- und Gebrauchs-systeme
- 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

Bufexamac**Allergisches Kontaktekzem**

Die AkdÄ beschreibt ein generalisiertes, Bufexamac-bedingtes Kontaktekzem, das eine systemische Hochdosierung von Prednison erforderlich machte. Sie rät dringend davon ab, Bufexamac-haltige Externa (Parfenac®, Generika) unkritisch anzuwenden. Die häufige Furcht von Patienten mit atopischer Disposition (z.B. Neurodermitis, chronisches

Ekzem) vor den unerwünschten Wirkungen (UAW) von Glukokortikoiden sollte nicht dazu führen, derartige Präparate mit wenig überzeugender Wirkung zu verordnen. Zusätzlich sind die Symptome der aufgetretenen UAW von Bufexamac denen der Grunderkrankung zum Verwechseln ähnlich.

Quellen: Dt. Ärztebl. 2005; 102 (47): C 2597; Dt. Med. Wschr. 2005; 130 (50): 2881

Anmerkung: In einer neuen Publikation des Informationsverbundes Dermatologischer Kliniken (IVDK) werden Kontaktallergien durch das topische Antiphlogistikum Bufexamac als „heimtückische und häufige Nebenwirkung“ beschrieben. Angesichts bekannter therapeutischer Alternativen (u.U. beginnend mit einer reinen Salbengrundlage) raten die Autoren vom Einsatz Bufexamac-haltiger Zubereitungen ab. Trotz weiterer rückläufiger Verordnungszahlen in 2004 scheint in Anbetracht der Freiverkäuflichkeit Bufexamac-haltiger Präparate und des nachgewiesenen negativen Nutzen/Risiko-Verhältnisses die Forderung nach einem Entzug der Arzneimittelzulassung derartiger Präparate berechtigt.

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

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

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

NSAID und COX-II-Hemmer**GI-Störungen**

In einer neuen Fall-Kontroll-Studie mit 10.892 Patienten wurde festgestellt, dass es für eine erhöhte Sicherheit gegen die bekannten gastrointestinalen Störungen durch die neuen COX-2-Inhibitoren (hier: Rofecoxib, Celecoxib) im Vergleich zu konventionellen NSAID (hier: Napro-

xen, Diclofenac) keine gesicherte Evidenz gebe. Eine zusätzliche Gabe von Ulkustherapeutika konnte in dieser Studie das Risiko reduzieren, nur unter der Einnahme von Diclofenac-haltigen Arzneimitteln blieb es weiterhin signifikant gegenüber der Vergleichsgruppe erhöht.

Quelle: Brit.med.J. 2005; 331: 1310 und 1473

Anmerkungen: Die Datenlage zur besseren Verträglichkeit der Cox-II-Hemmer bleibt umstritten. In später publizierten Leserbriefen zu obiger Studie wird u.a. angemerkt, dass

- in der sog. CLASS-Studie kein signifikanter Unterschied zwischen Celecoxib und Diclofenac/Ibuprofen in Hinblick auf gastro-intestinale Ulzera gefunden wurde und
- im Gegensatz dazu in einer kanadischen Studie bei alten Patienten COX-2-Hemmer im Gegensatz zu konventionellen NSAIDs das Risiko gastrointestinaler Blutungen nicht erhöhten.

Für obige Studie spricht, dass sie im Gegensatz zu klinischen Studien eher die im praktischen Alltag auftretenden UAW bei einer unselektierten Patientenklitel widerspiegelt. Nachteilig ist eine mögliche Selektionsbias, die trotz Berücksichtigung in der Auswertung nicht garantieren kann, dass COX-II-Hemmer nicht bevorzugt für Patienten mit bekannten gastrointestinalen Störungen verordnet wurden. Die These eines alten Praktikers: Alle neuen wirksamen Arzneistoffe werden in der Regel von wenigen Patienten besser vertragen, von vielen gleich gut oder gleich schlecht, und von wenigen schlechter als die bereits bekannten alten Substanzen einer Arzneistoffgruppe.

Nachdruck aus dem Rheinischen Ärzteblatt 3/2006

MedConsult

Wirtschaftsberatung für medizinische Berufe

Praxisverkauf

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

Praxiskauf

- Niederlassungsberatung
- Finanzierungsvermittlung
- Versicherungskonzepte

Praxis Kooperation

- 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

Pertussis-Auffrischungsimpfung im Vorschulalter

Die Ständige Impfkommission (STIKO) hat auf Grund der aktuellen epidemiologischen Situation in Deutschland und des Wegfalls des monovalenten Impfstoffes eine Änderung der Empfehlungen zur Impfung gegen Pertussis vorgenommen und als Ausnahme vom üblichen jährlichen Veröffentlichungsturnus vorab veröffentlicht. Danach sollte die Auffrischungsimpfung gegen Tetanus und Diphtherie (Td) im Alter von fünf bis sechs Jahren durch eine Kombinationsimpfung Tetanus-Diphtherie-Keuchhusten (TdaP) ersetzt werden.

Der Zeitpunkt für die TdaP-IPV Auffrischung mit neun bis 17 Jahren sollte erhalten bleiben.

Bei der Verwendung von Kombinationsimpfstoffen sind die Indikationen und Impfabstände der anderen im Impfstoff enthaltenen Antigene zu berücksichtigen. Eine Impfung sollte möglichst nicht früher als fünf Jahre nach der zuletzt verabreichten Dosis (TD, Td) erfolgen, um das vermehrte Auftreten unerwünschter Lokalreaktionen zu minimieren. Im Zusammenhang mit erkannten Pertussishäufungen kann auch bei vollständig geimpften Kindern und Jugendlichen mit engem Kontakt in Haushalt oder Gemeinschaftseinrichtungen eine Impfung erwogen werden, falls die letzte Impfung länger als fünf Jahre zurückliegt. Speziell vor Geburt eines Kindes bzw. für Frauen mit Kinderwunsch sollte überprüft werden, ob ein adäquater Immunschutz gegen Pertussis für enge Kontaktpersonen und Betreuer besteht. Dieser sollte gegebenenfalls mit einem Kombinationsimpfstoff (TdaP) aktualisiert werden.

B. pertussis ist der hauptsächliche Erreger des Keuchhustens. Infektionen mit B. parapertussis können ebenfalls zu einem keuchhustenähnlichen Krankheitsbild führen, das aber meist

leichter und kürzer als bei einer Erkrankung durch B. pertussis verläuft. Die höchste Inzidenz wird in Mitteleuropa im Herbst und Winter beobachtet, jedoch ist die Saisonalität nicht besonders stark ausgeprägt. Die Übertragung erfolgt durch Tröpfcheninfektion bei engem Kontakt.

Auch gegen Pertussis geimpfte Kinder können nach Keuchhusten-Kontakt Träger von Bordetella sein.



Grund für die Empfehlung der STIKO ist ein Anstieg der Erkrankungen (Daten liegen nur für die neuen Bundesländer vor) besonders in der Altersgruppe der 5- bis unter 15-Jährigen. Dies gilt auch für Kinder < 15 Jahre mit einem vollständigen Immunschutz. Bei steigenden Durchimpfungsgrad ist ein hoher Anteil von geimpften Kindern zu erwarten, allerdings bei insgesamt sinkender Inzidenz. Waren die steigenden Erkrankungszahlen bis zum Jahr 2000 möglicherweise im Zusammenhang mit ungenügenden Durchimpfungsgraden zu sehen, so kann die aktuelle epidemiologische Entwicklung in Übereinstimmung mit internationalen Studien als Hinweis auf einen abnehmenden Immunschutz (waning immunity) in zeitlichem Abstand zur Impfung gewertet werden. Schätzungen aus Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern deuten auf ein Abnehmen der Impfeffektivität (von 90 % bei Säuglingen auf ca. 64 % bei 9- bis 11-jährigen Kindern) im zeitlichen Abstand zur Grundimmunisierung hin. Einzig in Sachsen werden sinkende Erkrankungszahlen beobachtet. Möglicherweise lässt sich die Entwicklung dort durch eine bereits seit 1998 empfohlene Auffrischungsimpfung im Vorschulalter erklären.

Weitere Informationen: www.rki.de
> Infektionskrankheiten von A – Z >
Pertussis

Auf der Jagd erspäht:

Welches Gericht ist für die Geltendmachung des zahnärztlichen Honoraranspruches örtlich zuständig?

Die heiß umstrittene Frage, an welches Gericht sich der Arzt wenden muss, um seine Honorarrechnung geltend zu machen, wurde nun auch von dem OLG Düsseldorf entschieden: danach besteht Streit über die Frage, ob der Ort der Praxis des Zahnarztes oder aber der Wohnsitz des Patienten als Gerichtsstand in Betracht kommt. Das OLG Düsseldorf hat in seinem Urteil vom 3.6.2004 den Gerichtsstand am Praxissitz des Zahnarztes bejaht. Dagegen hatte der Bundesgerichtshof (BGH) in seinem Beschluss vom 11.11.2003 bei einem anwaltlichen Dienstvertrag nicht den Gerichtsstand am Ort der Räume des Rechtsanwaltes gesehen. Der BGH beruft sich auf die besonderen Umstände des jeweiligen Dienstvertrages und auf den Schwerpunkt der jeweiligen Tätigkeit. So ist die Tätigkeit des Zahnarztes ausschließlich in seinen Räumen auszuführen, die Tätigkeit des Rechtsanwaltes jedoch kann auch im Gerichtssaal stattfinden. Grundsätzlich befindet sich jedoch der Gerichtsstand für ärztliche Honoraransprüche am Wohnsitz des Schuldners und nicht am Ort der Arztpraxis selbst. Somit ist trotz der aktuellen Entscheidung des OLG Düsseldorf stets erneut zu prüfen, vor welchem Gericht die Honorarrechnung gerichtlich geltend gemacht werden muss. Sind wir wieder so schlau wie vorher...

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



Karriererek(n)ick: Frau

Warum der Weg nach oben

In Deutschland gibt es mehr gut ausgebildete Frauen als je zuvor. Frauen wollen arbeiten und sie wollen Karriere machen. Doch auf den oberen Etagen der Karriereleiter ist die Kollegin noch immer ein Spurenelement. Die Realität zeigt, dass sich trotz 20 Jahren internationaler Frauenförderung in Deutschland nur schüchterne Fortschritte anbahnen. Die Medizin macht da keine Ausnahme. Obwohl an den Universitäten heute der Studentinnen- und Absolventinnenanteil im Fachgebiet Humanmedizin über 50% beträgt, werden die Positionen, die mit Einfluss-, Macht-, und Entscheidungsbefugnis in der Medizin ausgestattet sind, zu über 90% von Männern bekleidet.

Warum glückt nur wenigen Ärztinnen der Aufstieg in die Führungspositionen?

Von Ulrike Hempel



für Ärztinnen so schwierig ist



Foto: RTL

Montagsmorgen. Klinikalltag. Herr Professor Dr. med. XY, Spezialist mit nationalem Ruf und internationalem Bekanntheitsgrad, ruft über den Flur: „Kollegin XX, Sie wissen doch, dass ich nächste Woche auf dem Kongress in Bern den Vortrag halten soll. Bin aber verhindert. Welchen Kollegen sollte ich Ihrer Meinung nach bitten, für mich die Präsentation zu übernehmen?“ Die Oberärztin XX überlegt gemeinsam mit ihrem Chef. Sie schlägt YZ Junior vor. Den Satz „Chef, das kann ich doch machen!“, sagt sie auch heute nicht. Ergebnis: Der jüngere männliche Kollege fliegt nach Bern. Er nutzt die Chance, den Chef zu vertreten. Er wird dort für sich symbolisches Kapital sammeln und genug Aufmerksamkeit bei den entscheidenden Zuhörern erregen, dass er als Experte in Erinnerung bleibt. Ein wichtiger Schritt, um die Karriereleiter weiter zu erklimmen. Demgegenüber bleibt Frau Dr. med. XX weiter die zwar erfahrene, kompetente Kollegin, die immer zur Verfügung steht, zu jedem Einsatz bereit ist, letztlich den Laden schmeißt, doch in beruflicher Hinsicht nicht weiterkommt. Die geschätzte Kollegin vor Ort wird sich irgendwann fragen, warum die steile Karriere eigentlich immer die anderen machen. Ist YZ Junior doch besser und fleißiger als sie?

Ökonomie der Aufmerksamkeit

Ein ziemlich törichter, aber für Frauen in medizinischen Berufen doch typischer Irrtum. Denn wer Leistung nicht sichtbar macht, wird auch keinen Erfolg haben. Das amerikanische IT-Unternehmen IBM hat untersucht, woran es liegt, ob ein Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin aufsteigt 1). Die Studie nennt drei Kri-

terien, die für bessere Aufstiegschancen entscheidend sind: 1. Die Qualität der Arbeit, 2. das Image der Person und 3. der Bekanntheitsgrad der Person im Unternehmen bzw. in der Fachwelt. Das Ergebnis der Studie zeigt, dass die Qualität der Arbeit gerade einmal 10% der Wirkung ausmacht und 30% des Erfolgs vom Image des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin abhängen. 60% spielen beim Karriereleitererklimmen schließlich die Rolle, wie gut die Vorgesetzten auf den Mitarbeiter oder die Mitarbeiterin aufmerksam geworden sind. Je nach Berufsfeld bedarf es also einer spezifischen Aufmerksamkeitsökonomie. Nur wer Aufmerksamkeit auf sich ziehen kann, hat eine Chance. Wer als Ärztin auf dem Weg nach oben nicht im Bummelzug sondern lieber im ICE sitzen möchte, sollte zeigen, was er kann. Entsprechend rät auch Dr. med. Astrid Bühren, Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin und Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes e.V. (DÄB), jüngeren Kolleginnen seit Jahren, dass „vornehme Zurückhaltung nicht angebracht“ sei. Es fehlt Frauen der Mut, „hier“ zu sagen, die eigenen Fähigkeiten und Vertrauen in das eigene Können zu zeigen. Treten sie aber selbstbewusst auf, birgt das die Gefahr in sich, von anderen missdeutet zu werden. Aufmerksamkeit von anderen impliziert Konkurrenz. Das Bemühen, Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen, wird nicht selten von anderen Kollegen als Selbstdarstellungsdrang oder Profilneurose ausgelegt. Männern wird in diesem Zusammenhang im Allgemeinen mehr Spielraum als Frauen eingeräumt. In den entsprechenden Institutionen wird es offenbar immer noch als atypisch wahrgenommen,

wenn Ärztinnen sich keine Zurückhaltung auferlegen, sondern selbstbewusst die eigenen Kompetenzen darstellen. Das spiegelt die Statistik wider.

Zahlen und Fakten

Die Positionen, die mit Einfluss-, Macht-, und Entscheidungsbefugnis in der Medizin ausgestattet sind, werden zu über 90% von Männern bekleidet, obwohl an den Universitäten heute der Studentinnen- und Absolventinnenanteil im Fachgebiet Humanmedizin über 50% beträgt. An weiblichem Nachwuchs kann es also nicht fehlen.

Verfolgt man die Karriereverläufe zwischen den weiblichen Ärztinnen im Verhältnis zu ihren männlichen Kollegen, legen die Zahlen nahe, dass hinsichtlich der Erfolgschancen für höhere Positionen ein erheblicher Unterschied besteht. So zeigt sich im Geschlechterverhältnis von Medizinerinnen und Medizinerinnen, die eine akademische Laufbahn einschlagen, dass sich beim Erklimmen der universitären Karriereleiter mit jedem zusätzlichen Qualifikationsschritt die Differenz zwischen weiblichen und männlichen Kollegen vergrößert. Während sich hinsichtlich der Approbationen der Anteil noch relativ gleich auf Frauen und Männer verteilt, beginnt sich mit der Promotion die Schere zwischen den Geschlechtern in medizinischen Berufen signifikant zu öffnen, wie Abb. 1 verdeutlicht.

Wie sieht es in den einzelnen medizinischen Institutionen aus? Die Statistik zu Ärztinnen und anderen weiblichen Beschäftigten des Berliner Gesundheitswesens (Stand 2004) spricht eine klare Sprache hinsichtlich des Geschlechterverhältnisses 2). In der Berliner Ärztekammer waren insgesamt 12.174 Ärztinnen registriert, was 48,8% der Berliner Gesamtärzteschaft von 24.940 entspricht. 3.821 Ärztinnen (31% aller Kolleginnen) sind „ohne ärztliche Tätigkeit“, wobei lediglich 657 als arbeitslos gemeldet sind. Von den verbleibenden 8353 medizinisch tätigen Ärztinnen arbeiten 3669 im ambulanten Bereich (48,4% Frauenanteil in freier Praxis), 3593 im Krankenhaus (41,9% Frauenanteil der Krankenhausärzteschaft) und 1091 in Behörden, Körperschaften oder sonstigen relevanten Einrichtungen (Frauenanteil: 52,8%). Frauen sind in allen drei genannten Bereichen in einem relativ ausgeglichenen Verhältnis zu männlichen Kollegen vertreten. Doch dieser Eindruck bedarf einer entscheidenden Korrektur, sobald gefragt wird, in welchen Positionen Frauen im medizinischen Bereich tätig sind.

Betrachtet man nur die Berliner Krankenhäuser, so ist zunächst festzuhalten, dass 15,4% der Beschäftigten ärztlich und zu 85,6% nicht-ärztlich tätig sind. Der weitaus größte Anteil des nicht-

ärztlichen Personals (Pflege, med. Therapeuten, Verwaltung) ist weiblich, nämlich 78,3%. Beim Pflegepersonal beträgt der Anteil der Schwestern sogar 86,8%. Vorwiegend männlich besetzt sind lediglich der medizinisch-technische Bereich und der Wirtschafts- und Versorgungsdienst. Während also in den nicht-medizinischen Bereichen der Berliner Krankenhäuser Frauen arbeiten, so kehrt sich dieses Bild hinsichtlich der medizinischen Tätigkeiten um. In den Berliner Krankenhäusern arbeiten 72 weibliche und 533 männliche leitende Ärzte sowie 228 Oberärztinnen und 690 Oberärzte. Dabei sind die bevorzugten Fachgebiete der Chef- und Oberärztinnen Anästhesie, Radiologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie. Auch in einigen operativen Fachgebieten gibt es in Berlin Frauen – je eine für Allgemeinchirurgie, Thoraxchirurgie, Orthopädie und Gynäkologie.

Die Langzeitstudie von Hohner, Grote und Hoff „Geschlechtsspezifische Berufsverläufe: Unterschiede auf dem Weg nach oben“³⁾, die Berufsbiographien von Männern und Frauen in Medizin und Psychologie untersuchte, bestätigt die These: Männer in medizinischen Berufen sind deutlich erfolgreicher als Frauen, wenn man den Aufstieg in mittlere und höchste Positionen als ersten Indikator für den Berufserfolg ansieht. Männer erzielten in dieser Untersuchung in allen Berufsverlaufsmustern ein höheres Einkommen. Sie arbeiteten überproportional häufig in den attraktiven und prestigeträchtigen Fachgebieten. Frauen kommen weniger schnell, weniger weit, haben weniger unterstellte Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen und verdienen weniger Geld.

Verteilung von Macht und Geld

Um die subtilen Schwierigkeiten und Hindernisse für Ärztinnen hinsichtlich ihrer Chancen auf Leitungs- und Führungspositionen zu verstehen, reicht es jedoch nicht aus, Zahlen erwerbstätiger Ärztinnen und Professorinnen zu ermitteln und mit denen männlicher Kollegen zu vergleichen. Zahlen sind Fakten, sagen letztlich jedoch nur wenig darüber

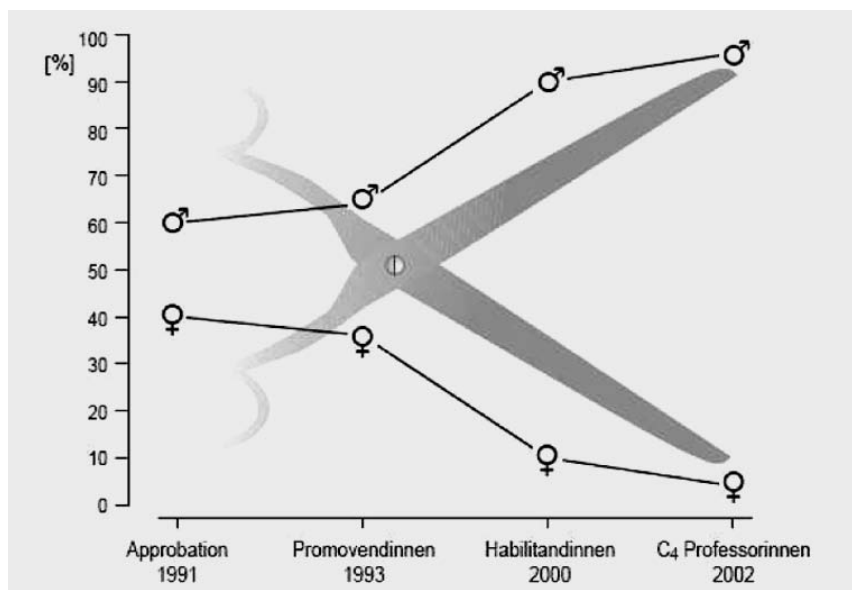


Abb. 1 (Quelle: Handbuch „Karriereplanung für Ärztinnen in Klinik, Hochschule und Praxis“)

aus, warum auf dem Medizinerarbeitsmarkt Macht und damit in der Regel auch das Geld zwischen den Frauen und den Männern ungleich verteilt sind. Zahlreiche Initiativen von Ärztinnen versuchen seit Jahren, die Chancen für Frauen im medizinischen Bereich zu stärken. Die Frage stellt sich dennoch: Warum fruchten die Bemühungen bislang nur vereinzelt?

Professor Dr. med. Vittoria Braun, niedergelassene Ärztin, Lehrstuhlinhaberin am Institut für Allgemeinmedizin der Charité und Vorstandsmitglied der ÄKB ist eine von den Ärztinnen in Berlin, die die Karriereleiter erfolgreich erklommen haben. Wenn man ihr bei der Schilderung ihrer Entwicklung zuhört, dann stellt sich heraus, dass es ihr offenbar in erster Linie nicht um eine bestimmte Position, sondern immer um die Sache und die Aufgabe ging. Allerdings wäre es ein Fehler zu unterstellen, Männer würden immer nur auf die Position schielen und seien an der Sachlage nicht interessiert. Braun wurde in einer Arztfamilie groß. Beide Eltern waren Mediziner. Entsprechend kennzeichnete die Medizin das Milieu, aus dem sich als Erwachsene ihre Handlungsstrategien entwickelten. Sie war für ihren beruflichen Werdegang durch ihre Herkunft gewappnet. Die „Ober- und Unterärzte“, die im Elternhaus ein- und ausgingen, haben Braun zwar nicht begeistert. Im Gegenteil, zunächst war da viel Widerstand, der sich schließlich aber in eine Identifikationsmöglichkeit mit der Medizin wandelte. Das gewonnene Selbstbewusstsein half, den steinigen Karriereweg der Medizin zu ebnen. Braun machte das Abitur und wurde gleichzeitig zur Krankenschwester ausgebildet – Berufsausbildung mit Abitur hieß diese Qualifikation im Osten. Über diese Erfahrungen gewann sie vorrangig den Zugang zur Medizin. Nach der Approbation bildete sie sich zur Fachärztin für Allgemeinmedizin weiter, gründete eine Familie, promovierte und habilitierte. Vereinzelt legten ihr männliche Kollegen, aber auch weibliche Kolleginnen Steine in den Weg, aber im Zuge ihrer Karriere wurde sie in erster Linie fair und kollegial behandelt. „Ich



habe immer das Selbstverständnis gehabt, dass ich genauso viel wert bin wie ein Mann.“ Neben dem ärztlichen Elternhaus, nennt Braun aber auch den sozialen Rückhalt, den sie in der Ehe durch ihren Mann findet, als Karriereressource. „Ich kann heiter und gelassen und kämpferisch sein, weil ich weiß, dass ich auch Glück für mich selber habe, das nicht angreifbar ist. Manche sagen, mein Mann folge mir bspw. bei Kongressen oder Tagungen wie ein Schatten. Ich denke eher, er ist mein Licht.“ Von besonderer Bedeutung ist es, den Familienalltag gemeinsam zu organisieren. Hier entscheidet sich für zahlreiche Frauen, ob sie Familie und Karriere miteinander vereinbaren können. Indikator eines Erfolgskonzepts ist für Frauen vor allem auch der Wunsch nach Zufriedenheit in allen Lebensbereichen. „Allein hält man es nicht durch. Mein Mann hat mich in meinem Wollen und Tun immer unterstützt, nicht nur als die Kinder klein waren.“ Große und finanziell gut gesetzte Karriereschritte können zwar Aspekte von beruflichem Erfolg, aber niemals ein Kriterium für Glück, Gesundheit und Freude sein.

Braun konnte die Hürden der Medizinerlaufbahn nehmen, weil es ihr gelang und gelingt, den Beruf mit einer erfüllenden Partnerschaft, einem beglückenden Familienleben und individueller Freizeitgestaltung zu vereinbaren. Dennoch hat sie wie andere auch erfahren, dass institutionelle Strukturen den

Karriereweg bestimmen, ermöglichen oder begrenzen können. Zunächst waren das politische Strukturen der DDR, jenseits des medizinischen Alltags. Beruflicher Werdegang und politische Einstellung waren aufgrund der parteilichen Diktats durch die SED miteinander verbunden. So konnte man bis zur Oberärztin kommen, ohne Mitglied der SED zu sein. Weiter oben war das Parteibuch Pflicht. Jeden Freitag musste Braun über einen gewissen Zeitraum in der Marzahner Poliklinik, in der sie als Abteilungsleiterin arbeitete, beim ärztlichen Direktor erscheinen, der es übernommen hatte, sie für die Partei zu werben. „Solange die Mauer steht, geh ich nicht in die Partei“, wiederholte sie wöchentlich. Nach der Wende hat Braun dann allerdings auch innerhalb des medizinischen Alltags bestimmte traditionelle geschlechterspezifische Einstellungen erkannt. Man mutmaßte, Braun sei in der Partei gewesen. Grund zur Annahme war, dass man ihr nicht zutraute ohne offizielle Unterstützung als Frau mit Kindern, in die Position und zur Habilitation gekommen zu sein. „Das hat mich gekrängt“, sagt Braun und weist daraufhin, dass es in der DDR seit 1968 den Facharzt für Allgemeinmedizin gab. „Sie dachten, ich brauche für meine berufliche Entwicklung irgendwelche Hintermänner. Das groteske, aber deshalb nicht weniger ernste Beispiel ist nur eines von vielen. Es zeigt, wie berufliche Karriere und Geschlecht miteinander verquickt werden.“



Handbuch „Karriereplanung für Ärztinnen in Hochschule, Klinik und Praxis“
Erscheint im 2. Quartal 2006

Das Buch „Karriereplanung für Ärztinnen in Hochschule, Klinik und Praxis“ soll eine Unterstützung bei der frühzeitigen Karriereplanung und aktiven Karrieregestaltung sein. Neben einer aktuellen Bestandsaufnahme zur beruflichen Situation von Frauen in der Medizin werden Wege zum Erfolg und Karriereverläufe von Ärztinnen beschrieben und praktische Hinweise für die Berufsplanung als Ärztin mit wichtigen Adressen

und Links gegeben. Das Projekt beinhaltet eine Interviewstudie von erfolgreichen Ärztinnen in unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen, die von der Sozialwissenschaftlerin Dr. Susanne Dettmer durchgeführt wurde. Für weibliche Karriereverläufe spielen folgende Aspekte eine Rolle:

Erfolgsfördernde Faktoren der eigenen Person:

- Berufliche Zielklarheit
- Hohes berufliches Selbstvertrauen und Freude am Beruf
- Karriereambitionen zeigen Belastungsfähigkeit und Durchhaltevermögen
- Unterstützungsnetzwerke und Kooperationen
- Organisationsgeschick und soziale Kompetenz

Erfolgsfördernde Kontextbedingungen

- Förderung durch Vorgesetzte
- Unterstützung des Partners/der Familie
- Transparenz der Karrierepfade und Organisationsstrukturen
- Frauen- und familienfreundliche Organisationsstrukturen

gelingen. „Wir müssen uns mit den typisch männlichen Verhaltensmustern auseinandersetzen, um dann strategisch erfolgreich die eigenen Karriereplanungen voranbringen zu können.“ Kaczmarczyk, Mitherausgeberin des Handbuchs, kommt als Anästhesistin aus einem Querschnittsfach und hat hinsichtlich der Frauenförderung ihre eigene Sicht und Erfahrung: Neben der Angst vor zu viel Nähe, verweist sie vor allem auf die mangelnde Förderung der Ärztinnen von den Chefs aufgrund einer selbstbezogenen Wahrnehmung männlicher Entscheidungsträger. Sie sagt: „Ein männlicher Vorgesetzter denkt bei der Suche nach einem Nachfolger automatisch an einen jüngeren Mann. In dem sieht er oft sein eigenes Selbst. Das ist ihm vertraut und das will er auch fördern.“

Stimmt diese These, dann kommen Frauen in hochgradig funktional bestimmten Institutionen, wie sie die moderne Medizin heute erforderlich macht, nicht vor. Regeln und Routine bestimmen den ärztlichen Alltag für Frauen und Männer. Gebraucht werden geschlechtlich neutrale Funktions-träger mit individuellen Fertigkeiten, die für einen glatten Ablauf und eine reibungslose Patientenversorgung sorgen. Erst wenn Ärztinnen auf sich aufmerksam machen, beginnt die Geschlechterdifferenz eine Rolle zu spielen. Entweder werden Frauen als schutzbedürftig wahrgenommen, indem ihnen unterstellt wird, dass sie ohne die Hilfe eines männlichen Kollegen und Förderers nicht auskommen oder sie werden, sobald ihnen diese Unterstützung doch zuteil wird, zu einer Bedrohung. Nicht selten hat Kaczmarczyk bei Stellenbesetzungen erlebt, dass hoch qualifizierte und gut aufgestellte Frauen ihr sagten: „Mein Chef ist ja in der Berufungskommission oder der kennt da einen und ich kann mich drauf verlassen, dass ich die Stelle bekomme.“ Und dann hat der männliche Kollege in der Berufungskommission einen Rückzieher gemacht und hat sich eben doch nicht für die Frau exponiert. Oder es zeigte sich, dass Konstellationen zwischen

Mangelnde Förderung

Gerade wegen des Geschlechterfaktors müssen Frauen besondere Karriere- und Legitimationsstrategien entwickeln, um Aufstiegschancen, nicht nur für sich wahrzunehmen und vor den anderen Kollegen zu rechtfertigen. Braun reflektiert entsprechend genau, welche Ziele sie in der Allgemeinmedizin erreichen möchte, wie sie sie erreichen kann und an wen sie herantreten muss, damit sie die nötige Unterstützung bekommt. Und sie gibt ihre Erfahrungen und Erfolgstopps weiter, nicht nur in ihrer Lehrpraxis in Köpenick und in ihren Vorlesungen an der Charité, sondern auch in dem Buch „Karriereplanung für Ärztinnen in Hochschule, Klinik und Praxis“ (s. Abb.), das in diesem Frühjahr erscheinen wird und künftig Ärztinnen mit der Approbationsurkunde übergeben werden soll.

„Es kann nicht mehr darum gehen, dass wir Ärztinnen in Nischen abgedrängt werden, besonders in den operativen Fächern. Das sage ich Ihnen gleich: da operieren Frauen dann nur noch Hühneraugen“, erklärt Professor Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk, Anästhesistin, Hochschullehrerin an der Charité Campus Virchow Klinikum, langjährige Frauenbeauftragte der Charité. „Auch wenn man als Frau einen Lehrstuhl hat, ist man vor Diskriminierung nicht geschützt. Zwar ist man in der Mannschaft drin, aber man wird nicht angespielt. Man stürmt mit zum Tor. Man läuft immer mit. Bekommt aber trotzdem keinen Ball zugespielt.“ Nach Kaczmarczyk ist die Situation nicht der mangelnden Motivation von Ärztinnen geschuldet. Zahlreiche engagierte Ärztinnen suchen nach Möglichkeiten, dass mehr Frauen in medizinische Führungspositionen

Ärztinnen und männlichen Förderern zu heiklen Verwicklungen führen. Wenn der Chef die junge begabte Frau wirklich unterstützt, dann kann davon ausgegangen werden, dass irgendjemand in der Abteilung hinter vorgehaltener Hand behaupten wird, die beiden hätten eine Affäre.

Ärztinnen werden des Weiteren auch gern als die „gute Seele“ der Stationen gesehen. Aber nicht aufgrund ihrer fachlichen Kompetenz, sondern aufgrund ihrer besonderen sozialen Eigenschaften, die sie für die Krankenversorgung prädestinieren. Solche Frauen, die den Laden am Laufen halten, lässt kein Chef freiwillig gehen. „Ärztinnen sind gut in derprechenden Medizin, daher sorgen die Chefärzte dafür, dass sie auf der Station bleiben“, bestätigt Susanne Schroeder, Vorsitzende des Deutschen Ärztinnenbundes Landesgruppe Berlin-Brandenburg und ÄKB-Delegierte der Ständigen Konferenz „Ärztinnen“ der Bundesärztekammer. Im Gegensatz übrigens zum jüngeren Mann, der dem Chef gefährlich werden kann, sobald er einen entsprechenden Status auf der Karriereleiter erreicht hat. Er wird rechtzeitig weggeklaut. Ihm wird ein Lehrstuhl besorgt, für den er dann seinem Chef auf immer und ewig dankbar ist. Die männlichen Kollegen verfügen über sehr gewinnbringende Netzwerke, indem sie sich auf unterschiedlichsten Positionen und Hierarchiestufen gegenseitig fördern. Das ist bei Frauen insofern ungleich schwieriger, als es in den oberen Etagen der Medizin kaum Frauen gibt. Frauen unterstützen sich vor allem auf der gleichen Hierarchieebene. In der Medizin kommt bedauerlicher Weise ein ausgeprägtes Konkurrenzdenken unter den Kolleginnen hinzu. Ein Phänomen und Tabuthema, dass zusätzlich verhindert, gemeinsame Netzwerke zu schaffen. Vielleicht wenden deshalb nur wenige Ärztinnen die Netzwerkbildung als Karrierestrategie an.

Frauen und Netzwerke

„Frauen müssen lernen, auf die Netzwerke zuzugehen. Aber sie warten gerne bis das Netzwerk an die Tür klopft und sagt: „Frau Doktor, hier ist das Netzwerk, wollen Sie bei uns mitmachen“, meint

Kaczmarczyk. Karriereinteressierte Ärztinnen brauchen Frauen in männlich dominierten Institutionen als Fürsprecherin, Zuhörerin, Informantin und Kontaktherstellerin, um sich gegen willkürliche Führungsentscheidungen und Diskriminierungen von Kollegen wehren zu können. „Frauen müssen sich solidarisch erklären und einander unterstützen, damit sich die asymmetrische Hierarchie verändert“, mahnt entsprechend auch Bühnen, 5) „dem gut funktionierenden Netzwerk der Männer müssen wir ein informelles Netzwerk unter Frauen entgegensetzen“. Eine formelle Plattform bildet allerdings schon der Ärztinnenbund, ein überregionales Netzwerk von Ärztinnen aller Fachrichtungen und Tätigkeitsfelder sowie von Zahnärztinnen. Die häufigsten Probleme, mit dem sich Ärztinnen in der vergangenen Zeit Hilfe suchend an den Bund gewandt haben, sind Mobbing, Schwangerschaft/Arbeitsverhältnis, die Karrieresituation in der Klinik. Ärztinnen suchen in diesem Zusammenhang vor allem Rat, weil:

1. sie im Krankenhaus zu selten auf den Operationsplan eingetragen werden, so dass sie nur langsam die Vorbedingungen für den Facharztstitel erfüllen,
2. sie keinen Bildungsurlaub zuerkannt bekommen,
3. sie nicht für die Forschung freigestellt werden.

Doch können Initiativen, wie das Bilden von Netzwerken, asymmetrische Strukturen zwischen Geschlechtern in Bereichen wie der Medizin wirklich verändern? Frauen hätten nur dann eine Chance in Führungsposition zu gelangen, schlussfolgert Kaczmarczyk aus ihren Erfahrungen, wenn die männlichen Kollegen den Weg dafür freimachen würden. Und das werde nicht der Fall sein, solange der Arztberuf mit hohen Verdiensten und Prestige verbunden sei. In anderen Ländern, in denen diese Verbindung aufbricht, zeige sich, dass sich auch das Missverhältnis zwischen den Geschlechtern relativiert. „In der Medizin bündelt sich eine Kombination aus Macht und Einkommen. Das wird sich künftig vermutlich verändern, wenn das Berufsbild des Arztes weiter

verfällt. Wie in Russland und in China. In Russland verdient ein Stahlarbeiter mehr als ein Medizinprofessor. Wenn dies auch bei uns der Fall sein wird, dann wird es bei uns mehr Frauen in den medizinischen Führungspositionen geben.“

Das klingt etwas scharf, denn niemand, auch Kaczmarczyk nicht, wünscht sich ernsthaft eine ähnliche Entwicklung für Deutschland. So bleibt für alle nur der Weg, auch weiterhin gemeinsam nach konstruktiven Lösungen zu suchen. Vielleicht sind es heute noch Projekte wie ein Intensivseminar „Karrieretraining für junge Ärztinnen“ oder ein Curriculum „Ärztliche Führung“ von der Bundesärztekammer und der Bayerischen Landesärztekammer oder auch ein Vortrag auf dem Deutschen Ärztetag. Aber schon morgen könnten sich die Macht-, Herrschafts- und Karriereverhältnisse in der Medizin eventuell doch zu Gunsten der Medizinerinnen nach dem Motto des Deutschen Ärztinnenbundes verschieben: „Wo sind die Grenzen? Nirgends!“

Verfasserin:

Ulrike Hempel
Ärztekammer Berlin

Literatur dieses Beitrags unter
www.aerztekammer-berlin.de

ANZEIGE

Praxisschilder

Fahrstuhl 1.OG

Zahnarzt

Dr. dent. Breitschaft

Sprechzeiten:
Mo - Fr
u. nach Vereinbarung

9.00 - 18.00 Uhr
Telefon 84 10 90 50

Fahrstuhl 2.OG

Frauenarzt

Dr. med. Henning

Sprechstunden nach Vereinbarung
Telefon 84 10 90 40

unverbindlicher Hausbesuch
in Berlin oder

Sie besuchen unsere ständige Ausstellung

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

info@infocard-berlin.de

Neue Weiterbildungsordnung tritt in Kraft

Die neue Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin tritt in diesen Tagen in Kraft. Nach jahrelanger Vorbereitung hatte der 101. Deutsche Ärztetag am 22. Mai 2003 eine neue Musterweiterbildungsordnung (MWbO) beschlossen. Wesentliche Ziele lagen in der Veränderung der Qualifikationsebenen sowie der Reduzierung der Anzahl der ärztlichen Weiterbildungsbezeichnungen (von etwa 160 auf ca. 100). Auf der Basis der MWbO tritt nun die neue Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin (WbO) und mit ihr umfangreiche Änderungen in Kraft. Diese betreffen sowohl Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung als auch zur Leitung der Weiterbildung Befugte in Klinik und Praxis:

Die bisherige Form der WbO (Gebiete, Schwerpunkte, Bereiche und zusätzliche Qualifikationen: Fachkunden, Fakultative Weiterbildungen) wurde zugunsten einer Ausrichtung auf zwei Qualifikationsebenen verlassen. Jetzt gibt es zum einen die **Gebiete** mit den entsprechenden **Facharzt-Bezeichnungen (FA)** und **Schwerpunkten (SP)** sowie zum anderen die **Zusatz-Weiterbildungen (ZWb)**. Alle erworbenen Bezeichnungen sind – auch nebeneinander – führbar. Die Möglichkeit des Erwerbs von Fakultativen Weiterbildungen und Fachkunden besteht nach der neuen Weiterbildungsordnung nicht mehr. Oft sind diese jedoch in den neuen Zusatz-Weiterbildungen aufgegangen und können, wenn gewünscht, als solche weitergeführt werden (s. die speziellen Übergangsbestimmungen in Teil C der neuen WbO). Der Erwerb einer Zusatz-Weiterbildung setzt eine Facharzt-Anerken-

nung voraus (Ausnahmen gibt es nur bei der Medizinischen Informatik und der Notfallmedizin).

Jede Weiterbildung in einem Gebiet oder einer ZWb schließt künftig mit einer **Prüfung** ab. Ausnahmen gibt es nur für einige ZWb im Rahmen der speziellen Übergangsbestimmungen. Die ZWb Ärztliches Qualitätsmanagement, Akupunktur, Diabetologie, Infektiologie, Palliativmedizin, Röntgendiagnostik (fachgebunden) und Schlafmedizin können innerhalb von zwei Jahren nach in Kraft treten der WbO ohne Prüfungen erworben werden.

Manche ZWb sind integraler Bestandteil einer Facharztqualifikation. Exemplarisch seien genannt: die ZWb Dermatohistologie und Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie sind Bestandteil des FA für Pathologie, die Diabetologie ist Bestandteil des FA für Innere Medizin/SP Endo-

krinologie und Diabetologie, die ZWb MRT ist Bestandteil im Gebiet Radiologie.

Bereits jetzt zeichnet sich ein großes Interesse der Ärzteschaft ab, wie zahlreiche Anfragen bei der Ärztekammer Berlin zeigen. Viele Fragen beziehen sich auf die Neuerungen im **Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin** mit den Facharztweiterbildungen Allgemeinmedizin sowie den 8 Facharztbezeichnungen Innere Medizin mit Schwerpunkten (z.B. Facharzt für Innere Medizin und Schwerpunkt Angiologie, Facharzt für Innere Medizin und Schwerpunkt Gastroenterologie, Facharzt für Innere Medizin und Schwerpunkt Kardiologie usw.). Alle Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin müssen eine Basisweiterbildung von 36 Monaten in der stationären internistischen Patientenversorgung absolvieren, um sich anschließend spezifisch zur Fachärztin/zum Facharzt (FA) für Allgemeinmedizin oder zur Fachärztin/zum Facharzt für Innere Medizin mit einem Schwerpunkt (SP) weiterzubilden. Anders als bisher sind die Weiterbildungen in den Schwerpunkten der Inneren Medizin nun Bestandteil der Weiterbildung zum FA.

Dennoch gibt es auch in der neuen Weiterbildungsordnung Gebiete, wie das Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe, das Gebiet Kinder- und Jugendmedizin, das Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie sowie das Gebiet Radiologie, bei denen im Anschluss an

ANZEIGE

Sucht, Depression, Angst, Burn-out

Zurück ins Leben

Beratung und Information (0,12 €/Min.)

0180/5 25 74 05

Unsere privaten Fachakutkliniken:

Schwarzwald, Weserbergland,
Berlin/Brandenburg

Büro Berlin Tel. 030 280972-74, Fax -84

www.oberbergkliniken.de

Sofortaufnahme – auch im akuten Krankheitsstadium.
Hochintensive und individuelle Therapien für Privatversicherte und Beihilfeberechtigte.
Wir helfen bei der Klärung der Kostenübernahme.


Oberberg

Psychotherapie · Psychiatrie · Psychosomatik

eine FA Weiterbildung ein SP erworben werden kann.

Im **Gebiet Chirurgie** treten ebenfalls weit reichende Änderungen in Kraft. Das Gebiet umfasst neben der Basisweiterbildung mehrere FA-Kompetenzen, u.a. den neuen FA für Orthopädie und Unfallchirurgie. Im Gebiet Chirurgie umfasst die Basisweiterbildung 24 Monate. Diese Basisweiterbildung ist für alle 8 chirurgischen Fachärzte gleich (common trunk). Sie beinhaltet 6 Monate Notfallaufnahme, 6 Monate Intensivmedizin in der Chirurgie oder einem anderen Gebiet, 12 Monate im Gebiet Chirurgie, wovon 6 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden können. Erst daran schließt sich die (spezifische) Weiterbildung zur/zum angestrebten Fachärztin/Facharzt an, z.B. Facharzt/Fachärztin für Allgemeine Chirurgie oder Facharzt/Fachärztin für Gefäßchirurgie oder Facharzt/Fachärztin für Herzchirurgie usw. Auch in den Gebieten Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Pathologie und Pharmakologie ist eine Basisweiterbildung Bestandteil der Weiterbildung.

Auf die zur **Leitung der Weiterbildung** Befugten kommen umfangreiche Änderungen zu. Zum einen muss in vielen Gebieten eine Anpassung der Befugnis an die neuen Anforderungen (Einführung einer Basisweiterbildung) vorgenommen werden, zum anderen haben sich die geforderten Inhalte der Weiterbildung in einem solchen Maße verdichtet, dass eine Weiterbildung zukünftig in anderen Dimensionen ablaufen muss. Denkbar sind grundsätzlich neue Formen der Befugnisausübung, z.B. in Form von Verbundbefugnissen innerhalb einer Weiterbildungsstätte, zwischen Weiterbildungsstätten in Kliniken, klinikübergreifend, sowie zwischen Praxen, Praxen und Kliniken usw.

Die wesentlichen Neuerungen in Kürze:

- Es gibt in Zukunft nur noch 3 Bezeichnungen:
 - Facharzt**
 - Schwerpunkt**
 - Zusatz-Weiterbildung**

- In einigen Gebieten wurde eine Basisweiterbildung eingeführt, mit der definierte gemeinsame Inhalte von verschiedenen Facharztweiterbildungen innerhalb eines Gebietes vermittelt werden, an die sich eine facharztbezogene Weiterbildung anschließt. Dies betrifft die Gebiete Innere Medizin und Allgemeinmedizin, Chirurgie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Pathologie und Pharmakologie.
- Zum Erwerb jedweder Bezeichnung muss eine Prüfung (gemäß §§ 12-17 WbO) abgelegt werden. Lediglich bei einigen Zusatzweiterbildungen ist eine Anerkennung in der Übergangsfrist von zwei Jahren ohne Prüfung vorgesehen – Ärztliches Qualitätsmanagement, Akupunktur, Diabetologie, Infektiologie, Palliativmedizin, Röntgendiagnostik (fachgebunden), Schlafmedizin (s. spezielle Übergangsbestimmungen in Teil C der WbO).
- Voraussetzung zum Erwerb einer ZWb ist der Facharzt. (Ausnahme: Notfallmedizin, medizinische Informatik, Teil C der WbO).
- Ärztinnen und Ärzte, die ihre Weiterbildung vor In-Kraft-Treten der neuen WbO begonnen haben, können diese nach den Bestimmungen der alten WbO innerhalb folgender Übergangsfristen abschließen: (s. § 21 WbO 2006)

Übergangsfristen:

• FA-Bezeichnungen	7 Jahre
• SP oder Bereiche	3 Jahre
• Fakult. Weiterbildungen	2 Jahre
• Fachkunden	2 Jahre

Selbstverständlich werden die bisher abgeleisteten Weiterbildungszeiten berücksichtigt. Im Rahmen der Übergangsfristen kann die Weiterbildung inhaltlich weiter nach der alten WbO abgeschlossen werden, jedoch ist in diesen Fällen der Paragraphenteil (Abschnitt A) der WbO 2006, einschließlich der Vorschriften über die mündliche Prüfung anzuwenden.

- Voraussetzung für die Erteilung der Befugnis zur Weiterbildung ist, dass der Antrag stellende Arzt der Ärztekammer ein gegliedertes Programm der Weiterbildung vorlegt. Er ist verpflichtet, dieses Programm den unter seiner Verantwortung Weiterzubildenden auszuhändigen (§ 5 Abs.5 WbO, Teil A).

- Mindestens einmal jährlich muss ein Gespräch des zur Weiterbildung befugten Arztes mit dem/der Weiterzubildenden über den Stand der Weiterbildung stattfinden (§ 8 Abs.2 WbO, Teil A). Dieses Gespräch ist schriftlich zu dokumentieren und dem Antrag zur Zulassung zur Prüfung beizufügen.

Weiterbildungsbezeichnungen, die mit der neuen WbO eingeführt werden

Zum Teil sind in neuen Facharztbezeichnungen bisherige SP aufgegangen (FA für Innere Medizin und SP Kardiologie usw.).

ZWb bilden u.a. ehemalige Fachkunden und Fakultative Weiterbildungen ab. Teilweise können diese als ZWb weitergeführt werden (s. die speziellen Übergangsregelungen, Teil C der WbO).

Bei einigen Bezeichnungen kam es ausschließlich zu Namensänderungen (z.B. der FA für Plastische Chirurgie heißt neu FA für Plastische und Ästhetische Chirurgie, der FA für Psychotherapeutische Medizin heißt neu FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie).

Neue Facharztbezeichnungen

- Gefäßchirurgie
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Thoraxchirurgie
- Visceralchirurgie
- Innere Medizin und SP Angiologie
- Innere Medizin und SP Endokrinologie und Diabetologie
- Innere Medizin und SP Gastroenterologie
- Innere Medizin und SP Hämatologie und Onkologie
- Innere Medizin und SP Kardiologie
- Innere Medizin und SP Nephrologie

- Innere Medizin und SP Pneumologie
- Innere Medizin und SP Rheumatologie
- Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
- Öffentliches Gesundheitswesen (Zuständigkeit der Ärztekammer Berlin nach Änderung des Weiterbildungsgesetzes 2004)
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen
- Pharmakologie und Toxikologie

Neue Schwerpunktbezeichnungen

- Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
- Gynäkologische Onkologie
- Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin
- Kinder- Hämatologie und - Onkologie
- Neuropädiatrie
- Forensische Psychiatrie

Neue Zusatz-Weiterbildungen

- Ärztliches Qualitätsmanagement
- Akupunktur

- Andrologie
- Dermatohistologie
- Diabetologie
- Ernährungsmedizin
- Geriatrie
- Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie
- Hämostaseologie
- Infektiologie
- Intensivmedizin
- Kinder-Endokrinologie und -diabetologie
- Kinder-Gastroenterologie
- Kinder-Nephrologie
- Kinder-Orthopädie
- Kinder-Pneumologie
- Kinder-Rheumatologie
- Labordiagnostik (fachgebunden)
- Magnetresonanztomographie (fachgebunden)
- Medikamentöse Tumorthherapie
- Notfallmedizin (frühere Rettungsmedizin)
- Orthopädische Rheumatologie
- Palliativmedizin
- Physikalische Therapie und Balneologie
- Proktologie
- Psychotherapie (fachgebunden)

- Röntgendiagnostik (fachgebunden)
- Schlafmedizin
- Spezielle Orthopädische Chirurgie
- Spezielle Unfallchirurgie
- Suchtmedizinische Grundversorgung

Die Weiterbildungsordnung und die dazugehörigen Richtlinien, die den Inhalt der Weiterbildungen spezifizieren, sind im Internet auf der Homepage der Ärztekammer Berlin unter www.aerztekammer-berlin.de eingestellt. Hier finden Sie auch Antworten zu „häufig gestellte Fragen (FAQ)“ zur neuen WbO.

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Übergangsbestimmungen (Abschnitt A der WbO) sowie die speziellen Übergangsbestimmungen für die einzelnen Bezeichnungen (Abschnitte B und C der WbO).

Selbstverständlich stehen Ihnen daneben die Weiterbildungsausschüsse sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Referates Weiterbildung für Ihre Fragen zur Verfügung.

AMH

ANZEIGE

Lars Junghans
Rechtsanwalt

Tätigkeitsschwerpunkte
Kassenarztrecht
Praxisverträge
Gewerbemietrecht

Interessenschwerpunkte
Arbeitsrecht
Berufsrecht

Matthias Macha
Rechtsanwalt

Tätigkeitsschwerpunkte
Arzthaftungsrecht
Arbeitsrecht
Berufsrecht

Interessenschwerpunkte
Gewerbemietrecht

Sebastian Retter-Schrörs
Rechtsanwalt

Interessenschwerpunkte
Wirtschaftlichkeitsprüfungen
Honorarkürzungen

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

Charlottenburg-Wilmersdorf
Lietzenburger Straße 99
10707 Berlin

Hohenschönhausen-Lichtenberg
Hauptstraße 9 d
13055 Berlin

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

Ärzte sind keine Sparkommissare!

Am 14. Dezember 2005 wurde bei einem Symposium der Bundes-AOK in der Vertretung des Landes Sachsen-Anhalt in Berlin einem staunenden Publikum aus dem Gesundheitswesen vorgerechnet, wie sich mittels eines „Gesetzes zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung“ 2 Milliarden Euro jährlich allein an Arzneimitteln einsparen lassen, wenn es denn so durch den Deutschen Bundestag ginge...

Am 18. Januar 2006 – zeitgleich mit der größten Demonstration von Ärzten seit dem 2. Weltkrieg – fand eine Anhörung zu diesem Gesetz im zuständigen Ausschuss statt. Der Glaube ist erkennbar ungebrochen, dass durch noch mehr Paragraphen, trotz der schon gewaltigen Flut an Sozialgesetzen und daraus folgender Formulare, die Kosten in den Griff zu bekommen seien. Dies, obwohl es seit 25 Jahren von allen Regierungen jedweder Couleur ohne Erfolg probiert wurde und obwohl das Scheitern jeder Form von Planwirtschaft, auch im Gesundheitswesen, für Patienten im Ostteil dieses Landes schmerzlich erlitten wurde.

Foto: Archiv



Stabilisierung per Gesetz?

Die Hybris kommt schon im Namen zum Ausdruck: Er insinuiert, dass bisher unwirtschaftlich verordnet wurde. In der Drucksache 16/194 des Deutschen Bundestages vom 13. Dezember 2005 heißt es wörtlich: „Ziel des Gesetzentwurfes ist, bestehende Defizite bei der Steuerung der Arzneimittelausgaben zu beseitigen und Regelungen zu treffen, die gewährleisten, dass die gesetzlichen und vertraglichen Rahmenvorgaben für die Arzneimittelversorgung eingehalten

werden.“ Ferner: „Der Gesetzentwurf sieht Maßnahmen zur sofortigen Senkung der Arzneimittelausgaben und zur nachhaltigen Stabilisierung der Arzneimittelversorgung vor.“ So einfach ist das! Per Gesetz werden unter anderem Preiserhöhungen bis zum 31. März 2008 verboten und schon ist die offenbar nicht mehr gesicherte Arzneimittelversorgung nachhaltig stabilisiert. Wie ist denn die Reihenfolge in der praktischen Realität in unserer Arzneimittelversorgung?

1. Ein Medikament wird entwickelt oder nachgeahmt und produziert, aber immer nur mit staatlicher (!) Zulassung auf den Markt gebracht. Der Preis des Herstellers wird von eben diesem frei festgelegt – nach betriebswirtschaftlichen Vorgaben unter Beachtung vielfältiger Gesetze.
2. Der Großhandel bringt es in die Apotheken mit einem Preisaufschlag für seine Vertriebsleistungen.
3. Die Apothekerin/der Apotheker gibt entsprechend den deutschen Gesetzen (ca. + 3 % und + 6,10 € pro rezeptpflichtigen Arzneimittel in der GKV) das Arzneimittel ab, nicht ohne
4. 16 % Mehrwertsteuer für den Fiskus drauf zu schlagen. Ein echter europäischer Spitzenwert! Deshalb soll er ja auch ab 1. Januar 2007 auf 19 % noch gesteigert werden. Zum Vergleich: Hundefutter und halbpornografische Schriften werden nur mit 7 % versteuert.
5. Ein kranker Bürger kauft die Arznei auf Anraten eines Arztes, weil sie ihm hilft (in den meisten Fällen jedenfalls) und reicht die Kosten zum großen Teil weiter an seine Krankenkasse, die zumeist viele Jahre unter Versprechen eben dieser Leistung von ihm 14 % seines Arbeitslohnes kassiert hat.

Volkswirt im Gesundheitswesen

Bis hierher gibt es also fünf Nutznießer der „Werteschköpfungskette“, davon sicher vier Mal rein monetärer Natur. Aber wo nur in diesem Ablauf findet sich endlich der „böse Bube“, der Leistungserbringer oder gar „Abzocker“ im Politjargon, vulgo Ärztin/Arzt? Nun, wenn die Ärztin/der Arzt nach schwieriger, aufwändiger, natürlich leitliniengerechter Diagnostik, mit ausführlicher Anamnese

ANZEIGE

Praxis Verlegung Umbau Ausbau Modernisierung Einrichtung zu Festpreisen !

Unser Team von Spezialisten sorgt für **Planungs- Kosten- und Terminalsicherheit**

MED
Consult
UNTERNEHMENSBERATUNG FÜR
MEDIZINISCHE HEILBERUFE GmbH

SIMON
Projektierungs- und
Baurealisierungsgesellschaft mbH

CASANA
Planungs- und Einrichtungsgesellschaft
für medizinische Heilberufe GmbH

Kontakt:

37520 Osterode
Freiheitstrasse 2
Tel. 0 55 22 / 90 61-0
Fax. 0 55 22 / 90 61-61
casana-gmbh@t-online.de
www.casana-gmbh.de

endlich zur adäquaten Therapie gekommen ist, alle individuellen Arzneimittel-unverträglichkeiten und Interaktionen bedacht hat, wenn diese Kollegin/dieser Kollege nun nicht die zuletzt auf den Markt gebrachte wirtschaftliche Packungsgröße und den aktuellen Preis im Vergleich zu gleichen und ähnlichen Wirkstoffen berücksichtigt, ja dann gnade ihm/ihr die Krankenkasse! So verkommt die Ärzteschaft zum „Volkswirt für das Gesundheitswesen“, zum Sparkommissar der Krankenkassen und des Bundesministeriums für Gesundheit mit den entsprechenden Folgen für das Arzt-Patienten-Verhältnis!

Moderner Götze

Trotz der oben angegebenen Kette, wer welchen Nutzen zieht, wird der Ärzteschaft die ganze Schuld an den steigenden Arzneimittelkosten zugeschoben. Sie soll belohnt (Bonus) oder bestraft

(Malus) werden, wenn die Bundesgesundheitsministerin in ihrer Weisheit im 6. Amtsjahr feststellt: „Der Kostenanstieg ist etwa doppelt so hoch wie der von der Selbstverwaltung vereinbarte Zuwachs und verstößt gegen die Arzneimittelvereinbarung für das Jahr 2005. Eine Fortsetzung der hohen Ausgaben-zuwächse in den Folgejahren würde die Beitragssatzstabilität gefährden.“ Da ist er, der moderne Götze, die wahre Fratze über dem Gesundheitswesen mit Namen „Beitragssatzstabilität“. Nicht Gesundheit, nicht Heilung, nicht möglichst Schmerzfreiheit usw., nein absolute Priorität hat der schnöde Mammon. „Geiz ist geil“ ist auch hier die Devise. Damit's auch funktioniert, wird's gleich im SGB V geregelt: Auf den Kehrthau-fen der Geschichte mit der altmodischen Berufsordnung für Ärzte, mit so alter-tümlichen Regelungen wie dem § 34 in der Berliner Berufsordnung: „Dem Arzt ist es nicht gestattet, für die Verordnung

von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln oder Medizinprodukten eine Vergütung oder andere Vorteile für sich oder Dritte zu fordern, sich oder Dritten versprechen zu lassen oder anzunehmen.“ Ferner in Abs. 3 „Dem Arzt ist es nicht gestattet, über Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Körperpflegemittel oder ähnliche Waren Werbevorträge zu halten oder zur Werbung bestimmte Gutachten zu erstellen“. Ab dem 1. April 2006 soll es genau anders herum gehen: Auf Wunsch von Frau Schmidt halten Sie bitte Werbevorträge für die preiswertesten Arzneimittel. Sie bekommen es auch vergütet (Bonus).

Da fällt mir nur noch unser dermatolo-gischer Dichterkollege vom Mehring-damm ein: „Das ist die Zeit und keiner weiß ihr Rat: den eigenen Bürger unter-gräbt der Staat“, (Gottfried Benn).

Dr. med. Elmar Wille
Vizepräsident der Ärztekammer Berlin

F O R T B I L D U N G

Arzthelferinnen bestehen Prüfung mit Auszeichnung

Nachdem die Ärztekammer Berlin in den vergangenen Jahren die Ausbildung zur Arzthelferin einer Rundum-Erneuerung – ausgenommen die schulischen Anteile, die der Senatsverwaltung unterstehen – unterzogen hat, konnten bei den beiden letzten Abschlussprüfungen erstmals nach sechs Jahren wieder Auszeichnungen vergeben werden: drei davon gingen an Kandidatinnen der Sommerprüfung 2005 und eine an eine Teilnehmerin der Ende Januar von 180 Prüflingen erfolgreich abgeschlossenen Prüfung.

Eine auffallend hohe Durchfallquote in der Sommerprüfung 2000 war Auslöser für eine gründliche Überprüfung der Ausbildungs- und Prüfungsstruktur

für Arzthelferinnen mit anschließender umfassender Überarbeitung der Prüfungen und der Ausbildung. Zunächst wurden die schriftlichen Prüfungen so weit

standardisiert, dass damit ein gleichmä-ßiges Niveau bzgl. Inhalt und Schwere-grad sowie eine Vergleichbarkeit in der Bewertung der Leistungen einzelner Teil-nehmerinnen gewährleistet sind. Im Er-gebnis liegen die Durchfallquoten inzwi-schen im bundesdeutschen Durchschnitt der Lehrabschlussprüfungen. Bei den praktischen Prüfungen lockert der regel-mäßige Einsatz von Probanden, an denen die Prüfungsteilnehmerinnen ihr Können „live“ demonstrieren können, das Prü-fungsgeschehen auf und gestaltet die Prüfungssituation praxisnäher. Es wur-den zudem vermehrt konkrete Fallbei-spiele unterschiedlichster Art zum Prüf-gegenstand gemacht, die sich in einem von den Prüfungsausschüssen erarbei-ten Katalog wieder finden. Damit wurde

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

Dr. med. Regine Held

HNO-Ärztin aus
Weißensee:

„Als zuständiges Vorstandsmitglied für die Ausbildung von Arzthelferinnen war es für mich ein erklärtes Ziel, die katastrophalen Prüfungsergebnisse des Jahres 2000 zu verbessern. Durch Umgestaltung der Prüfung und Verbesserung der Ausbildung ist dies in erfreulicher Weise gelungen. So konnten nach langer Zeit wieder Auszubildende ausgezeichnet werden, weil sie sehr gute Leistungen in der Abschlussprüfung erreicht hatten. Da ich in meiner eigenen Praxis ebenfalls ausbilde, war es mir möglich, die überbetriebliche Ausbildung auch aus dieser Sicht zu beurteilen: Besonders positiv finde ich die Erweiterung der praktischen Fertigkeiten und mein Eindruck wird von den Ergebnissen der praktischen Prüfungen bestätigt. Mich freut es, wenn sich auch ausbildende Praxen mit ihren Erfahrungen zu Wort melden und differenzierte Beurteilungen zur überbetrieblichen Ausbildung abgeben. Es ist unabdingbar in der Ausbildung von Arzthelferinnen als ausbildende Praxis mit der Kammer und der Berufsschule zusammenzuarbeiten, damit die Ausbildung systematisch und planvoll ablaufen kann. Neuerungen sind auch von der neuen Ausbildungsverordnung zu erwarten: Nach ihrer Umsetzung bekommen die praktischen Prüfungen ein größeres Gewicht, bisher machen sie nur ein Sechstel der Endnote aus, nun gehen sie in diese zur Hälfte ein: Dies wertet den wichtigen Teil der praktischen Ausbildung in seiner Bedeutung für Arzthelferinnen endlich in angemessener Weise. So werden die Prüfungen nun auch zeitlich ausgedehnt und praxis- und handlungsorientiert durchgeführt. Die Prüfungsausschüsse der Ärztekammer Berlin haben in ehrenamtlicher Arbeit viel zur Vorbereitung dieser Umstellung getan und sind gut vorbereitet.“



Foto: Nicklas-Faust

gleichzeitig ein notwendiges Instrumentarium für die Umsetzung der zum August erwarteten neuen Ausbildungsordnung geschaffen, die eine handlungsorientierte und praxisnahe Ausbildung und Prüfung vorgibt. Im Ergebnis bewerteten die Prüfausschüsse die ersten Erprobungen als sehr positiv im Sinne einer guten Vorbereitung auf die bevorstehenden Veränderungen und werden sie im Rahmen der Sommerprüfung ausweiten.

Neben der Gestaltung der Prüfungen wird auch den Berichtsheften der Auszubildenden vermehrte Aufmerksamkeit gewidmet: Sie geben als schriftlicher Ausbildungsnachweis wieder, wie die praktische Ausbildung in den Praxen verläuft. Sie werden von den zuständigen Mitarbeiterinnen regelmäßig vor den Zwischen- und Abschlussprüfungen durchgesehen und entsprechende Mängel an die Auszubildenden zurückgemeldet. Für die Auszubildenden selbst ist das Verfassen der Berichte wichtig, um Gelerntes zu wiederholen und dar-

zustellen. Der Ausbilder seinerseits kann sich bei der Durchsicht ein vollständigeres Bild über Kenntnisstand und Lücken bei seiner Auszubildenden verschaffen.

Eine Besonderheit der aktuellen Abschlussprüfung liegt darin, dass damit der erste Durchgang der Überbetrieblichen Ausbildung abgeschlossen ist. Diese Ergänzungsmaßnahme zur praktischen Ausbildung wurde im September 2003 gemäß Beschluss der Delegiertenversammlung als verbindlicher Ausbildungsbestandteil eingeführt. Eine aus diesem Anlass durchgeführte Befragung sowohl der Prüfungsausschüsse wie auch der Prüflinge selbst ergab die übereinstimmende Einschätzung, dass insbesondere die praktischen Fertigkeiten der Auszubildenden durch die Überbetriebliche Ausbildung verbessert werden konnten – dies galt übrigens in gleicher Weise für Auszubildende in hausärztlichen wie fachärztlichen Praxen. In abgeschwächter Form wurde dies auch für das persönliche Auftreten, die fach-

ANZEIGE

RUGE & CHERIF

Rechtsanwälte und Arzt

Dr. med. Dietrich Ruge
Rechtsanwalt und Arzt

Dr. jur. Sylvia El Cherif
Rechtsanwältin

Medizinrecht

u.a. Wirtschaftlichkeitsprüfungen • Berufsrecht • Arbeitsrecht

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

S. Brandenburg

leitende Arzthelferin:

„Wir bilden seit 1997 regelmäßig erfolgreich Arzthelferinnen aus. Als Ausbilder begrüßen wir die Unterstützung der Ausbildung durch den Ausbildungsring Potsdam-Brandenburg sehr. Für unsere Azubis ist es sehr wichtig, neben der Ausbildung in der Praxis und der theoretischen Ausbildung in der Berufsschule auch den in der Berufsschule vermittelten Unterrichtsstoff im praktischen Verfahren erläutert zu bekommen. Leider ist es uns als ausbildende Praxis nicht möglich, alle Tätigkeiten die der Ausbildungsrahmenplan für die praktische Ausbildung vorsieht, unseren Azubis vermitteln zu können. Daher ist es für die Auszubildenden sehr wichtig, auch mit „typischen“ Aufgaben einer anderen Fachrichtung konfrontiert zu werden. Des Weiteren bieten diese Seminare den Auszubildenden stets eine gute Gelegenheit, Erfahrungen mit anderen Auszubildenden auszutauschen.“

lichen Kenntnisse und die Zensuren in der praktischen Prüfung angegeben. Besonders positiv vermerkt wurde die kleine Gruppengröße in der Überbetrieblichen Ausbildung sowie die Qualifikation der Lehrkräfte – allesamt aus der Praxis mit eigener Berufserfahrung als Arzthelferin.

Als Verbesserung wurde angeregt, noch weiter gehende Möglichkeiten zur

Übung der praktischen Fertigkeiten zu schaffen. Insgesamt sind die Ergebnisse, die demnächst auf der Homepage veröffentlicht werden, sehr ermutigend. Die Ärztekammer begleitet die Durchführung der Überbetrieblichen Ausbildung ständig über Hospitationen und wirkt darüber hinaus auf die Modulgestaltung optimierend ein. Dabei zeigte sich beispielsweise die Notwendigkeit, für Auszubildende mit besonders rascher Auffassungsgabe Zusatzaufgaben zur Aneignung weiterer Fähigkeiten vorzuhalten. Auch wurden bestimmte praktische Übungen nun mit mehreren Wiederholungen über den gesamten Ausbildungsverlauf versehen, um eine Festigung der Fertigkeiten, zum Beispiel beim Anlegen eines EKG oder von Verbänden, zu erreichen.

Für den 28. Juni empfehlen wir allen ausbildenden Praxen den Besuch der nächsten Informationsveranstaltung „Ausbildung für Ausbilder“, die im Mai-Heft von BERLINER ÄRZTE angekündigt wird. Als ein Baustein unserer Ausbildungsberatung ist sie geeignet, Praxen in komprimierter und verständlicher Form über die allgemeinen Grundsätze der Ausbildung von Arzthelferinnen – zukünftig übrigens Medizinische Fachangestellte genannt – zu informieren. Insbesondere werden wir diesmal die Besonderheiten der neuen Ausbildungsordnung vorstellen.

Verfasserin:

Dr. med. Jeanne Nicklas-Faust
Referatsleiterin Ethik /
Medizinische Fachberufe der
Ärztekammer Berlin

M. Hamann

frischgebackene Arzthelferin:

„Als ich im Januar 2003 meine Ausbildung zur Arzthelferin begann, wurde zeitgleich die überbetriebliche Ausbildung, sprich 14 Lehrgänge, die über die gesamte Ausbildungszeit verteilt sind, eingeführt. Die Lehrgänge waren sehr abwechslungsreich gestaltet und so ausgelegt, dass man Neues hinzulernen und Altes auffrischen konnte. Speziell den Lehrgang zur Ersten Hilfe, empfinde ich als sehr wichtig, da man ja doch des Öfteren einiges wieder vergisst und schnell in eine Notfallsituation geraten kann. Das Angebot an praktischen Übungen war immer sehr vielfältig, so dass man anhand von Geräten, Formularen, Dummies (Attrappen) etc. vieles veranschaulichen und selber ausführen konnte. Besonders beim Lehrgang zur Vorbereitung auf die praktische Abschlussprüfung konnte jeder seinen „Schwächen“ (EKG- oder Verbände anlegen, Blutdruckmessen) nachgehen und sich gezielt vorbereiten. Da auch die Teilnehmerinnen in den verschiedensten Fachrichtungen tätig waren, konnte man untereinander gut Informationen und Erfahrungen austauschen. Ich empfand die Lehrgänge als sehr hilfreich und informativ. Ich hatte sehr viel Spaß daran, besonders da ich gewisse Sachen direkt im Praxisalltag und im Umgang mit Patienten anwenden kann.“

ANZEIGEN

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



„Ich unterstütze ÄRZTE OHNE GRENZEN, weil sie in Krisengebieten helfen, über die kaum jemand spricht.“

Barbara Rudnik, Schauspielerin

Bitte schicken Sie mir unverbindlich

- ☐ allgemeine Informationen über ÄRZTE OHNE GRENZEN
- ☐ Informationen für einen Projekteinsatz
- ☐ Informationen zur Fördermitgliedschaft
- ☐ die Broschüre „Ein Vermächtnis für das Leben“



Name, Anschrift

E-Mail

ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.
Am Köllnischen Park 1 • 10179 Berlin
www.aerzte-ohne-grenzen.de
Spendenkonto 97 097 • Sparkasse Bonn • BLZ 380 500 00

Ausgezeichnete Palliativmedizin

Kein Arzt muss einen Patienten mehr „aufgeben“. Wo Heilung oder doch Lebensverlängerung nicht länger möglich ist, beginnt die Palliativmedizin. Die leidenslindernde Versorgung durch Palliativstationen, Hospize und spezialisierte ambulante Dienste hat sich gerade in Berlin trotz aller noch bestehenden Lücken erfreulich entwickelt.

In düsteren Ecken düsterer Krankenhauskapellen lägen noch immer Traktätchen, die das Leid verklären. „Ein echter Christ nimmt das Leid in beide Arme“ zitierte Matthias Volkenandt daraus. Der Münchner Dermatologie-Professor und – ja, auch Theologe wehrt sich vehement gegen derlei falsche Frömmerei: Leiden soll läutern und zu Gott führen? Nein, Leid lasse eher verzweifeln. Jesus habe Leid nur auf sich genommen, um das Leid anderer zu beenden – „weil Leid nicht sein soll“. Solche Sätze aus Volkenandts fesseln dem Abendvortrag beim 30. Internationalen Forum der Bundesärztekammer (jetzt immer in Berlin) waren ein indirektes, aber überzeugendes Plädoyer für eine wirksame Schmerztherapie; und – da er sagte, Leid auszusprechen helfe, es zu ertragen – ebenso ein Plädoyer für eine umfassende, auch psychisches Leiden lindernde Palliativversorgung. Eine gute Einstimmung also für ein kurz darauf in Berlin stattfindendes Symposium über Palliativmedizin. Eingeladen hatte das Vivantes-Klinikum Spandau, das die älteste Palliativstation Berlins betreibt. Ernst Späth-Schwalbe, der als Nachfolger von Hans-Jörg Kirstaedter seit 2001 die „Klinik für Hämatologie, Onkologie, Gastroenterologie und Palliativmedizin“ leitet, erhielt jetzt als erster mit seinem Team den (mit 5000 Euro dotierten) Preis einer neuen Stiftung, die Berliner Ärzte besonders interessieren wird. Warum, das zeigte der Bericht ihres Vorsitzenden Michael de Ridder (Leiter der Rettungsstelle des Vivantes-Klinikums Am Urban).

Stiftung eines Berliner Arztehepaares

In Neukölln wurde eine Hausarztpraxis von Hans-Joachim Stein (1908-1992 –

nicht verwandt mit der Berichterstatte-rin!) und seiner Frau Käthe von 1950 bis 1979 betrieben. In jenem Jahr erkrankte Dr. Stein an einem lebensbedrohenden Aneurysma dissecans der Brustaorta. Eine Operation war damals in ganz Europa noch nicht möglich – aber in Amerika. Sein behandelnder Arzt Wolfgang Dißmann (der inzwischen verstorbene Kardiologie-Chef Am Urban) schaffte es, ihn an Denton Cooley in Houston zu vermitteln – sogar auf Kosten der AOK!

Der Erfolg gab Dißmann den Anstoß zu seiner Initiative, ein deutsches Herzzentrum zu gründen. Denn sein Patient lebte mit der Aortenprothese des berühmten texanischen Herzchirurgen noch dreizehn Jahre. Das Arztehepaar vermachte

sein Vermögen einer Stiftung, die hervorragende Bemühungen um eine bessere Krankenversorgung besonders in der letzten Lebensphase auszeichnet. (Das Spendenkonto: Nr. 600 471 900, Postbank Leipzig, BLZ 860 100 90, Hans Joachim und Käthe Stein-Stiftung.)

In der Spandauer Palliativstation bestimmt „gelebte Empathie“ das Klima, davon hätten sich die Stiftungskuratoren Michael de Ridder und Walter Thimme überzeugen können. Denn das Team habe verstanden, „dass eine kompetente Behandlung der somatischen Beschwerden und Symptome Schwerkranker und Sterbender die zwar notwendige, keineswegs aber schon die hinreichende Bedingung einer Palliativmedizin ist, die diesen Namen verdient“, sagte de Ridder.

Linderung schweren Leidens für alle

Im Zentrum des Symposiums stand die Frage, wie man die Palliativmedizin, die sich ja in Deutschland erst vor gut zwei Jahrzehnten mit großer Verzögerung zu

ANZEIGE

Wir freuen uns mitteilen zu dürfen, dass
der Präsident der Rechtsanwaltskammer Brandenburg
unseren Partnern und Kollegen
Jörn Schroeder-Printzen und Ajang Tadayon
den Titel
Fachanwalt für Medizinrecht
verliehen hat.

SCHROEDER-PRINTZEN & KAUFMANN RECHTSANWÄLTE

Kurfürstenstraße 31, 14467 Potsdam
Telefon: 0331 / 275 70-0
Telefax: 0331 / 275 70-15

Arztrecht • Plausibilitätsprüfung • Wirtschaftlichkeitsprüfung •
Richtgrößenprüfung • Arzthaftungsrecht • Arztstrafrecht • Berufs-
recht • Vergütungsrecht/Honorarverteilung • Vertragsgestaltung •
Krankenhausrecht • Zulassungsrecht • Disziplinarrecht • Integrierte
Versorgung • Medizinische Versorgungszentren • Chefarztrecht

entwickeln begann, rasch voranbringen kann, damit alle schwer Leidenden adäquat versorgt werden können. Davon sind wir trotz aller Fortschritte der letzten Jahre noch so weit entfernt, dass selbst ein Vertreter des Bundesgesundheitsministeriums, Ulrich Orlowski, einen Presseartikel zustimmend zitierte, wonach Deutschland in der Schmerztherapie und Palliativversorgung noch ein Entwicklungsland sei. Immerhin steht das Problem auf der politischen Agenda. Nachdem letztes Jahr

die Bundestags-Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ Empfehlungen für eine bedarfsgerechte palliative Versorgung veröffentlichte, steht dies auch im Regierungsprogramm – als Absichtserklärung. Aber „nichts ist bisher zur Umsetzung festgelegt“, sagte Orlowski. Er verwies jedoch auf die schon heute (spätestens seit 2004) der gesetzlichen Krankenversicherung eröffneten Möglichkeiten, die palliative Versorgung schwer Leidender im Finalstadium zu fördern.

Mehr Information über Palliativversorgung in Berlin

... erhalten Sie durch zwei Publikationen und darüber hinaus bei einer zentralen Stelle. Eine umfangreiche Mitteilung zur „Fortschreibung des Hospizkonzeptes von 1998 (Hospizkonzept – Förderung der Hospizentwicklung im Land Berlin)“ befasst sich auch mit Palliativeinrichtungen und ging als Drucksache (15/4218 v. 31.8.2005) ans Abgeordnetenhaus. (Zu beziehen beim Kulturbuch-Verlag, Telefon 661 84 84, Fax 661 78 28.) Der Bericht der Gesundheitsverwaltung enthält eine – erfreuliche – Bilanz der Hospizentwicklung seit 1998. (Vorhandene und geplante Hospizdienste, stationäre Hospize und Palliativstationen mit allen Adressen.) Dort findet man zum Beispiel auch Definitionen, Bedarfsschätzungen, Informationen über Finanzierungsfragen, Bildungsmaßnahmen für Professionelle und Ehrenamtliche, über neu gebildete Gremien und Organisationen mit ihren Aufgaben und Adressen, über Stärkung der bestehenden Strukturen sowie über notwendige Forschungen.

Leicht zugänglich und gut lesbar ist eine für Laien bestimmte kostenlose Broschüre mit dem Titel „Wenn Ihr Arzt nicht mehr heilen kann“, die aber auch für Ärzte und andere Gesundheitsberufe sehr nützlich ist, schon wegen der vielen Berliner Adressen; von der Deutschen Schmerzhilfe über Home Care bis zu den Hospizdiensten, Hospizen und Palliativstationen. Auch einige Arbeitskreise und Dachorganisationen sind genannt, vor allem die Herausgeberin dieses wertvollen Wegweisers: Die

„Zentrale Anlaufstelle Hospiz“ des Unionhilfswerks

Kopenhagener Straße 29, 13407 Berlin (Reinickendorf)

Beratungstelefon: ☎ 40 71 11 13

Büro (Leitung Dirk Müller) ☎ 40 71 11 14

E-Mail: post@hospiz-aktuell.de

Homepage: www.hospiz-aktuell.de

(Zusendung der Broschüre gegen einen mit 1,45 Euro frankierten adressierten DIN A 5-Umschlag.) Erwähnenswert ist noch das neueste Projekt des Trägers dieser Informations- und Beratungsstelle (die auch Institutionen berät): Ein „Berliner Netzwerk Palliativbetreuung in Pflegeheimen“ wird von der Zentralen Anlaufstelle mit dem Ziel geknüpft, die Lage schwerstkranker und sterbender Heimbewohner vor allem durch Personalschulung zu verbessern und es ihnen zu ersparen, zum Sterben ins Krankenhaus geschickt zu werden.

R. St.

Genutzte Spielräume in Berlin

In Berlin werden diese Spielräume weit besser genutzt als an vielen anderen Orten, wie Ausführungen des Berliner AOK-Chefs Rolf Müller zeigten. Neben der ausgezeichneten Spandauer Palliativstation hat die Stadt noch drei (in Kladow, Charlottenburg, Wedding), das heißt, insgesamt 35 Betten, und vier weitere Palliativstationen sieht der Krankenhausplan vor, zum Beispiel im Helios-Klinikum Buch, wenn dessen Neubau steht. Ziel der Behandlung auf solchen Stationen ist es, durch Symptomkontrolle und Einstellung auf eine ausreichende Schmerztherapie die Schwerkranken nach Hause oder ins Hospiz entlassen zu können.

Berlin hat jetzt acht Hospize, darunter eins für Kinder und Jugendliche (in Kladow, Moabit, Neukölln, Lichtenberg, Pankow, Schöneberg, Wannsee und Wedding) mit insgesamt 113 Betten. Dort finden die Sterbenskranken kompetente und individuelle Palliativpflege in einem Klima der Geborgenheit, wenn sie zuhause nicht versorgt werden können. Und wie zuhause benötigen sie im Hospiz externe ärztliche Behandlung.

95 Prozent derer, die am Lebensende Palliation brauchen, sind Krebskranke. Für sie finden die Hausärzte fachkundige Unterstützung bei Home Care, dem einzigen ambulanten Palliativdienst Deutschlands, der seit einem Jahrzehnt Bestand hat. Inzwischen sind 22 onkologische Schwerpunktspraxen daran beteiligt. (Home Care dürfte durch eine Anfang des Jahres gesendete fünfteilige Fernsehreihe auch unter Laien bekannt geworden sein, wie überhaupt die ganze Hospizbewegung dank zahlreicher Medienpublikationen populär zu werden beginnt.)

Es gibt in Berlin außerdem 16 ambulante Hospizdienste, die geschulte Ehrenamtliche zur psychosozialen Unterstützung Sterbenskranker und ihrer Angehörigen Haus-, Hospiz-, Heim- und Klinikbesuche machen lassen. Selbst dies (die Schulung und Koordination) wird von den Kassen finanziell unterstützt. Die AOK hat durch Projektbegleitung und laufende Evaluation ermittelt, dass das ebenso humane wie ökonomische Ziel, die Einweisung

Sterbender zu reduzieren, erreicht wurde, wie Rolf Müller mitteilte.

Anspruch auf Palliativversorgung gesetzlich verankern?

Soweit Berlin. Anderswo sind die – auch hier noch vorhandenen – Versorgungslücken weit größer. Deshalb sprach sich Eberhard Klaschik, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, im Gegensatz zu Müller dafür aus, den Anspruch auf Palliative Versorgung gesetzlich zu verankern, sie also von der Kassen zur Regelleistung der Kassen zu machen.

Die Situation bessert sich spürbar. Das Bundesforschungsministerium etab-

lierte einen Forschungsschwerpunkt „Palliativ- und Hospizversorgung“. In der Aus-, Weiter- und Fortbildung aller beteiligten Berufsgruppen wie auch der Laienhelfer tut sich einiges. Es gibt jetzt immerhin drei Lehrstühle für Palliativmedizin (in Köln, Aachen und Klaschiks eigene Professur in Bonn). Palliativ- und Hospizversorgung beschränken sich nicht mehr auf Krebskranke und auch nicht auf die Finalphase, denn palliatives Denken findet auch in der kurativen Medizin Raum.

Eine bessere Vernetzung von stationärer und ambulanter palliativer Versorgung (Angehörige eingeschlossen) befürworteten Kirstaedter wie auch Vivantes-Chef Holger Strehlau-Schwohl, der sich

überdies für sektorübergreifende Pauschalvergütungen aussprach. Mehr Geld ins System – das hielt er (ebenso wie Orłowski) für unrealistisch. Er sprach von einem „System der kommunizierenden Röhren“. Also Umschichtung: Keine sinnlosen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, mahnte Kirstaedter, wie sie Todkranke laut Klaschik immer wieder über sich ergehen lassen müssen. Stattdessen sollte man sich beizeiten auf die Palliation konzentrieren und dabei nie die psychosoziale Seite vernachlässigen, riet Klaschik. „Unsinnige intensivmedizinische Maßnahmen sind ethisch nicht vertretbar.“

Rosemarie Stein

B U C H B E S P R E C H U N G

Vernünftig verordnen

Arzneiverordnungen

Hrsg.: Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft; 21. Auflage 2006; Deutscher Ärzteverlag Köln, 1534 Seiten, 49,95 Euro, ISBN 3-7691-1201-6.

Es ist ein kompaktes Kompendium der rationalen und rationellen Pharmakotherapie, was die vielköpfige Ärztekommision da zustande brachte – unabhängig von den Herstellern und der Indikationslyrik ihres Marketing. Die völlig neu bearbeitete 21. Auflage des (seit 1925 erscheinenden!) Handbuchs hat gut 300 Seiten mehr als die 20. und ist um einige Aspekte erweitert; vor allem um übersichtliche Preisvergleiche bei verschiedenen Indikationen (das ist ausbaufähig). Braucht zum Beispiel ein Krebschmerzpatient ein starkes Opioid, so zeigt sich, dass die am besten bewährte Referenzsubstanz Morphin auch am preiswertesten ist. Oder Betablocker für Hypertoniker: Carvedilol für 1,21 Euro oder Atenolol für 0,31 Euro pro Tag?

Hauptzielgruppe des Handbuchs sind die Vertreter der Allgemein- und Inneren Medizin einschließlich des studierenden

und des klinischen Nachwuchses. Wichtigen Fachgebieten wie Dermatologie, Augen- und HNO-Heilkunde sind aber Kurzkapitel mit entscheidenden Hinweisen gewidmet, etwa: Keine Routine-Antibiotikagabe bei Mittelohrentzündung! Die Arzneimittelkommission empfiehlt – manchmal mit Vorbehalt – nur 730 Wirkstoffe (die rote Liste nennt das Vierfache). Die blau unterlegten, also rasch zu findenden „zusammenfassenden Bewertungen“ helfen bei der Auswahl. Neue, noch nicht bewährte Substanzen werden gekennzeichnet und (von A bis D) kritisch bewertet.

Die „brutalstmögliche“ Kritik findet man in den „Arzneiverordnungen“ aber nicht. Die angestrebte Evidenzbasierung ist durch Pragmatismus gemildert. Beispiel Grippemittel: Da es kein wirklich effektives gibt, werden halt die Neuraminidasehemmer als bedingt gerechtfertigt empfohlen (Oseltamivir und Zanamivir, das sind Tamiflu und Relenza, aber Handelsnamen vermeidet das Buch prinzipiell), trotz ihrer schwachen Wirkung vor allem zur Prävention. Warum nennt die Arzneimittelkommission der deutschen

Ärzteschaft in solchen Fällen eigentlich nicht die Number needed to treat (NNT)? Die findet man sogar in dem primär für Patienten bestimmten „Handbuch Medikamente“ der Stiftung Waren-test. Dort liest man, mit Oseltamivir müssten „rund 25 Personen behandelt werden, um einen Influenzafall zu verhindern“. Die Angabe der NNT würde die vom Hersteller hochgejubelte Wirksamkeit so manchen Medikaments (z.B. die der Statine zur Primärprävention) auf den harten Boden der Tatsachen herunterholen.

R. St.

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

B U C H B E S P R E C H U N G

Kunst durch Therapie?

Eine 38-jährige, auf den Rollstuhl angewiesene Parkinsonkranke wurde wegen ihrer Panikattacken und hypochondrischen Ängste stationär behandelt. Ihre Motorik war gestört und geriet

hier abgebildete Aquarell, malte sie ganz entspannt und konzentriert. Zuerst waren da nur die vertikalen Farbstreifen. Das war ihr aber zu gleichförmig und harmonisch. Die Kunsttherapeutin be-

stätigte sie in der Ansicht, dass hier noch etwas fehlte. So malte sie rasch einen dreieckigen Kopffüßler in grotesk wirkender Bewegung über das ganze Blatt, dem sie gleich darauf einen grauen Rahmen gab.

In der Gruppenbesprechung räumte die Patientin ein, dass die Figur (mit der sie sich dann offen identifizierte) eigentlich mehr Platz brauche, dass aber ein kleiner Raum auch Schutz bedeute. „Hier hat

ein gelungener ästhetischer Erfahrungsprozess stattgefunden.“ Es entstand „eine ästhetische Form ihres schwierigen Daseins, eine körperhafte Figur, die ihre eigenen Begrenztheiten und Nöte und ihre sinnlichen Fähigkeiten in einer beeindruckend überzeugenden Form wiedergab“.

So urteilt Karin Dannecker, Professorin für Kunsttherapie an der Kunsthochschule Berlin-Weißensee, in ihrer Habi-

litationsschrift, der wir das Bild und die Fallgeschichte entnehmen. Die Arbeit erschien unter dem Titel „Psyche und Ästhetik“ jetzt als Buch. Es ist zugleich eine sehr detaillierte wissenschaftliche Abhandlung, in der die gesamte einschlägige Literatur aufgearbeitet ist, und ein schön ausgestattetes Kunstbuch.

In der Kunsttherapie entstehen (trotz ihres Namens) selten künstlerisch bedeutsame Werke, schreibt die Autorin. Die Kunsttherapeuten – Künstler und Psychotherapeuten in einer Person – sollen ja die Kranken mit dem, was sie gestalten, akzeptieren, denn alles kann von diagnostischem oder therapeutischem Wert sein. Die Geschichte von der Patientin, der in der Kunsttherapie tatsächlich ein Kunstwerk gelang, stützt aber wie viele andere die These der Autorin, dass die Qualität der künstlerischen Form ein Kriterium für den Therapieerfolg sein kann.

Denn, falls es durch die Kunsttherapie zur positiven Transformation negativer Erfahrungen kommt, dann ist das unter anderem an der ästhetischen Qualität des vom Patienten Geschaffenen erkennbar, meint Karin Dannecker. Und wörtlich: „Gelingt es einem Menschen im Rahmen seiner persönlichen Möglichkeiten, Konflikte und Probleme im künstlerischen Prozess zu bewältigen, verkörpert die Form das Erreichen von therapeutischen Zielen. In der Kunsttherapie bestätigt die ästhetische Qualität der Form des Kunstwerks unmittelbar, zu welchem Ergebnis der Prozess geführt hat.“

Rosemarie Stein

*Karin Dannecker:
Psyche und Ästhetik.
Die Transformation der Kunsttherapie.
Medizinisch Wissenschaftliche
Verlagsgesellschaft Berlin 2006.
271 Seiten mit 117 meist farbigen
Abbildungen, 49 Euro,
ISBN: 3939069000.*



vor allem bei inneren Spannungen außer Kontrolle. Die Patientin, die ohnehin ein negatives Selbstbild hatte, schämte sich dann ihrer Verkrampfungen und Verrenkungen sehr.

In der Kunsttherapie gestaltete sie anfangs nur originelle Gebilde aus Abfallmaterial der Klinik. Dann aber begann sie mit sensibel abgestimmten Farbkompositionen, zunächst aus buntem Seidenpapier, später mit dem Pinsel. Das

Zum 70sten von Bruno Müller-Oerlinghausen



Der Klang des anthroposophischen Glockenspiels an der Bürotür und der Anblick des schlafenden Buddha auf dem Schreibtisch von Bruno Müller-

Oerlinghausen waren jedem Mitarbeiter vertraut. Sein erstes großes Projekt nach seiner Habilitation 1969 in der Pharmakologie war der Aufbau eines Labors zur Untersuchung traditioneller fernöstlicher Phytotherapie im Auftrag der Bundesregierung in Bangkok. Bruno Müller-Oerlinghausen, am 7. März 1936 als Sohn des Bildhauers und Grafikers Berthold Müller-Oerlinghausen in Berlin geboren, studierte Chemie, Psychologie, Philoso-

phie und schließlich Medizin in Göttingen, München, Frankfurt/Main und Berlin. Nach seiner Rückkehr aus Thailand 1971 etablierte er an der Psychiatrischen Klinik der Freien Universität Berlin ein Labor für klinische Pharmakologie und wurde 1974 dort auf die erste deutsche Professur in diesem Fach berufen. Als Leiter der Berliner Lithiumkatamnese, einer Langzeitambulanz für Patienten mit affektiven Störungen, verwirklichte er 1975 erstmals das Modell der WHO zur Integration der Pharmakologie in die klinische Praxis.

Bis zum Eintritt in seinen Ruhestand 2001 trieb Müller-Oerlinghausens Forschergruppe bahnbrechende Entwicklungen zu Themen wie Lithiumsalzen, Therapeutisches Drug Monitoring, Rolle von Serotonin, Pharmakogenetik und Therapieresistenz mit voran. Als Mitbe-

gründer der International Group for the Study of Lithium Treated Patients (IGSLI) kämpfte er über Jahrzehnte für die Verbreitung der Lithiumtherapie als einer der ältesten Therapieformen für affektiv Kranke und war maßgeblich an der Entdeckung der antisuizidalen Wirkung von Lithium beteiligt.

1984-1994 war er Vorsitzender der Aufbereitungskommission B3 für den Altarzneimarkt beim damaligen Bundesgesundheitsamt. Seit 1995 ist er Vorstandsvorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ). Müller-Oerlinghausens stete Neugierde war und ist – der künstlerischen Tradition der Familie verhaftet – genauso offen gegenüber allem Spirituellen, Philosophischen und nicht zuletzt den alternativen Therapieformen. Sein stets ausgebuchter Terminkalender zeugt von nicht versiegender Vitalität und lässt doch großen Raum für die von ihm geliebte Musik. Daneben ist er mit Leidenschaft Vater zweier Kinder und Großvater mehrerer Enkelkinder.

Dr. med. Anne Berghöfer

**Wir sind immer für Sie da,
auch abends und am Wochenende**

Ultraschall-System mit Flatscreen-Monitor

- Cine-Memory
- Mehrfrequenztechnik
- Interne Festplatte
- Ethernet-Anschluss
- Messprogramme für alle Anwendungen
- Zukunftssicher; System entspricht allen Qualitätsrichtlinien
- Attraktives Design

Partner weltweit führender Hersteller:



Sonothek Berlin
Paul-Junius-Str. 70 - 10369 Berlin
Tel. 0 30/97 14 030
www.mtjendreyko.de - email: info@mtjendreyko.de

SONORING
Medizintechnik Jendreyko

TOSHIBA
famio5

KOMMEN SIE
ZU UNS, BEVOR
WIR ZU IHNEN
KOMMEN!



**Große Auswahl
an Gebrauchtgeräten
mit voller Garantie**

BERLINER ÄRZTE

3/2006 43. JAHRGANG

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

Herausgeber:

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

Redaktion:

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

Redaktionsbeirat:

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

Anschrift der Redaktion:

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

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

Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:

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

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

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

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

ISSN: 0939-5784