

Verwilderung der Sitten

Was nur treibt eine Bundesgesundheitsministerin um, außerhalb ihrer Zuständigkeit einen bundesweiten Rundumschlag zum Rentenrecht zu probieren, während gleichzeitig an allen Ecken und Enden das ganze deutsche „Gesundheitssystem“ krankt.

Es soll hier nicht die von Frau Schmidt so gesehene „Benachteiligung eingetragener Lebenspartnerschaften in den berufsständischen Versorgungswerken“ gesellschaftspolitisch diskutiert werden. Ob eine eingetragene Lebenspartnerschaft gleichgeschlechtlicher Menschen wie eine Ehe sozialrechtlich zu behandeln ist, kann offensichtlich auch anders beurteilt werden. Dies zeigen zahlreiche Urteile von Obergerichten und Bundesgerichten.

Was erschrecken lässt, sind aus meiner Sicht besonders zwei Aspekte: 1. Die Arroganz gegenüber der grundgesetzlich vorgegebenen föderalistischen Machtverteilung und das Begehren, in die Selbstverwaltung einzugreifen. 2. Der Verlust des Realitätssinns für die wirklichen sozialen Probleme in Deutschland und die mangelnde Prioritätensetzung zur Lösung dieser Probleme. Lesen Sie dazu den Bericht auf Seite 12.

Zu 1. Frau Schmidt kann als Bürgerin und MdB zum Thema ärztliche Selbstverwaltung fordern, was immer sie will, aber mit dem Briefkopf ihres Ministeriums als Teil der bundesdeutschen Exekutive (aber nicht zuständig für Alterssicherung!) die Länderminister aufzufordern, doch gefälligst in die ärztliche berufsständische Hinterbliebenenversorgung einzugreifen, ist starker Tobak. Es zeigt, wie in der Realität unsere Rechtsordnung ausgehebelt werden soll. Ungeniert wird die Musik (Leistungsausweitung) bestellt, die Kosten für die Kapelle aber werden weitergereicht. Ja, es wird im Vorfeld



Foto: Stiebitz

Dr. med. Elmar Wille

ist Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der Berliner Ärzteversorgung und Vizepräsident der Ärztekammer Berlin

nicht einmal nach der Finanzierung gefragt! Dazu kommt die Frechheit, dass sie im eigenen Haus (Bundesgesundheitsministerium) mit den Beamten nicht nach diesen Regeln verfährt! Wie wär's, wenn Frau Schmidt als MdB eine Änderung des Beamtengesetzes in Angriff nähme? Nur zur Klarstellung und Information für alle Berliner Versorgungswerkmitglieder: Die ersten vier „Fälle“ die dem Verwaltungsausschuss vorliegen, bedeuten einen zusätzlichen Zuführungsbedarf zur Rückstellung von 1.400.000 Euro. Dies ist aus Beitragsmitteln zu finanzieren, oder durch verminderte Leistungen auszugleichen. Anders als bei der Deutschen Rente Bund springt hier nicht der Steuerzahler ein und auf die nächste Generation kann es auch nicht verschoben werden.

Zu 2. Die Berliner Ärzteversorgung, wie alle Versorgungswerke, sichert ihren Mitgliedern eine Altersrente und eine Berufsunfähigkeitsrente zu. Diese Leistungen haben durch die Rechtsprechung (Bundesverfassungsgericht) Eigentumschutz. Dies gilt auch für Waisenrenten. Die abgeleiteten Ansprüche für Witwen und Witwer sind rechtlich „Sozialleistungen“, für die kein Beitrag geleistet wurde. Entsprechend wird bei der Deutschen Rente Bund, früher BfA, die Hinterbliebenenrente gewährt, abhängig zum Beispiel von Lebensalter, Versorgung kleiner Kinder, weiterer Arbeits- bzw. Transfer-

einkünfte. Im Klartext: Es gibt eine Anrechenbarkeit anderer Einkünfte. Dieses kennt die Berliner Ärzteversorgung bisher nicht. Wenn nun in Deutschland in den letzten drei Jahrzehnten die Zahl der sozialhilfeberechtigten Kinder um mehr als tausend Prozent gestiegen ist, würde es sich doch für eine Bundesgesundheitsministerin empfehlen, ihr Augenmerk auf diesen bedürftigen Personenkreis zu richten, der nicht für sich sorgen kann. Soziale Bedürftigkeit entdeckt Frau Schmidt jedoch an ganz anderer Stelle, bei erwachsenen Menschen, die vermögensunabhängige und lebenslängliche Sozialleistungen erhalten sollen, auch ohne eine Erziehungsleistung zu erbringen oder erbracht zu haben.

Dies war auch der Wunsch des Wowereit-Senats und seiner rot-roten Koalition. Deshalb wurde eben dies in die 9. Änderung des Berliner Kammergesetzes als ein so genannter „dynamischer Verweis“ auf das Sozialgesetzbuch VI vorgenommen. Das heißt, die Berliner Ärzteversorgung und die weiteren Heilberufsversorgungswerke Berlins müssen an gleichgeschlechtliche Lebenspartner „Witwenrente“ zahlen. Aber das ist ein weiteres Kapitel. Informieren Sie sich zunächst einmal über die Aktionen der Bundesgesundheitsministerin und die Sprachlosigkeit der Frau Bundeskanzlerin, denn bisher gab es keine Antwort. Gerne hätten wir die Stellungnahme der Bundeskanzlerin gedruckt. Der Verwaltungsausschuss als Sprecher und Vertreter von über 23.000 Ärztinnen und Ärzten ist der Frau Dr. Merkel offenbar keine Antwort wert!

E. Wille

Ärzte bespitzelten Kollegen und Patienten

Francesca Weil: Zielgruppe Ärzteschaft. Ärzte als inoffizielle Mitarbeiter des Ministeriums für Staatssicherheit. V&R unipress, Göttingen 2008. 308 S., 32,90 Euro

Der Umschlag zeigt die Akte des IM „Dr. Perinatologe“, durchscheinender Deckname eines der Ärzte, die sich von der Stasi zu konspirativer Mitarbeit anwerben ließen. Überzeugt, erpresst oder auf Vorteile hoffend, verpflichteten sie sich schriftlich, mündlich oder per Handschlag. In der DDR waren drei bis fünf Prozent der Ärzte IM – meist „hochwertige“ – (im Bevölkerungsdurchschnitt „nur“ 1 %), quer durch alle Fächer, viele in leitender Stellung, Psychiater und Sportmediziner überrepräsentiert.

Das Buch schildert sehr differenziert die Spitzeltätigkeit dieser Ärzte, die vor allem auf Kollegen angesetzt waren, aber auf Weisung ihrer Führungsoffiziere auch über Patienten zu berichten hatten: Gesundheitszustand, privates, politische Einstellung, Fluchtpläne. Nur wenige lehnten ab (ihnen passierte in der Regel nichts),

obwohl die ärztliche Schweigepflicht auch im DDR-Recht verankert war. Deren Verletzung blieb selbst nach der Wende fast durchweg ungesühnt, die Kollegen-Denunziation ohnehin. Viele dieser Ex-IM sind noch heute ärztlich tätig, sogar als Psychotherapeuten.

Nach dreijähriger Forschungsarbeit im Auftrag des „Deutschen Ärzteblatts“, finanziert von BÄK und KBV, legt die im Vogtland geborene Historikerin Francesca Weil (Hannah Arendt-Institut für Totalitarismusforschung der TU Dresden) hier ihre Ergebnisse vor. Zwischenberichte erschienen schon im Deutschen Ärzteblatt und auch in BERLINER ÄRZTE (Heft 8/2006 S. 21 u. 22). Die Autorin wertete die vorhandene Literatur ausgiebig aus und analysierte selber 493 Stasi-Akten von IM-Ärzten. Von 103 konnten die Adressen ermittelt werden; sie wurden um Interviews gebeten, nur 21 ließen sich darauf ein, trotz Zusicherung der Anonymität. (Der Selektions-Bias wird nicht thematisiert.)

In den Gesprächen äußerten nur wenige der IM-Ärzte Schuld- oder Schamgefühle, der

Haupttenor war: „Ich habe niemandem geschadet“. Ob das konspirative Netz der Staatssicherheit sich um einen observierten Kollegen oder Patienten zuzog und welchen Anteil sie daran hatten, erfuhren die Denunzianten aber fast nie, fand die Historikerin heraus. Die Akten halten fest, was den Bespitzelten geschah: Berufliche Benachteiligung bis zur Entlassung, Vereitelung der „Republikflucht“, Verhaftung. Besonders begabte und skrupellose IM-Ärzte wurden sogar im Ausland eingesetzt – wie zum Beispiel „Jutta“. Mit ihrer tatkräftigen Unterstützung wurde jene Moskauer Menschenrechtsgruppe, die sich mit der Psychiatrisierung von Dissidenten befasste, 1980 zerschlagen: durch Verhaftungen und einen ungeklärten tödlichen Verkehrsunfall.

Die Autorin nennt grundsätzlich nur Decknamen, auch wenn die Klarnamen der Stasi-Spitzel seit langem publiziert sind. Den Fall „Jutta“ hat Sonja Süß in ihrem Buch „Politisch missbraucht? Psychiatrie und Staatssicherheit in der DDR“ (Berlin 1998) ausführlich geschildert. „Jutta“ war die Berliner Gynäkologin Gisela Otto, Leiterin der Poliklinik im Haus der Ministerien und Professorin an der Ost-Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung. R. St.

TITELTHEMA.....

Die Angst der Ärzte vor dem Bachelor – Liegt Berlin bald bei Bologna?

Durch den Bologna-Prozess soll auch das Medizinstudium umgekrempelt werden. Die Bedenken der Ärzteschaft gegen einen „Schmalspur“-Arzt mit Bachelor-Abschluss sind groß. Doch was bedeutet die Reform für Berlin wirklich?
Von Rosemarie Stein.....14

Bologna in Basel

Das Beispiel Schweiz.....18

Bologna: Pro und Contra

Manfred Gross und Ulrich Schwantes zur Reform 21

EDITORIAL.....

Verwilderung der Sitten

Von Elmar Wille.....3

BERLINER ÄRZTE aktuell..... 6

Amöbendiagnostik im Stuhl

Informationen des Instituts für Tropenmedizin..... 11

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK

Bericht von der Delegiertenversammlung am 20. Februar 2008

Von Sascha Rudat.....28

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen.....10

Fortbildungskalender

Fortbildungsveranstaltungen der Ärztekammer Berlin..... 26

BERUFSRECHT.....

Verspätete Befundberichte und Verstoß gegen Hygienevorschriften.....31

PERSONALIEN.....

Bestandene Facharztprüfungen

Januar bis Februar 2008.....32

BUCHBESPRECHUNGEN....

Zielgruppe Ärzteschaft. Ärzte als inoffizielle Mitarbeiter des Ministeriums für Staatssicherheit

..... 4

FEUILLETON.....

Komiker Leidenreich

Zur Karl Valentin-Ausstellung im Gropiusbau.
Von Rosemarie Stein 30

Impressum..... 42



Charité

Goldenes Doktordiplom

Die Charité ehrt seit vielen Jahren ihre Alumni, die vor 50 Jahren an der Charité promoviert haben, mit der Vergabe einer „Goldenen Doktorurkunde“. In diesem Jahr erfolgt dies zum zweiten Mal im Rahmen eines größeren Festaktes im Konzerthaus am Gendarmenmarkt in Berlin-Mitte. Infolge der Wirren der

Nachkriegs- und Vorwendezeit ist der Kontakt zu so mancher Kollegin/manchem Kollegen leider verloren gegangen. Sollten Sie vor 50 Jahren promoviert haben oder jemanden kennen, auf den das zutrifft, melden Sie sich bitte im Promotionsbüro der Charité - Universitätsmedizin Berlin, Tel. 030/450 576-018/-016.



ANZEIGE

Verschreibungspflichtige Arzneimittel

Werbeverbot durch geplante EU-Gesetzgebung unterlaufen

Von der EU-Kommission ist eine Gesetzesnovelle in Vorbereitung (Legal proposal on information to patients), die zwar keine Aufhebung des Werbeverbots der direkten Konsumentenwerbung für verschreibungspflichtige Arzneimittel (Direct-To-Consumer-Advertising, DTCA), aber eine bessere Patienteninformation vorsieht (siehe auch Editorial BERLINER ÄRZTE 1/2008, S. 3). Was sich zunächst positiv im Sinne der besseren Aufklärung und Selbstverantwortung des Medikamentengebrauchs durch die Patienten auslegen lässt, wird bei näherer Betrachtung zu einer weiteren folgeschweren Einflussnahme der Pharmaindustrie auf unser Gesundheitssystem führen. Die Gesetzesnovelle mit bewusster Einbeziehung der Pharmaindustrie in die Patienteninformation wird eine weitere Gelegenheit bieten, mit großzügig finanzierten „Informationen“ einseitig im eigenen Interesse zu wirken und damit das Werbeverbot zu unterlaufen.

Wenn eine bessere Patienten-Information beabsichtigt ist, muss sie durch den Filter unabhängiger Institutionen gehen. Solche gibt es bereits

in Deutschland, aber sie müssten stärker vernetzt und finanziell gestärkt werden, um ein sichtbares Gegengewicht zur übermächtigen, interessengeleiteten Ärzte- und Laien-Information zu gewährleisten. Solange die Politik dieser Fehlentwicklung nichts entgegensetzt, indem sie wieder mehr unabhängige klinische und pharmakologische Forschung finanziell und institutionell fördert, ist eine solche Gesetzesnovellierung der Europäischen Kommission abzulehnen. Patienten benötigen objektive, unvoreingenommene und vergleichende Daten zum Für und Wider aller, auch nicht-medikamentöser Behandlungsmethoden.

Der Entwurf ist im Internet abrufbar unter:
http://ec.europa.eu/enterprise/pharmaceuticals/pharmacos/docs/doc2008/2008_02/info_to_patients_consult_200800.pdf

Öffentliche Stellungnahmen zu dem o.g. Entwurf können bis zum 7. April 2008 per E-Mail eingesandt werden:
ulla.narhi@ec.europa.eu

*Dr. med. Hans-Joachim Both,
Prof. Dr. med. Bernd Holdorff (Ärzte
für Neurologie und Psychiatrie)*

Illustration: Sehnern, BERLINER ÄRZTE 5/05



Chefarztwechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



DRK Kliniken Berlin/Köpenick

Dr. Jörg Schreier leitet als Chefarzt seit dem 1. Januar die Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie das Brustzentrum an den DRK Kliniken/Köpenick. Schreier war zuvor knapp fünf Jahre Leitender Oberarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe der DRK Kliniken Berlin/Westend. Sein Vorgänger, Dr. Gerd Räber, wurde in den Ruhestand verabschiedet.

DRK Kliniken Berlin/Westend

Seit dem 1. Februar hat das Deutsche KinderUrologieZentrum (DKUZB) der DRK Kliniken Berlin Westend mit Priv.-Doz. Dr. Karin Riebe eine neue Chefarztin. Die Kinderchirurgin tritt die Nachfolge von Prof. Wolfgang Biewald an, der in den Ruhestand verabschiedet wurde.

Martin-Luther-Krankenhaus

Priv.-Doz. Dr. Enrique LopezHänninen, ehemals Oberarzt an der Charité, Campus Virchow Klinikum, ist seit dem 1. Februar Chefarzt der Radiologie. Die Stelle war zuvor zwei Jahre vakant.

Krankenhaus Waldfriede

Priv.-Doz. Dr. Ingo Leister ist seit dem 1. Januar Chefarzt der Chirurgischen Abteilung. Ehemals tätig als Leitender Oberarzt der Abteilung für minimalinvasive Chirurgie am Krankenhaus Neu-Mariahilf in Göttingen, löste Leister Dr. Gabriele Ehren ab, die das Krankenhaus verlassen hat.

Vivantes Klinikum Am Urban

Prof. Dr. Jan Roigas wurde zum 1. März neuer Chefarzt der Klinik für Urologie. Ehemals Leitender Oberarzt der Kinderneurologie an der Charité, Campus Mitte, trat er die Nachfolge von Prof. Dr. Michael Siegmund an, der das Unternehmen verlassen hat.

Vivantes Klinikum Neukölln

Dr. Florian Wenzel hat zum 1. März 2008 die Leitung der Regionaldirektion Süd von Vivantes übernommen. Wenzel wird zusätzlich zum Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum und zum Vivantes Wenckebach-Klinikum auch das Vivantes Klinikum Neukölln als Regionaldirektor und Ärztlicher Direktor leiten. Er ist Nachfolger von Priv.-Doz. Dr. Diethelm Hansen, der aus dem Berliner Krankenhauskonzern ausgeschieden ist.

Vivantes Klinika Hellersdorf und Prenzlauer Berg

Seit 1. Februar 2008 leitet Dr. Dorothea Dreizehnter die Region Ost, zu der das Vivantes Klinikum Hellersdorf und das Vivantes Klinikum Prenzlauer Berg gehören. Dreizehnter ist auch weiterhin in der Region Mitte für das Vivantes Klinikum im Friedrichshain und das Vivantes Klinikum Am Urban als Regionaldirektorin und Ärztliche Direktorin verantwortlich. Der vorherige Regionaldirektor Ost, Dr. Christoph Kugler, hat das Unternehmen verlassen.

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

Tel. 40 80 6-4100/-4101, Fax: -4199.

E-Mail: e.piotter@aekb.de oder s.rudat@aekb.de

NACHRICHTEN

Wechsel in der Delegiertenversammlung

Die Gynäkologin Antje Blankau (Fraktion Gesundheit) hat die Delegiertenversammlung verlassen.



Dr. med. Antje Blankau

Ihr folgt Dr. Ing. Carsten Belter. Der Internist war bereits in der



Fotos: Stiebitz

Dr. Ing. Carsten Belter

10. und 11. Legislaturperiode DV-Mitglied. Antje Blankau gehörte der DV seit der 9. Legislaturperiode an. Die Ärztekammer Berlin bedankt sich bei ihr für die langjährige Mitarbeit.

ANZEIGE

Klinikum Prenzlauer Berg vor dem Aus?

Eigentlich hatte man vom erneuerten Vorstand jetzt ein Gesamtkonzept zur Weiterentwicklung des Krankenhauskonzerns erwartet. Doch gefehlt: Ende Februar wagte sich das Dreigestirn mit einer umstrittenen Einzelentscheidung an Aufsichtsrat und Öffentlichkeit: Das Klinikum Prenzlauer Berg soll künftig nur noch als ambulanter Versorgungsstandort dienen. Stattdessen soll das Klinikum im Friedrichshain bis 2011 so erweitert werden, dass die Betten hierhin verlagert werden können. Sind die „ökonomischen Zwänge“, die Vorstandschef Joachim Bovelet als Grund anführte, so groß, dass auf einmal diese Eile geboten erschien? 2004 hatte der Konzern eine siebenstellige Summe ausge-

geben, um sich von McKinsey sagen zu lassen, was zur Sanierung hinreichend sei. So sollte unter anderem die Liegezeit von 7,2 auf unter 6 Tage sinken. Die Vivantes-Kliniken sollten sich stärker spezialisieren und auch die Umwandlung des Krankenhauses Prenzlauer Berg in ein Zentrum ambulanter Versorgung geprüft werden. Im Südwesten sollte der Konzern enger mit dem Charité Campus Benjamin Franklin zusammenarbeiten. Doch vier Jahre später liegen die Sanierungsziele noch in weiter Ferne und damit die Zukunft des Konzerns in der Trägerschaft des Landes Berlin. Die hatten die Linksparteien als auch Bündnisgrüne noch im Wahlkampf 2006 verteidigt, weil das „Netzwerk für Gesundheit“

als Instrument der Daseinsvorsorge im zunehmenden Wettbewerb auf dem Krankenhausmarkt geschützt bleiben sollte. Mit dem Vorstoß bringt der Vorstand den Senat jedoch in eine prekäre Situation. Das Klinikum Prenzlauer Berg ist ein alteingesessener Standort, der unter anderem mit einer guten Geriatrie und einer Rettungsstelle ausgestattet ist. Mit dem Abbau würde das stets hoch gehaltene Ziel einer bedarfsgerechten, wohnortnahen stationären Grundversorgung den Berliner Verhältnissen nach empfindlich beschädigt. Längst ist die Zahl der Krankenhausbetten pro Einwohner unter den Bundesdurchschnitt gefallen, und das trotz höchster Morbiditätszahlen. Der Ostteil der Stadt wurde strukturell vom Kapazitätsabbau nach 1990 deutlich härter getroffen

als der Westteil. Als 2001 das Klinikum Hellersdorf wegen des hohen Investitionsbedarfs in Frage gestellt worden war, setzte sich Gregor Gysi persönlich in den Koalitionsverhandlungen dafür ein – bis heute ein Erfolg. Doch wichtiger noch in Bezug auf den Standort Prenzlauer Berg: Der demografische Wandel macht sich in Berlin bereits jetzt durch ein zu knappes Angebot geriatrischer Betten bemerkbar. Die Fachbeamten der Gesundheitsverwaltung haben sich auch deshalb vernehmbar ablehnend gegenüber der Verlagerung dieser Basisversorgung aus der Region Nord nach Mitte geäußert. Für den Krankenhausplan und die anstehende Fortschreibung ist nur der Senat zuständig, wie auch für den Masterplan „Gesundheitsregion Berlin“ bis 2015. Die neue Leitung

ANZEIGE

der Gesundheitsverwaltung hat zudem die faktische Aufgabe der baulichen Investitionsförderung der letzten Legislaturperiode korrigiert und wieder Ansätze zu sinnvoller Unterstützung entwickelt. Nun soll sie die Umbauten im Friedrichshain mitfinanzieren – und dabei ihre eigenen Planungsziele konterkarieren. Zudem kann sich die Standortabwicklung als sehr nachteilig für Vivantes erweisen: Von Ortskundigen ist der Vorstand vielfach gewarnt worden, dass die Prenzlberger nicht den Betten bis in den Friedrichshain folgen würden, kurze Luftlinie hin oder her. Wenn Vivantes aus Geldmangel nicht in der Lage ist, den Standort zu halten, so liegt eine Alternative nahe, die für mehrere Seiten praktischen Gewinn verspricht: der Verkauf. Der mit Sicherheit zu erwartende hohe Erlös käme dem leidenden Landesunter-

nehmen zugute, der Bevölkerung die mit Sicherheit zu erwartende Investitionsbereitschaft eines neuen Trägers für ein

wirtschaftliches Krankenhaus der Zukunft. Im Vertrauen auf den politischen Instinkt des Senats, der sich schon mehrfach

als weiser erwiesen hat als die Unternehmensführung, darf man auch weiterhin auf den Fortbestand des Klinikums Prenzlauer Berg hoffen.

Geriatric

Multimorbidität im Alter

und ausgewählte Pflegeprobleme: Das Graduiertenkolleg an der Charité mit diesem Namen konnte erfolgreich abgeschlossen werden. Die 15 Absolventen verschiedener Fächer forschten interdisziplinär über Fragen wie Schmerz oder Inkontinenz im Alter, über methodologische Fragen, wie Messung der Lebensqualität (auch pflegender Angehöriger), Kriterien einer guten häuslichen Pflege, Assessment von Schmerzen bei nicht artikulationsfähigen Patienten oder auch Unzulänglichkeiten von Mobilitätshilfsmitteln. Sie sind dabei, zu promovieren, stehen aber (schon oder wieder) mitten im Beruf.

Im begleitenden Studienprogramm haben sie sich ganz selbstverständlich vernetzt und immer wieder die fachliche Perspektive gewechselt – ein großer Erfolg des Kollegs, denn interdisziplinäre Vernetzung ist ja notwendig für eine effektive Versorgung multimorbider alter Patienten. Vernetzt wurden hier nicht nur die Professionen der Lernenden wie auch der Lehrenden, sondern auch Wissenschaft und Praxis. Ziel aller Forschungsarbeiten war es letztendlich, den alten Mehrfachkranken ein besseres Leben zu ermöglichen. „Es gab keine Chance, im Elfenbeinturm zu versauern“, sagte die Sprecherin des Graduiertenkollegs, die Charité-Gerontologin und Medizinsoziologin Adelheid Kuhlmei beim Abschluss-Symposium. Eine zweite Phase mit neuen Graduierten, die zur Promotion geführt werden sollen beginnt im Juni und wird wieder, wie schon die erste, von der Robert Bosch Stiftung finanziert. Sie hatte im Rahmen ihres gerontologischen Förderschwerpunkts das Kolleg initiiert und ausgeschrieben. Bei der Stiftung hofft man, dass später auch ohne Förderung eine ständige Graduiertenschule entsteht. R.St.

ANZEIGE

ANZEIGE

NSAIDs

Oral oder topisch?

Nach einem Jahr fanden sich in zwei Studien keine Unterschiede in der Therapie des Schmerzes zwischen der oralen Einnahme eines nicht-steroidalen Antiphlogistikums (NSAID) und der topischen Anwendung – jedenfalls in einer im Alter häufig auftretenden Indikation (Knieschmerzen) und nach dem Urteil der Patienten, wenn sie selbst die Art ihrer Therapie auswählen konnten. Wurden sie einer Gruppe zugeteilt, beklagten sich in der „topischen“ Gruppe 11 %

mehr Patienten über eine ungenügend wirkende Therapie und in der „oralen“ Gruppe wechselten 10 % mehr Patienten die Therapie wegen unerwünschter Wirkungen (UAW).

Die Autoren empfehlen, das Selbstbestimmungsrecht der Patienten mehr zu achten und ihnen primär die Wahl zu lassen zwischen oraler und topischer Anwendung eines NSAID. Die auch in den Studien verstärkt auftretenden typischen UAW nach oraler Gabe (GI-Blutung, Kreatininerhöhung, Atembeschwerden) sind insbesondere im Alter zu beachten. Ärzte soll-

ten die Verordnung von topischen NSAID als eine Behandlungsalternative erwägen. Da sich die Kosten im Bereich der normalen Zuzahlung bewegen, ist ein Therapieversuch auf Privatrezept nach

Aufklärung des Kassenpatienten vertretbar.

Quelle: Brit.med.J. 2008; 336: 105 und 138-145

*Bisphosphonate***Muskelschmerzen**

Die amerikanische Überwachungsbehörde FDA sorgt sich über das Auftreten von extremen Muskel- und Gelenkschmerzen in über 100 Fällen unter der Therapie mit Bisphosphonaten. Da diese UAW Tage, aber auch erst Jahre nach Einnahmebeginn auftreten können, können sie als Symptome einer Osteoporose fehlgedeutet werden. Die Schmerzen können nach Absetzen ganz, aber auch nur teilweise verschwinden. Sie dürfen nicht verwechselt werden mit den Akutsymptomen bei Beginn einer Therapie mit Bisphosphonaten (Fieber-

krämpfe, Knochen-/Muskel-/Gelenkschmerzen).

In einem kritischen Kommentar wird die – mit Hilfe von Sponsorgeldern erstellte – WHO-Klassifikation von Osteopenie und Osteoporose in Frage gestellt und darauf hingewiesen, dass derzeitige Werbemaßnahmen bereits auf Frauen mit Osteopenie zielen. Diese Prä-Osteoporose reiht sich ein in wirtschaftlich, aber fraglich medizinisch sinnvolle Indikationsausweitungen wie Prä-Hypertonie und Prä-Diabetes, oft ohne entsprechende Warnhinweise auf die Risiken der jeweiligen Arzneistoffe.

Quelle: Brit. med. J. 336; 117 und 126-129

Anregungen, Vorschläge und insbesondere kritische Anmerkungen aus der Praxis und Klinik zu den Artikeln dieser Serie sind ausdrücklich erwünscht.
Telefon: 0211 4302-1560, Fax: 0211 4302-1588, E-Mail: dr.hopf@aekno.de
Dr. Günter Hopf, ÄK Nordhein, Tersteegenstr. 31, 40474 Düsseldorf

ANZEIGE

Amöbendiagnostik im Stuhl

Entamoeba histolytica (E. histolytica) ist ein weltweit verbreitetes Protozoon und verursacht intestinale Amöbiasis. Schätzungsweise 50 Mio. Menschen sind infiziert. Aus Entwicklungsländern werden Prävalenzen von über 10% berichtet. In industrialisierten Ländern ist die Infektion vor allem bei Reiserückkehrern und Immigranten aus endemischen Gebieten bedeutsam.

Der Parasit existiert in Zysten- und Trophozoitenform. Die monatelang in der Umwelt überlebensfähigen Zysten können sich nach Ingestion im Duodenum zu Trophozoiten umwandeln. Diese sind durch Sekretion von Proteinasen und Lyse der Zielzellen zur Invasion der intestinalen Schleimhaut in der Lage (invasive Amöbiasis). Typische Krankheitsbilder umfassen abdominale Schmerzen und Krämpfe, (blutige) Diarrhö und Fieber. Extraintestinale Abszesse stellen seltene Komplikationen dar. Die asymptomatische Ausscheidung von Zysten ist mit ca. 90% die häufigste Manifestation der Infektion.

Neben E. histolytica sind zwei weitere Amöbenspezies bekannt, E. dispar und E. moshkovskii. Sie gelten als apathogen und bedürfen keiner Behandlung. E. dispar ist etwa zehnmal häufiger als E. histolytica. Da die Unterscheidung mikroskopisch nicht möglich ist, sollte zur Indikationsstellung für eine Behandlung eine eindeutige Differenzierung mit einer weiteren Methode stattfinden.

Neben der PCR als zeit- und personalaufwändiger Methode stehen dafür Antigenteste zur Verfügung (TechLab E. histolytica II, Entamoeba CELISA-PATH, Optimum S Entamoeba histolytica antigen ELISA, u.a.). Mittels monoklonaler Antikörper werden E. histolytica spezifische Strukturen im frischen Stuhl nachgewie-

sen. Sensitivität und Spezifität sind testabhängig höher als die der Mikroskopie, die Durchführung ist einfach und das Ergebnis am gleichen Tag verfügbar. Der TechLab II Test detektiert das E. histolytica spezifische Gal/GalNAc-Lectin mit einer Sensitivität von 86-95% und einer Spezifität von 93-100% (Haque et al, 2003. NEJM; Haque et al, 1995. J Clin Microbiol).



Wir möchten auf einen Hinweis aus den AWMF/DTG-Richtlinien aufmerksam machen: „Es ist darauf

zu achten, dass nicht alle der angebotenen Koproantigen-ELISA-Teste zwischen E. histolytica und E. dispar unterscheiden“ (<http://leitlinien.net/042-002.htm>). So geht zwar aus den Herstellerangaben des ProSpecT EIA (Remel Inc.), vertrieben durch die Firma Virotech, hervor, dass das dem Test zugrunde liegende Reagenz diese wichtige Differenzierung nicht leisten kann. Auf den von den Labors versandten Befunden ist diese Information aber häufig nicht zu finden. Wird die Behandlungsindikation aus dem positiven Befund dieses Tests abgeleitet, besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit der unnötigen Behandlung von E. dispar – Trägern. Es empfiehlt sich daher, mit dem zuständigen Labor Rücksprache zu halten, ob das verwendete Testsystem eine Differenzierung zwischen pathogenen und apathogenen Amöbenformen gewährleistet.

Bei nachgewiesener E. histolytica Infektion sollte der Therapie mit Metronidazol oder Tinidazol die Verordnung eines intraluminal wirksamen Medikaments (z.B. Paromomycin) folgen.

Dr. Inga Petruschke
Dr. Sebastian Dieckmann
Institut für Tropenmedizin
Spandauer Damm 130
14050 Berlin
www.charite.de/tropenmedizin

Ministerin Schmidt mischt sich in Altersvorsorge



Für großen Unmut in der Berliner Ärzteversorgung (BÄV) hat ein Brief von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) an ihre Landeskollegen gesorgt. In dem Brief aus ihrem Ministerium (siehe Ausriss) bat sie die Landesminister um Unterstützung, auf die rechtliche Gleichstellung eingetragener Lebenspartnerschaften in den berufsständischen Versorgungswerken hinzuwirken. „Falls in den Satzungen der Versorgungswerke Regelungen enthalten sind, die bei der Hinterbliebenenversorgung keine Gleichstellung eingetragener Lebenspartnerschaften mit verheirateten Paaren vorsehen, möchte ich Sie bitten, gegebenenfalls gesetzgeberische Möglichkeiten zu prüfen und auszuschöpfen“, schreibt Schmidt weiter.

Nach Ansicht des BÄV-Verwaltungsausschusses verstößt Ministerin Schmidt mit diesem Brief klar gegen demokratische Spielregeln (s. auch Editorial auf Seite 3). Aus diesem Grund wandten sich der Vorsitzende des Verwaltungsausschusses, Kammervizepräsident Dr. med. Elmar Wille, und sein Stellvertreter Dr. med. Wolfgang Kreischer am 27. Dezember 2007 in einem Brief an Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU). In ihrem Schreiben greifen Wille und Kreischer drei zentrale Punkte auf: 1. Ulla Schmidt ist als Gesundheitsministerin nicht für den Bereich der Rentenver-

sicherung der berufsständischen Versorgungswerke zuständig. 2. Schmidt widerspricht mit ihrer Forderung nach rechtlicher Gleichstellung eingetragener Lebenspartnerschaften mit verheirateten Paaren sämtlichen höchstrichterlichen Entscheidungen durch das Bundesverwaltungsgericht, den Bundesgerichtshof sowie den Bundesfinanzhof. Alle haben übereinstimmend entschieden, dass ein Rechtsanspruch eines eingetragenen Lebenspartners auf Gleichbehandlung nicht besteht. Es obliegt vielmehr den gesetz- und satzungsgebenden Organen, gegebenenfalls eine Gleichstellung vorzunehmen. „Es ist nicht akzeptabel, wenn eine Bundesministerin für Gesundheit die Landesgesetzgeber unter Ausblendung der Rechtsprechung der obersten Bundesgerichte zu einer per Gesetz angeordneten Erweiterung des Leistungskataloges der berufsständischen Versorgungswerke aufruft. Eine kapitalgedeckte Versorgung, wie sie die Versorgungswerke nun einmal bieten, muss bei jeder Leistungserweiterung die Finanzierung sicherstellen“, heißt es weiter in dem Brief an die Kanzlerin. 3. Der Berliner Landesgesetzgeber hat neben Bremen und Hamburg bereits entsprechende Änderungen der Kammer- bzw. der Heilberufsgesetze im Sinne des Aufrufs von Ministerin Schmidt veranlasst. Gleich-

zeitig hat Berlin bei den Landesbeamten bisher keine Gleichstellung vorgenommen. „Ein derartiges Vorgehen würde bedeuten, dass der Landesgesetzgeber anderen Einrichtungen per Gesetz Kosten auferlegt, die er selbst in seinem Verantwor-

tungsbereich nicht zu tragen bereit ist“, erklären Wille und Kreischer.

Der Bitte, eine Antwort bis zum 15. Februar vorzulegen, ist die Kanzlerin nicht nachgekommen. Eine Reaktion stand bis Redaktionsschluss aus.

Weiterbildung

6. Nachtrag zur Weiterbildungsordnung genehmigt

Der Facharzt für Allgemeinmedizin ist in Berlin jetzt wieder ein eigenständiges Gebiet. Nachdem die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin im vergangenen November den 6. Nachtrag zur Weiterbildungsordnung beschlossen hatte, hat ihn jetzt die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz genehmigt. Nach der Wiedereinführung des Internisten ohne Schwerpunkt haben nun auch die Allgemeinmediziner in Berlin wieder ihre Eigenständigkeit durch ein eigenes Gebiet und geänderte Inhalte. Die Ärztekammer Berlin ist die erste Kammer in Deutschland, die diesen Schritt gegangen ist. Der Nachtrag tritt mit der Veröffentlichung im Amtsblatt für Berlin in Kraft.

Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz begrüßte die Genehmigung der Senatsverwaltung. „Wir schaffen damit klare Perspektiven für angehende Hausärztinnen und -ärzte“, betonte Jonitz. Darüber hinaus werde die Glaubwürdigkeit der Ärztekammer Berlin gestärkt, die für die Definition der Inhalte der Medizin verantwortlich ist – unabhängig von gesundheitspolitischer Ideologie. „Verteilungskämpfe lassen sich nicht mit Hilfe der Weiterbildungsordnung lösen.“ Kammergeschäftsführer Dr. med. Gerhard Andersen unterstrich, dass der Nachtrag europarechtliche Konformität bedeute, da der Facharzt für Allgemeinmedizin bereits in Brüssel notifiziert ist. Er verwies mit Bezug auf den Deutschen Ärztetag darauf, dass Beschlüsse immer mit Blick auf die europarechtliche Umsetzung gefällt werden sollten. Dies sei beim Beschluss des 105. Deutschen Ärztetages im Jahr 2002 in Rostock mit der Abschaffung des Internisten ohne Schwerpunkt sowie der Allgemeinmedizin nicht ausreichend berücksichtigt worden.

Der Genehmigung des 6. Nachtrages war ein Briefwechsel mit der Senatsverwaltung vorausgegangen. Nach einem Schreiben der Bundesärztekammer an die Senatsverwaltung, mit der Bitte, den Nachtrag nicht zu genehmigen, hatte die Senatsverwaltung sich an die Ärztekammer gewandt. Die Kammer führte daraufhin ihre Positionen ausführlich aus und machte die europarechtliche Konformität des Berliner Vorstoßes deutlich. Dieser Linie ist die Senatsverwaltung jetzt gefolgt.

Deutschlandbesuch

Ukrainische Ärzte informieren sich in der Kammer



Eine Delegation von fünf ukrainischen Ärzten hat am 5. März die Ärztekammer Berlin besucht. Die Ärzte, die die mit rund 20.000 Mitgliedern größte ukrainische Ärzteorganisation Ukrainian Medical Association (UMA) vertreten, wollten sich bei einem viertägigen Besuch über die Arbeit der ärztlichen Selbstverwaltung in

Deutschland informieren. Dazu waren sie zuvor mit Vertretern der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, des Marburger Bundes und der Charité zusammengekommen.

Kammergeschäftsführer Dr. med. Gerhard Andersen erklärte ausführlich die Arbeit der Ärztekammer Berlin sowie

die Funktionen des ärztlichen Kammerwesens. Auf besonderes Interesse der ukrainischen Kollegen aus Kiew unter der Führung des UMA-Präsidenten Dr. Oleg Musii stießen unter anderem die Bereiche Fortbildungspflicht, Ausbildung der Medizinischen Fachangestellten sowie die Berliner Ärzteversorgung.

Podiumsveranstaltung

Einfluss der Pharmaindustrie auf die ärztliche Praxis

Mit dem „Einfluss der Pharmaindustrie auf die ärztliche Praxis“ beschäftigt sich eine hochkarätige Podiumsdiskussion, die am 7. Mai von der Ärztekammer Berlin in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und dem Informationsblatt „Gute Pillen – Schlechte Pillen“ (Herausgeber: „arznei-telegramm“, „Arzneiverordnung in der Praxis“, „DER ARZNEIMITTELBRIEF“ und „PHARMA-BRIEF“) veranstaltet wird. Einer der Referenten ist der australische Pharmakritiker Dr. Peter Mansfield („Healthy Skepticism“). Die Veranstaltung beschäftigt sich mit den vielfältigen Einflussnahmen der Pharmaindustrie auf die ärztliche Arbeit. Dass Arzneimittelinformation eher die Regel als die Ausnahme ist, zeigte BERLINER ÄRZTE 12/2006 ausführlich im Titelthema.

Die Podiumsdiskussion findet am 7. Mai von 18.00 bis 21.00 Uhr in der Ärztekammer Berlin statt und ist öffentlich.

Patientensicherheit

Broschüre „Aus Fehlern lernen“ sorgt für Aufsehen



Die neue Broschüre „Aus Fehlern lernen“ des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V. ist auf großes öffentliches Interesse gestoßen. Bundesweit berichteten die Medien darüber. In der 43-seitigen Broschüre, die vom AOK-Bundesverband finanziert wurde, erzählen 17 führende Ärztinnen und Ärzte sowie

Pflegekräfte und Therapeuten von medizinischen Fehlern die sie gemacht haben, und den Konsequenzen, die sie daraus für ihr weiteres Berufsleben gezogen haben. Zu den Autoren gehören auch Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz, der stellvertretende Vorsitzende des Aktionsbündnisses ist, und Vorstandsmitglied Professor Dr. med. Vittoria Braun. Dr. Jonitz erzählt beispielsweise, wie er als junger Arzt einer Patientin, die eine Blutvergiftung hatte, ein Antibiotikum gab und unter Zeitdruck vergaß, nach einer Penizillin-Allergie zu fragen. Die geschilderten Fälle sollen dazu dienen, zu zeigen, wie teilweise kleine

Fehler fatale Folgen haben können. Wichtiger aber noch ist der Erkenntnisgewinn aus diesen Fehlern. Deshalb werden auch in zwei Fachbeiträgen Behandlungsfehlerfälle einer systematischen Ursachenanalyse unterzogen. Dabei steht nicht die Suche nach dem Schuldigen im Vordergrund, sondern das Erkennen von Schwachpunkten auf der Systemebene als wichtiger Schritt zur künftigen Fehlervermeidung. Die Broschüre kann auf der Homepage der Kammer oder des Aktionsbündnisses Patientensicherheit heruntergeladen werden: www.aerztekammer-berlin.de www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de



Die Angst des Arztes vor dem Bachelor

Jetzt dürfte keiner mehr den „Bologna-Prozess“ für ein Gerichtsverfahren gegen norditalienische Kollegen halten. Denn die Charité hat schon fest vor zu „prozessieren“. Auch ohne studierende Kinder weiß man: Das hat etwas mit Studienreform zu tun. Wird der Bologna-Prozess die inhaltliche und didaktische Reform fördern oder gar bremsen? Das ist der Knackpunkt für Insider. Allen anderen aber fällt dazu sofort ein Begriff ein: Bachelor. Vor das Master-Studium haben die hochschulpolitischen Halbgötter den Bachelor gesetzt. Auch in der Medizin? Um Himmels willen – wird da nach nur drei Studienjahren ein billiger „Barfußarzt“ auf die Patienten losgelassen? Fragen über Fragen, und vorerst viel Disharmonie um eine Strukturreform, die eigentlich die akademische Ausbildung Europas harmonisieren und ihre Qualität sichern will.

Von Rosemarie Stein



Liegt Berlin bald bei Bologna?

Der Bachelor ist der meistumstrittene Punkt; im Unterschied zu anderen Ländern hat sich in der deutschen Medizin die Debatte über den Bologna-Prozess bis vor kurzem nur auf ihn beschränkt. Vielleicht ist aber der Bachelor (der alte Baccalaureus) sogar der unwichtigste Punkt der ganzen Bologna-Reform, jedenfalls für Medizinstudierende, die Arzt und nichts anderes werden wollen. Doch zunächst einmal: Was ist das überhaupt, der Bologna-Prozess? Und was bedeutet er für die Medizin?

Eigentlich begann dieser Prozess in Paris. Dort beschlossen 1998 der französische, der deutsche, der britische und der italienische Bildungsminister, bis 2010 einen harmonisierten „europäischen Hochschulraum“ (European Higher Education Area, EHEA) zu entwickeln, um die akademischen Institutionen Europas konkurrenzfähiger zu machen. (Natürlich hatten sie die dominierenden USA im Sinn). 1999 in Bologna unterzeichneten 29 europäische Minister eine Deklaration, der sich seither 46 europäische Staaten angeschlossen und die auch in andere Kontinente ausstrahlte. Alle zwei Jahre finden Folgetreffen statt, die den Bologna-Prozess voranbringen sollen.

Zehn Punkte für das Studium in Europa

Das Programm enthält zehn Kernforderungen (von denen die letzten vier erst später hinzukamen):

1. Vergleichbare und verständliche Studienabschlüsse in ganz Europa.
2. Ein zwei- bis dreistufiges System akademischer Grade: Drei bis vier Jahre

- bis zum Bachelor, zwei Jahre bis zum Master, danach evtl. der Doktor.
3. Ein Leistungspunktesystem, das European Credit Transfer System (ECTS), das die einzelnen Studien-Module in der Bewertung vergleichbar machen soll.
4. Förderung der Mobilität von Studierenden und Lehrenden.
5. Gemeinsame Qualitätssicherung der akademischen Lehre.
6. Förderung der europäischen Dimension in der Hochschulbildung.
7. Anleitung zu lebenslangem Lernen.
8. Beteiligung der Hochschulen und der Studierenden an der Gestaltung der europäischen Hochschullandschaft.
9. Steigerung ihrer Attraktivität.
10. Einführung des „europäischen Forschungsraumes“ (European Research Area, ERA).

In wenigen Jahren hat der Bologna-Prozess in Europa zu vielerlei Reformen geführt – mit all ihren Chancen und Risiken. In Deutschland wurden schon über 60 Prozent aller Studiengänge „bolognisiert“. Die deutsche Medizin aber hat er (wie auch die anderen Staatsexamensfächer) bis vor drei, vier Jahren ausgespart. Ärzte haben sich an der internationalen Diskussion lange Zeit kaum beteiligt. Sie glaubten, wegen der Möglichkeit einer Ausnahmeregelung nicht betroffen zu sein. Das schien berechtigt.

Ausnahme für Mediziner?

Denn im Jahre 2003 empfahlen Hochschulrektoren- und Kultusministerkonferenz zwar, die Diplom-, Magister- und auch die Staatsexamens-Studiengänge zügig durch Bachelor- und Master-Curricula zu ersetzen, aber „bis auf begründete Ausnahmen“. Die Begründungen

fielen nicht schwer. Vor allem ist die Medizin in der europäischen Harmonisierung schon seit langem weiter als andere Fächer. Eine bindende Richtlinie (2005/36 EG, ursprünglich 93/16 EWG) sorgt für einen wenigstens quantitativen Minimalstandard in der europäischen Ärzteausbildung (5500 Stunden) und für gegenseitige Anerkennung der Studienabschlüsse.

Medizinstudierende sind schon jetzt recht mobil, wenn es auch mit regulären Auslandsstudien noch hapert. Aber zum Beispiel aus der Charité, die hierin führend ist, gehen jährlich 150 Erasmus-Stipendiaten für drei bis zwölf Monate hinaus. Hinzu kommen viele, die es auf eigene Faust schaffen, von den besseren Studienbedingungen anderer Länder zu profitieren. Die verschiedenen Reformansätze, Modell- und Reformstudiengänge erschweren jetzt seit der neuen Approbationsordnung selbst innerhalb Deutschlands die Mobilität, von Europa zu schweigen. Da fehlt es an Koordination. In der Charité ergriff Ulrike Arnold, (International Cooperation) die Initiative zu einem Netzwerk von bisher acht Ländern mit vergleichbaren Reformplänen. Zu dessen Aufgaben gehört es, die Studiengänge besser untereinander abzustimmen, die Lehre auf eine wissenschaftliche Basis zu stellen und ihre Qualität in ganz Europa zu verbessern.

Mehr Abbrecher im Bachelorstudium

Mehr „mobilità bolognese“ für Lernende wie Lehrende ist also ein wichtiges Postulat. Wünschenswert ist auch mehr Flexibilität während des langen und anspruchsvollen Medizinstudiums. Was tun Studierende, wenn sie merken, dass sie eigentlich doch keine Neigung oder

kein Talent zum Umgang mit Kranken haben? Manche brechen das Studium ganz ab, viele wechseln das Fach und verlieren Jahre, andere studieren zwar zu Ende, arbeiten aber nie als Arzt; oder sie sind zwar ärztlich tätig, werden aber nicht glücklich mit ihrem Beruf und die Patienten nicht mit ihnen. Schlechte Studienverhältnisse in noch nicht reformierten Fakultäten und verschlechterte Arbeitsbedingungen für Ärzte lassen immer mehr Studenten und Absolventen abspringen.

Notausgang für Medizinflüchter

Den Nicht-Ärzten mit abgebrochener oder mehr nolens als volens beendeter Ausbildung stünde künftig mit dem Bachelor ein Notausgang aus dem langwierigen Medizinstudium offen – ein Hauptargument der Bologna-Befürworter. Ein brauchbarer Abschluss wäre der Medizin-Bachelor auch für Nicht-Ärzte nicht. In den schon etablierten Bachelor-Studiengängen anderer Disziplinen schaffen es aber viele nicht einmal bis zu diesem ersten Abschluss. Die HIS-Studie ergab fürs Examensjahr 2006 an den Universitäten eine durchschnittliche Schwundquote von 20 Prozent, aber in den Bachelor-Studiengängen waren es 25 Prozent. Dass der Bachelor die Abbrecherquote auch in der Medizin erhöhen könnte, fürchtet der sächsische Kammerpräsi-

dent Jan Schulze, Vorsitzender des BÄK-Ausschusses „Medizinische Ausbildung“: „Es ist eine reale Befürchtung, dass noch mehr abspringen, wenn sie den Bachelor machen können.“ Nach der 2007 aktualisierten „BÄK/KBV-Studie zur Altersstruktur- und Arztlizenzenentwicklung“ werden in den nächsten fünf Jahren mehr als 41.000 Ärzte in den Ruhestand gehen, darunter über 15.000 Hausärzte. Schon jetzt, sagte Schulze, fehlen allein in Sachsen 150 Ärzte in der ambulanten und 200 in der stationären Versorgung. Er bekräftigte die seit 2005 unveränderte Position der Ärzteschaft: Grundsätzliche Zustimmung zu den Bologna-Zielen wie Verbesserung der Ausbildungsqualität, der Flexibilität und Mobilität, aber entschiedene Ablehnung von Bachelor- und Master-Abschlüssen in der Medizin.

Bachelor: Kein Nutzen für künftige Ärzte

Der Bologna-Bachelor soll eine „für den europäischen Arbeitsmarkt relevante Qualifikationsebene“ attestieren. Entsprechend beschloss die deutsche Kultusministerkonferenz 2003: „Als erster berufsqualifizierender Abschluss ist der Bachelor der Regelabschluss eines Hochschulstudiums und führt damit für die Mehrzahl der Studierenden zu einer ersten Berufseinstimmung.“ Damit haben diverse Fächer ihre Schwierigkeiten, besonders die Medizin. Nichtreformierte Studiengänge vermitteln ja in der ersten, der vorklinischen Phase nur reine Wissenschaft, fast ohne Beziehung zur Berufspraxis. Das Bolognakonzept sieht eine genau umgekehrte Reihenfolge vor: Erst Berufsausbildung, dann, für eine Minderheit, wissenschaftliche Vertiefung.

Nun gibt es seit 2002 die neue Approbationsordnung (AO). Deren ursprüngliches Konzept wurde zwar gründlich verwässert, immerhin lässt sie aber innovative Modellstudiengänge zu, und für den Regelstudiengang schreibt sie einige wesentliche Reformschritte vor, die alle auf mehr Lebensnähe der ärztlichen Ausbildung und auf effektivere Lern-

methoden hinauslaufen. Dazu gehören vor allem der aktive Erwerb des Grundlagenwissens und seiner Anwendung anhand konkreter Probleme, wie sie sich später auch im Arztleben stellen. So wird lebenslanges Lernen eingeübt.

Integriertes Studium nicht gefährden!

Außerdem wird die Kluft zwischen Vorklinik und Klinik, Theorie und Praxis überbrückt. Das Physikum als Zäsur ist passé. In § 2 der AO steht: „Die Vermittlung des theoretischen und klinischen Wissens soll während der gesamten Ausbildung so weitgehend wie möglich miteinander verknüpft werden.“ Das haben viele deutsche Medizinische Fakultäten mehr oder weniger energisch in Angriff genommen, nachdem sich diese Verknüpfung in innovativen Curricula des Auslands und zum Beispiel auch im Berliner Reformstudiengang seit langem bewährt hat. „Jede zweite deutsche Fakultät hat mit einem Modellstudiengang begonnen“, berichtete Martin Feindor von der „Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland“ (die ein ausgezeichnetes, konstruktiv-kritisches Positionspapier zur Bologna-Strukturreform verabschiedete). Überall werden die Grundlagen anwendungsorientiert vermittelt.

Wir haben uns auch im Ausland umgehört: Keiner will diese Integration, die nachhaltiges Lernen auch des Grundlagenwissens fördert, nur wegen der bolognesischen Zweistufigkeit wieder aufgeben (abgesehen von ein paar territorial denkenden Vorklinikern). Das Risiko eines Rückschritts in einem mühsamen Reformprozess will kaum jemand eingehen – für einen angezweiferten Nutzen des Bachelors für künftige Ärzte. (Positiv scheint immerhin, dass sie während des Studiums Zusatzqualifikationen erwerben können.)

Der Bachelor scheint ihnen aber auch nicht zu schaden – sofern die Umstrukturierung einen schon begonnenen



Reformprozess nicht stört. In noch „schlafenden“ Fakultäten kann Bologna ihn vielleicht sogar einleiten, falls man sich nicht auf oberflächliche und mechanische Veränderungen (sozusagen „Dienst nach Vorschrift“) beschränkt.

Aber niemand kann sich vorstellen, dass in irgend einem europäischen Land ein nur drei Jahre lang ausgebildeter medizinischer Bachelor als Arzt tätig sein dürfen. Einen eindeutigen Nutzen der abgestuften Ausbildung sieht man jedoch für die Abbrecher und Umsattler. Deren Zahl dürfte geringer sein als vermutet. Blicken wir einmal über den nationalen Gartenzaun: In mehreren europäischen Ländern – Schweiz, Niederlande, Belgien, Dänemark – wurde die Medizin bereits in den Bologna-Prozess einbezogen, mehr oder weniger geschickt.

Manche Fakultäten haben einfach mitten im Studium einen Strich gezogen und „Bachelor“ darübergeschrieben. Das Beste scheint die Schweizer Hochschulmedizin aus dem Bologna-Prozess zu machen, weshalb wir hier einen exemplarischen Exkurs zu den Eidgenossen vorschlagen (s. Seite 18,19).

Die Voraussetzungen für eine erfolgreiche und Bologna-konforme medizinische Studienreform nannte die Baseler Ärztin und Bologna-Spezialistin der Fakultät, Susanne Christen, im erwähnten Charité-Workshop Ende 2007:

1. „Operative Structures“ (also ein Zentrum, ausgestattet mit der nötigen professionellen Manpower und ausreichenden finanziellen Ressourcen, um die Studienreform für die Fakultät einschließlich der Trainingsprogramme für den Lehrkörper zu planen, zu organisieren und wissenschaftlich zu begleiten);
2. ein Konzept;
3. ein Lehrkörper, der davon überzeugt ist, dass Bologna in der Medizin realisiert werden sollte.
4. Schließlich warnte die Leiterin der Baseler Bologna-Arbeitsgruppe vor einer Gefahr: Dem Widerstand der Lehrenden gegen Veränderungen.



Sind diese Voraussetzungen in Berlin gegeben? In der Charité wird ja gerade ganz aktuell diskutiert, ob und wie der beschlossene Modellstudiengang (für alle Studierenden) Bologna-kompatibel werden soll. Die ersten beiden Voraussetzungen gelten für alle Innovationen, mit und ohne Bologna.

Charité-Sachverstand bündeln

Zu 1: Warum hat Bonn ein Ausbildungsforschungsinstitut und Berlin noch nicht? Erfahrene Reformer gibt es hier ja. Mehrere Studentengenerationen haben den Reformstudiengang initiiert und gemeinsam mit dem damaligen FU-Dekan Dieter Scheffner und einigen engagierten Lehrenden entwickelt und erprobt. Sie haben zum Teil an ausländischen Reformfakultäten studiert oder hospitiert, manche haben auch den „Master of Medical Education“ gemacht: die ersten noch in der Schweiz, einige schon in Deutschland. Denn auch hier hat der Medizinische Fakultätentag als Mittel gegen den didaktischen Dilettantismus einen zweijährigen berufsbegleitenden Postgraduierten-Studiengang zur Professionalisierung der Lehre eingerichtet. Man müsste den über die Berliner Hochschulmedizin verstreuten Sachverstand nur bündeln (am besten mit der Arbeitsgruppe Reformstudiengang als Kern), einige Hochschuldidaktiker und

beratende externe Fachleute heranziehen und diesen Brain Trust so ausstatten, dass die Charité auch in der Qualität der Lehre international konkurrenzfähig wird.

Das Arztbild der Zukunft

Zu 2: Konzepte für ein modernes Medizinstudium liegen seit Jahren vor; Konzepte, die nicht länger vom Angebot der vielen medizinischen Fächer, sondern vom Bedarf der künftigen Ärzte und ihrer Patienten ausgehen; Konzepte, die für Bodenhaftung des kopflastigen Studiums sorgen, mit dem Ziel, einen Arzt auszubilden, der wissenschaftlich fundiert – „evidenzbasiert“ – arbeitet, aber mit kranken Menschen und nicht nur mit weißen Mäusen gut umgehen kann. Die „Reform-Bibel“ ist noch immer der 1989 erschienene Abschlussbericht des „Murrhardter Kreises“, der Arbeitsgruppe Medizinerbildung der Bosch-Stiftung „Das Arztbild der Zukunft“.

Zu 3: Ein von „Bologna in der Medizin“ überzeugter Lehrkörper ist hier kaum zu erwarten. In der Schweiz konnten die Hochschullehrer überzeugt werden, dass die Zwei- bzw. Dreistufigkeit die längst in Gang gekommene Reform nicht beeinträchtigt. Dazu waren sehr viele Diskussionen nötig. In Deutschland ist die Situation mindestens ebenso kompliziert, in Berlin noch komplizierter: Wir haben die neue AO, nach ihr werden

überall die Studiengänge modernisiert, viele Fakultäten nutzen zudem die Möglichkeit, von der Norm abweichende Modellstudiengänge zu entwickeln.

Und die Charité? Aus Basel kam die Warnung, die Lehrenden könnten Widerstand gegen Veränderungen leisten, mit und ohne Bologna. In Berlin haben wir da ein großes Plus – und ein großes Minus. Das Plus: Seit 1999 gibt es den international renommierten Reformstudiengang als Vorbild in der eigenen Fakultät. Das Minus: Das Geld ist knapp und „die Helden sind müde“. Die Berliner Universitätsmedizin hat unter progressiver Fusionitis und um sich greifenden Sparzwangshandlungen derart zu leiden, dass die meisten Hochschullehrer noch

weniger als sonst bereit sind, sich intensiv mit der Lehre auseinanderzusetzen und sogar Innovationen aktiv zu betreiben. Ausgenommen sind hier die 10 bis 15 Prozent, die (soweit sie aus Mangel an Rückhalt noch nicht resigniert haben) den Reformstudiengang tragen.

Reformstudiengang weiterentwickeln

Er fand bei der Evaluation durch ein internationales Expertengremium 2005 höchste Anerkennung – mit ein paar Einschränkungen; zum Beispiel gingen den Experten die Veränderungen (von passiven zum aktiven Lernen, von der Dozenten- zur Studentendominanz) noch nicht weit genug. Sie empfahlen

daher, das Reformcurriculum als Modellversuch weiterzuentwickeln und später, wenn dies gelungen ist, nach diesem Blueprint die gesamte Ärzteausbildung in Berlin zu reformieren. Dabei müssten die drei wesentlichen Elemente dieses „studienzentrierten“, „problemorientierten“ und „integrierten“ Studiengangs unbedingt auf das Curriculum für alle übertragen werden. Hierfür nannten die Gutachter ganz ähnliche Voraussetzungen wie Susanne Christen für Bologna im erwähnten Berliner Vortrag: „Staff Development“, das heißt: den gesamten Lehrkörper fit machen für die Studienreform, unter anderem durch Aufenthalt in ausländischen Reformfakultäten; Gründung eines Zentrums für medizinische Ausbildung, in dem Planung und Ent-

Bologna in Basel Mit dem Bachelor leben

Bereits 2006 führten die Schweizer Universitäten die Ausbildung der akademischen Medizinalberufe nach Bologna ein. Beschlossen hatten dies Universitäts- und Rektorenkonferenz nach Vorbereitung durch die Arbeitsgruppe Bologna der Schweizerischen Medizinischen Interfakultätskommission. Geleitet wurde sie von Hedwig Kaiser, Studiendekanin der Baseler Fakultät. Kein Wunder, dass man dort in der Strukturreform am weitesten ist. Die Prodekanin hat den Stand der Dinge auf der Bonner Tagung der deutschen Hochschulrektorenkonferenz „Reform als Chance“ Ende 2007 beschrieben:

Im Wintersemester 2006/7 begannen die ersten Studienanfänger mit dem neuen, in zwei dreijährige Abschnitte eingeteilten Curriculum. In der Outcome-Definition für den Bachelor-Abschluss legte die Schweizer Curriculum-Kommission fest: „Der Bachelor of Medicine ist ein integraler Bestandteil des Masterstudienganges. Eine ärztliche Tätigkeit ist mit diesem Abschluss nicht möglich.“ An der Baseler Fakultät hat man während

des medizinischen Bachelor-Studiums die Wahl zwischen vier Möglichkeiten: Zielstrebige Ausbildung zum Arzt oder zum Zahnarzt, Vorbereitung auf eine biomedizinische Forschungslaufbahn oder auf einen Public Health-Beruf. Neben dem für alle obligatorischen Kernstudien enthält das Curriculum nämlich fakultative Vertiefungsthemen („Majors“), deren Anteil sich im Laufe des Studiums erhöht.

Ohne Schnitt durchs reformierte Studium

Inhaltlich wie didaktisch gibt es in Basel keinen scharfen Schnitt zwischen Bachelor- und Master-Phase. Hedwig Kaiser auf der erwähnten Tagung: „Im obligatorischen Teil des Studiums spielen fächerübergreifende, organzentrierte Themenblöcke eine entscheidende Rolle. Ab dem ersten Studienjahr sind dort klinische Inhalte integriert. Im Masterstudium liegt der Schwerpunkt auf den klinischen Inhalten, bei gleichzeitiger Vertiefung der Grundlagen. Hinzu kommt ein obligates Lehrprogramm zu den so genannten Basiskompetenzen. Wissenschaftliches Arbeiten, manuelle Fertigkeiten und soziale, kommunikative sowie ethische Kompetenzen fallen in diesen Programmbereich. Wer den

Berliner Reformstudiengang kennt, dem kommt dies alles sehr bekannt vor. Die Grundzüge der Studienreform sind überall dieselben.

Mit einer grundstürzenden Modernisierung des Studiums hat die Schweizer Hochschulmedizin lange vor Bologna angefangen. Die Internistin Susanne Christen, die in der Baseler Fakultät die Arbeitsgruppe Bologna leitet, schilderte die dortige Studienreform ausführlicher: Erst in einem „Charité-Workshop on Modernization of Medical Education in Europe“ im Oktober 2007 und kürzlich in einem ergänzenden Telefongespräch mit BERLINER ÄRZTE: 1996 fing man an, das konventionelle Studium umzukrempeln, mit dem Ziel einer stärker patientenorientierten Medizin und im Blick auf das – auch von der WHO propagierte – Bild des heutigen Arztes als „care provider, decision maker, communicator, community leader, manager“. Schon vor Bologna haben die Schweizer das Studium modularisiert. In jeden der organspezifischen Blöcke wurden verschiedene medizinische Fachrichtungen integriert. Im Bachelor-Studium sind das vor allem die Grundlagenfächer, immer mit klinischen Beispielen illustriert. Das Master-Studium behandelt dieselben Themenblöcke.

Fortsetzung Seite 19

wicklung, Evaluation und Ausbildungsforschung möglich sind. Weitere Voraussetzungen: Mehr Zeit, Geld, Anreize und Anerkennung für die Lehre; eine starke Unterstützung durch die Führungsspitze, die ja den Vorrang der Charité auch in der Lehre anstrebt. Schließlich gehört sie zur Humboldt-Universität, und der Namensgeber legte höchsten Wert auf die Einheit von Forschung und Lehre.

Lehre – für Hochschul-Lehrer notwendiges Übel

Als erstes aber wurde eine breite Diskussion in der Fakultät gefordert. Die jedoch begann in Berlin mit großer Verspätung. Thomas Schlabs von der

Fachschaftsinitiative wird oft in andere Fakultäten eingeladen und merkt: „Alles schaut nach Berlin.“ Aber er musste beobachten, dass die Lehre hier nicht einmal diskutiert wurde (auch von den Studierenden kaum), als die neue AO Reformen erforderte. „Vielleicht zehn Prozent engagieren sich für die Lehre und sind in moderner Didaktik geschult. Nicht einmal über das Ausbildungsziel hat man sich Klarheit verschafft.“ Jahrelang hat die Berliner Hochschulmedizin (die kleine engagierte Minderheit ausgenommen) sich so gut wie gar nicht am internationalen Diskurs über die Studienreform beteiligt. Die einschlägigen Fachzeitschriften und -bücher sind ebenso wenig bekannt wie das Forschungsfeld Ausbildung als solches. Auf



den internationalen Tagungen der „Association for Medical Education in Europe (AMEE)“ ist Deutschland meist nur sehr schwach vertreten. Und als die

unter überwiegend klinischen Aspekten, die Grundlagenwissenschaften integrierend. Die Lehr-Lernspirale schraubt sich also ohne Unterbrechung nach oben, wie im Berliner Reformstudiengang. Studentenzentriertes und problemorientiertes Lernen (POL) in Kleingruppen von Anfang an bereitet auf selbstständiges lebenslanges Lernen vor. Vermittelt werden neben Wissen während des ganzen Studiums auch Fertigkeiten und Einstellungen.

Wahlfreiheit – aber die meisten werden Arzt

Zwei Jahre nach „Bologna in Basel“ kann Susanne Christen von positiven Erfahrungen berichten. Der schon vorher begonnene Reformprozess geht weiter. Ein Theorie und Praxis verschränkender Unterricht ist zwar noch nicht durchweg gelungen, aber schon die Erstsemester haben Patientenkontakte. Die POL-Gruppen konnten (seit 2000) erst nach und nach für alle eingeführt werden, nachdem zwei Hochschuldidaktikerinnen genügend Moderatoren und Fall-Autoren (zur Erarbeitung ergiebiger Fallbeispiele) trainiert hatten.

Natürlich gab es auch in der Avantgarde-Fakultät Basel anfangs Widerstände gegen so viel Innovation, räumt Susanne

Christen ein. Allgemein begrüßt aber wird die Freiheit der Schwerpunkt-Wahl im Bachelor-Studium. Aber nur je acht bis zehn wählten Public Health oder Forschung.

Reformideen kamen schon früh aus der Schweiz

Die Keimzelle der Studienreform in der Schweiz war Bern. 1965 gründete Hannes Pauli das „Institut für medizinische Ausbildungs- und Examensforschung“. Von dort strahlten frühzeitig Ideen und Konzepte für eine moderne Ärzteausbildung in alle Richtungen aus. Das heutige „Institut für medizinische Lehre“ ist ein Zentrum für die Schweizer Studienreform. Professionell werden unter anderem konkrete Lernzielkataloge, Examensmodalitäten und Prüfungsfragen erarbeitet. BERLINER ÄRZTE sprach mit Christine Beyeler, Leiterin der Instituts-Abteilung Assessment und Evaluation, über den Stand der Ausbildungsreform in der Schweizer Hochschulmedizin nach zwei Bologna-Jahren. Künftig wird es nur noch eine eidgenössische Abschlussprüfung geben, die anderen beiden Staatsexamina werden auch in der Schweiz den Fakultäten zurückgegeben. Über den künftigen medizinischen Doktorgrad dis-

kutiert man noch heftig. Manche wollen die Promotion einfach abschaffen und dem Master gestatten, sich Doktor zu nennen. Andere denken Bologna-konform daran, vom Master, der Doktor werden will, eine anspruchsvolle Dissertation zu verlangen. Hier müsste sich der ganze europäische Hochschulraum einigen.

Der Bachelor stört nicht

Da jetzt auch in der Schweiz jede Fakultät ihr reformiertes Curriculum selbst plant, dürfte die Mobilität eher abnehmen – entgegen den Bologna-Intentionen, meint die Professorin. Ein Hochschulwechsel ist problemlos wohl nur zwischen Bachelor- und Master-Studium möglich. Eins aber steht für Christine Beyeler fest: „Durch den Bachelor ändert sich für künftige Ärzte nichts. Einen Vorteil haben nur die Studienabbrecher und die Fachwechsler“. Auch scheint der Bologna-Prozess (soweit von außen zu beurteilen) dem schon vorher begonnenen Schweizer Studienreformprozess nicht zu schaden. In Ländern, in denen die medizinischen Fakultäten noch schlafen, könnte Bologna sogar den Anstoß zu Innovationen geben, sofern man sich nicht auf eine bloße Strukturreform beschränkt, sondern die Inhalte und ihre didaktische Vermittlung grundlegend modernisiert.



deutsche Fachgesellschaft, die „Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA)“ 2000 und 2004 sogar in der Charité tagte, war der Hörsaal nur schütter besetzt und die Berliner Hochschul-Lehrer glänzten durch Abwesenheit. „Die Lehre wird immer nur als Belastung empfunden, als notwendiges Übel“, sagte Ingrid Reisinger aus langjähriger Erfahrung als frühere Studiendekanin zu BERLINER ÄRZTE.

Vorsicht vor Cave-Reformpfusch!

Und jetzt fühlen sich die Professoren überfordert, weil sie sich „plötzlich“ für einen neuen Studiengang entscheiden sollen, noch dazu einen, der „Bologna-kompatibel“ ist. Denn die Charité-Leitung wollte, obwohl die genannten Voraussetzungen noch lange nicht gegeben sind, schon in diesem Jahr einen Modellstudiengang für alle Studierenden. Das teilte sie bereits 2005 öffentlich mit, ohne aber zugleich die Fakultät zu einer intensiven Diskussion aufzurufen und ohne sie intensiv auf ihre neuen Aufgaben vorzubereiten, zum Beispiel durch Aufenthalte in Reform-fakultäten und vermehrtes Training in neuen Lehrformen wie dem problemorientierten Lernen (POL), das als Kernstück jeden reformierten Studiums gilt. Wie will man das schnell für 600 statt wie bisher für 63 Studienanfänger pro Jahr schaffen? „POL muss von Anfang an in den Modellstudiengang hinein“, sagte uns der Pädiatrieprofessor Gerhard Gaedicke, engagiertes Mitglied der Curriculumskommission. Die arbeitete samt ihren Unterkommissionen zunächst ganz im stillen an der Reform;

im Fakultätsrat begann die Debatte erst letztes Jahr, die Menge der Charité-Mitarbeiter und Studenten ist unbeteiligt.

Der geplante Modellstudiengang soll in der Gliederung den Bologna-Forderungen entsprechen: Drei Jahre Bachelor-Studium (kein Physikum mehr), Verzahnung der Natur- und Humanwissenschaften mit klinischer Praxis von Anfang an; dann zwei Jahre klinischer Unterricht vorwiegend in fächerübergreifenden, die Grundlagen einbeziehenden Themenblöcken (wie auch im Regelstudiengang schon begonnen); danach das praktische Jahr. Über Lernziele und -inhalte (die beim strukturbetonten Bologna-Prozess vernachlässigt werden) drang bis Redaktionsschluss noch nichts durch die dichten Mauern der Sitzungsräume.

Die vorgesehene Fusion von Reform- und Regelstudiengang hat ihren Grund im Ende der externen finanziellen Förderung. Der Start und die professionelle Gestaltung eines qualitätsgesicherten Modellstudiengangs dürfte aber weit mehr kosten als die Weiterentwicklung des Reformstudiengangs bis zum völligen Gelingen, wie dies das Advisory Board empfahl. Muss die Charité aber auch an der überfälligen Modernisierung der Lehre zu sehr sparen oder fallen die Innovationen wegen des Widerstands in der Fakultät hinter den Reformstudiengang zurück, dann bleibt womöglich von der vollmundig und siegessicher verkündeten Studienreform für alle nicht viel mehr übrig als die Bologna-Struktur mit Bachelor und Master – ohne adäquate inhaltliche Modernisierung.

Rhetorik und Realität

Ein warnendes Beispiel: Die Mitarbeiterzeitung „Charité am Puls“ (Nr. 3/07) zitierte den Studiendekan Manfred Gross: „Wir wollen den Studierenden für ihr späteres Berufsleben mehr als nur Theorie und ein paar praktische Fertigkeiten an die Hand geben: Kommunikationsfähigkeiten, Persönlichkeitsentwicklung, lebenslanges Lernen und

wissenschaftliches Arbeiten sind Themen, die ihnen ebenso weiterhelfen werden.“ Die ärztliche Grundkompetenz Kommunikationsfähigkeit stärken – ausgezeichnet! Schließlich führt deren Fehlen zu teurer Überdiagnostik und -therapie sowie zu Behandlungsfehlern. Und die Sprachlosigkeit in der Sprechstunde und im Krankenhaus wird in allen Patientenbefragungen beklagt und in den Medien hart kritisiert. Aber: Während im Berliner Reformstudiengang wöchentlich zwei Stunden für Kommunikationstraining oder Reflexion über Teamarbeit vorgesehen sind, wurde „im Regelstudiengang Kommunikation auf ganze sechs Stunden während der gesamten zehn Semester reduziert“, kritisierte das Kulturradio rbb im Februar.

Was passiert dann bei der Fusion von Reform- und Regelstudiengang? Erinnern wir uns an das adoptierte, aber vernachlässigte Charité-Kind namens Public Health. Vor zwei Jahren wurde mit schönen Reden eine „Berlin School of Public Health“ aus der Taufe gehoben, bis heute aber muss sie mit einem einzigen Lehrstuhl auskommen, ein zweiter wurde erst vor kurzem ausgeschrieben. Hoffentlich gelingt die Verzahnung von rhetorischer Theorie und realisierter Praxis beim Bologna-kompatiblen Modellstudiengang besser.

Rosemarie Stein

Auswahl der benutzten Quellen, z.T. kommentiert, im Internet: www.aekb.de
Zeichnungen der Cartoons: Prof. Dr. med. Harald Mau



Eine Auswahl der Quellen

... die – neben vielen mündlichen Informationen – für diesen Beitrag benutzt wurden. Vieles erschien im Selbstverlag oder liegt im Druck gar nicht vor

Die Angst des Arztes vor dem Bachelor - Liegt Berlin bald bei Bologna?, BERLINER ÄRZTE 45 (4), 14-20 (2008)

Zur Reform des Medizinstudiums allgemein

Bloom, S.W.: Structure and ideology in medical Aducation. An analysis of resistance to change. Journal of Health and Social Behaviour 29 (1988) 294-306.

Bloom, S.W., Speedling, E. J.: The Education of Physicians: Training for What? In: Saladin, P. et al. (Hrsg.): Medizin für die Medizin. Festschrift für Hannes Pauli, Basel 1989, 107-127. (Enthält auch andere Beiträge zur Ausbildungsreform.)

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Das Arztbild der Zukunft. Analysen künftiger Anforderungen an den Arzt. Konsequenzen für die Ausbildung und Wege zu ihrer Reform. Abschlussbericht des Arbeitskreises Mediziner Ausbildung der Robert Bosch Stiftung- Murrhardter Kreis. Gerlingen 1989.

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Reform der Mediziner Ausbildung – Widerstreit und Konsens. Gerlingen 1991.

Göbel, E., Schnabel, K. (Hrsg.): Medizinische Reformstudiengänge. Beispiele aus Deutschland, Kanada, den Niederlanden, Norwegen, Schottland, der Schweiz, Schweden und den USA. Frankfurt/M. 1999.

Approbationsordnung Ärzte vom 27. Juni 2002. Bundesgesetzblatt 2002, Teil 1 Nr. 44 vom 3.7.02.

Der Wissenschaftsrat befasst sich seit langem in vielen Stellungnahmen und Empfehlungen mit der Notwendigkeit der Ausbildungsreform. Beispiel: Stellungnahme zu Leistungsfähigkeit, Ressourcen und Größe universitärer medizinischer Einrichtungen. 2004. – Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin. 2004. – Empfehlungen zu einer lehrorientierten Reform der Personalstruktur an Universitäten. 2007.

11. Tagung „Qualität der Lehre“ und Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA): Tagungsband und Abstracts. Charité, 8.-10.10.2004.

Stifterverband für die deutsche Wissenschaft (Hrsg.): Quo vadis medice? Neue Wege in der Mediziner Ausbildung in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Oktober 2004.

Zwischenbericht zum Postgraduierten-Studiengang Master of Medical Education (MME) Deutschland an der Universität Heidelberg. 1.12.2005.

Skelin, S. Schlueter, B., Rolle, D. Gaedicke, G.: Problemorientiertes Lernen. Im Druck; erscheint Mai 2008 im Sonderheft Medizinische Ausbildung der Monatsschrift Kinderheilkunde.

Zum Berliner Reformstudiengang Medizin

Burger, W., Dudenhausen, J. W., Kiessling, C., Scheffner, D., Wilke, A.: Reform des Medizinstudiums. Positive Erfahrungen an der Charité Berlin. Deutsches Ärzteblatt 100 (2003), A 686-689.

Arbeitsgruppe Reformstudiengang Medizin und Arbeitsgruppe Progress-Test (Hrsg.): Der Reformstudiengang Medizin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Abschlussbericht für die Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung. Berlin 2005 (Selbstverlag).

Further Development of the Reformstudiengang Medicine (RSM) as a Blueprint for the 21. Century Medical Curriculum. Report by the International Advisory Board. 2005.

Burger, W.: Der Reformstudiengang Medizin an der Charité. Die Erfahrungen der ersten fünf Jahre. Bundesgesundheitsblatt 490 (2006) Nr. 4, 337-343.

Zum Bologna-Prozess in der Medizin

Medizinische Ausbildung und der Bologna-Prozess. Positionspapier des gleichnamigen Ausschusses der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung. 2005.

Hochschulrektorenkonferenz: Potenziale und Grenzen des Europäischen Reformprozesses für die Medizin und die Gesundheitswissenschaften in Deutschland. Interner Bericht über eine Bonner Tagung im Oktober 2002. (Das Folgende ist ein Artikel über dieselbe Tagung.)

Pundt, J., Rübiger, J.: Bologna-Prozess – Schmalspurmedizin oder gangbarer Weg? BERLINER ÄRZTE 43 (2006), 30-31.

Katelhön, S.: Die Bologna-Deklaration. Bedeutung für die Mediziner Ausbildung. Bundesgesundheitsblatt 49 (2006), 370-374. (Die Nummern 4 und 5/2006 haben die ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung zum Schwerpunkt. Viele Literaturangaben.)

Reform als Chance. Das Staatsexamen um Umbruch. Bericht über eine Tagung des Bologna-Zentrums der Hochschulrektorenkonferenz in Bonn, November 2007.

bvmd 2007: Die Bachelor/Master-Struktur in der Medizin. Die Perspektive der Medizinstudierenden. (Es handelt sich um das Positionspapier der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland, die damit ein „Statement of Beliefs“ der International Federation of Medical Students verabschiedete.)

Heublein, U., Schmelze, R., Sommer, D.: Die Entwicklung der Studienabbruchquote an den deutschen Hochschulen. HIS-Projektbericht, Februar 2008. (Erstmals wurden Bachelor-Studiengänge einbezogen.)

Gaedicke, G., Sostmann, K., Gross, M.: Das medizinische Modell-Curriculum in Berlin. Im Druck. Erscheint (laut Auskunft des Springer-Verlags) im Mai 2008 im Sonderheft Medizinische Ausbildung der Monatsschrift Kinderheilkunde.

R.St.

Bologna-Pro-Contra

BERLINER ÄRZTE hat zwei Charité-Professoren gebeten, zum Bologna-Prozess in der Medizin Stellung zu nehmen: Manfred Gross, Prodekan für Studium und Lehre, und Ulrich Schwantes, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin

Pro Bologna: Manfred Gross

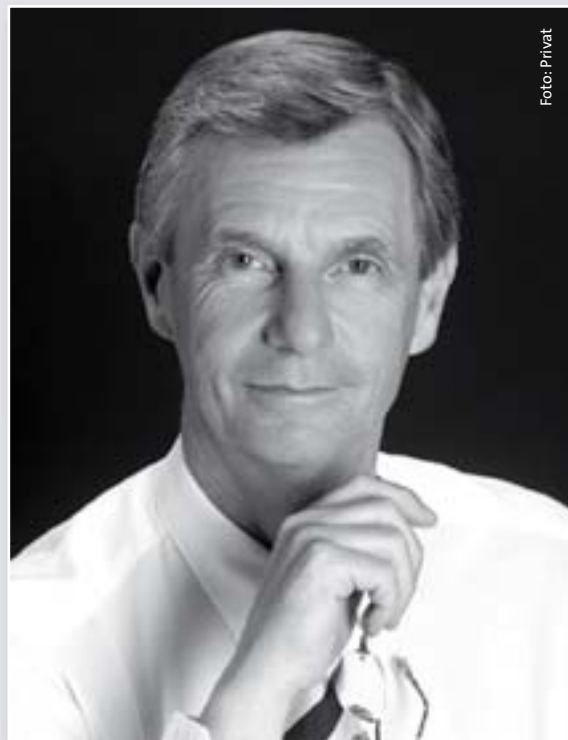
Die Unterzeichner des Kommuniqués zur Einführung des Bologna-Prozesses haben unter anderem eine Verkürzung des Studiums und eine stärkere Ausrichtung auf die Berufsausbildung vieler Studiengänge im Auge gehabt. Sicher gibt es Studiengänge, für die eine solche Konzentration wirklich wünschenswert ist. Vor allem in den Geisteswissenschaften hat es bisher Studiengänge gegeben, die Abbrecherquoten von 40 und mehr Prozent aufwiesen und die permanent ein Vielfaches an Studierenden ausbildeten als für eine darauf aufbauende Berufsausübung benötigt wurden. Bei fehlenden bzw. nicht kostendeckenden Studiengebühren ist dies ineffizient. Die Verkürzung des Studiums und die frühzeitige Blickrichtung auf eine berufliche Anwendung ist in diesen Studiengängen mit Sicherheit ein volkswirtschaftlicher Segen.

Die Medizin hat sich bereits seit sehr langer Zeit von den vorgenannten Studiengängen stark unterschieden. Am Ende des gesamten Studiums stand und steht die Ärztin bzw. der Arzt, und die Zahl der Lehrstunden ist auf europäischer wie auf nationaler Ebene in gleichem Umfang mit 5500 Stunden gesetzlich fest verankert. Im Gegensatz zu den vorgenannten Studiengängen hat daher in der Medizin nicht der geringste Zweifel daran bestanden, dass durch die Einführung des Bologna-Prozesses Ausbildungsziel und Umfang der Unterrichtsstunden bestehen bleiben.

In diesem Kontext ist auch der Bachelor als Abschluss eines ersten Studienabschnittes zu sehen. Es ist aus Gründen der vorgenannten gesetzlichen Regelungen nicht möglich, dass Absolventen mit dem Bachelor-Abschluss in Medizin ärztlich tätig sein dürfen. Insofern bleibt die Analogie mit Personen erhalten, die als

cand. med. nach bestandenen Physikum auch nicht ärztlich tätig werden dürfen. Alle Umfragen bei Studierenden der Medizin deuten darauf hin, dass sie mit überwältigender Mehrheit als Ausbildungsziel die Ausübung des ärztlichen Berufs und nicht das bisherige Physikum anstreben. In Ländern, in denen der Bologna-Prozess in der Medizin bereits eingeführt wurde, hat sich gezeigt, dass nach dem als Bachelor bezeichneten ersten Studienabschnitt (nach 2 oder 3 Jahren) auch weiterhin die allermeisten Studierenden Ärztin oder Arzt werden wollen. Dagegen bietet aber der Bachelor für Studierende in Zeiten, in denen die Zulassung zum Medizinstudium alleine auf die Abiturnoten gründet, die Möglichkeit zur makellosen (Um)orientierung weg vom ärztlichen Beruf und hin zu anderen Berufsfeldern mit einer Nähe zum Gesundheitswesen, wie zum Beispiel dem Medizinjournalisten, dem Gesundheitsmanager etc. oder hin zu einem aufbauenden Masterstudium etwa in Epidemiologie, Public Health, Statistik usw.. Das Physikum herkömmlicher Art lässt einen Übergang in ein nicht-medizinisches Aufbaustudium nicht zu, sondern zwingt konsequent zum Abbruch ohne verwertbaren Abschluss oder zur Fortsetzung eines für die jeweiligen Studierenden unter Umständen nicht (mehr) wirklich intendierten Studiums.

Nur der Bologna-Prozess bietet darüber hinaus die Möglichkeit, aufbauend auf dem Bachelor-Grad, bereits parallel zum Masterstudiengang in Medizin eine weitere Spezialisierung vorzunehmen wie zum Beispiel die Teilnahme an einem MD/PhD-Programm. Um solche Studienkombinationen umzusetzen, konnte nach dem bisherigen System mit dem zweiten Studium nur nach Abschluss des gesamten Medizinstudiums begonnen werden, was für die Studierenden mit einem



Prof. Dr. med. Manfred Gross

erheblichen Zeitverlust verbunden war. Auch ist das Physikum nach der 2003 in Kraft getretenen ärztlichen Approbationsordnung (ÄAppO) durch die wesentlich gestiegene Zahl an Prüfungsstunden eine zeitliche Belastung, die zur unnötigen Zerreißprobe für die vorklinischen Einrichtungen geworden ist. Unter Nutzung der Klausel für einen Modellstudiengang kann dies mit oder ohne Bologna-Prozess anders geregelt werden.

Die Tatsache, dass einige Organisationen, insbesondere Klinikkonzerne mit privater Trägerschaft, dazu tendieren, ärztliche Tätigkeiten auf nicht-ärztliches Personal zu übertragen, geschieht offensichtlich losgelöst und völlig unabhängig von der Einführung des Bologna-Prozesses. Will die Ärzteschaft dies bekämpfen, wird sie mit Sicherheit erfolglos sein, wenn sie sich dazu auf die Bekämpfung des Bologna-Prozesses in der Medizin konzentriert.

Die Behauptung, dass Studierende aller Fachrichtungen nach irgendeinem beliebigen Bachelor-Abschluss in den Masterstudiengang Medizin wechseln könnten, ist ebenso falsch. Jede deutsche Fakultät wird in Anbetracht des Kapazitätsrechts darauf bedacht sein, die Studienordnung so zu gestalten, dass kein einziger Fach-

fremder in den Masterstudiengang Medizin wechseln kann, weil dies ein kapazitätsrechtliches Einfallstor wäre, an dem jede Fakultät finanziell spontan zerbrechen würde.

Ein weiteres Ziel des Bologna-Prozesses ist die Verbesserung der Mobilität durch Einführung eines European Credit Transfer Systems (ECTS)-Systems. Die neue ÄAppO hat zu so vielen unterschiedlichen Curricula geführt, dass innerhalb Deutschlands ein einfacher Wechsel zwischen Fakultäten praktisch nur nach dem Physikum oder zum PJ möglich ist. Bei genauerer Betrachtung lässt sich jedoch rasch erkennen, dass unabgesprochen die Erwartungen an die zu erbringenden Studienleistungen in den meisten Fakultäten sehr ähnlich sind. Die Charité hat als Fakultät mit der höchsten Zahl von medizinischen Austauschstudierenden innerhalb Europas und als Initiator einer europäischen Arbeitsgruppe mit dem Ziel einer verbesserten Mobilität praktikable Ansätze entwickelt, wie Studierende ohne bzw. mit möglichst geringem Zeitverlust zwischen verschiedenen Hochschulstandorten und Curricula wechseln können. Diese Kompatibilität war übrigens auch eine Vorbedingung, die an der Charité für die Einführung des Reformstudiengangs in Medizin, der bekanntermaßen kein Physikum vorsieht, erfüllt sein musste. Es erfordert aber andererseits die detaillierte Betrachtung von Lerninhalten der beteiligten Studiengänge und Fakultäten, um in Absprache mit den Landesprüfungsämtern Äquivalenzen zu definieren. Durch Einführung eines ECTS-Systems mit klaren Anweisungen zur Vergabe der Credit Points wird dieses Verfahren mit Sicherheit vereinfacht werden.

Seitens der deutschen Ärzteschaft ist auch sicher völlig zu Recht gefordert worden, dass im Medizinstudium ein integrativer Unterricht stattfindet, bei dem ein hohes Quantum an systematischem Wissen angeeignet und das durch geschickt gewählte Praxis-, Fall- und Problembezüge besonders gut memorisiert wird. Idealerweise sind die zukünf-

tigen Absolventen des Medizinstudiums zusätzlich ausgestattet mit einer Reihe von Kompetenzen und Fähigkeiten, die über das gesamte Studium verteilt und beginnend bei zum Beispiel allgemeinem wissenschaftlichem Arbeiten über die Fähigkeit zu lebenslangem Lernen sukzessive zu typisch ärztlichen Fähigkeiten wie etwa einer guten Patient-Arzt-Kommunikation hinführt. Die Realisierung eines solchen Studienaufbaus ist unabhängig vom Bologna-Prozess möglich, indem mit der Studienordnung die Inhalte, deren Abfolge und Detailtiefe sowie die Lehr- und Prüfungsformate definiert werden. Der gesetzliche Rahmen der ÄAppO bietet durch eine Modellklausel mehr als je zuvor die Möglichkeit, ein zukunftsweisendes Medizinstudium zu gestalten, das diesen Idealvorstellungen nahe kommt. Die Kombination mit dem Bologna-Prozess, also die Einführung eines nicht-ärztlichen Studienabschlusses nach zwei bis drei Jahren, vermehrt die Gestaltungsmöglichkeiten zusätzlich.

Werden diese Potenziale genutzt, verspricht das Studium auch bei weiterhin extrem hohem Leistungsanspruch an Studierende wie an Lehrende eine positive Erfahrung zu werden. Ist dies erreicht, bleibt nur noch zu wünschen, dass die Politik endlich wahrnimmt, welche volkswirtschaftlichen Verluste sie selbst erzeugt, wenn sie im Vergleich zu anderen Ländern deutlich schlechtere Arbeitsbedingungen für das ärztliche Personal bietet und dadurch die Absolventen geradezu aus dem eigenen Land vertreibt, nachdem hier horrenden Summen in deren Ausbildung investiert worden waren.

Es steht außer Zweifel, dass nach Beschluss der europäischen Kultusminister eine einheitliche europäische Hochschullandschaft mit Bachelor- und Masterabschlüssen entstehen wird. Deshalb ist es jetzt folgerichtig, sich der außerordentlich großen Gestaltungsvielfalt zu bedienen anstatt gegen diese allgemein akzeptierte Entscheidung weiter zu opponieren.



Prof. Dr. med. Ulrich Schwantes

Contra Bologna: Ulrich Schwantes

Gleich vorab sollte ich bekennen, dass ich eigentlich den Bologna-Prozess mit großem Interesse und keineswegs mit einer ausschließlich ablehnenden Haltung verfolgte. Gleichzeitig – und je mehr ich mit Studierenden der Medizin zu tun habe – wachsen meine Zweifel, ob Bachelor und Master ihnen einen Vorteil bringen können. Mit diesen Zweifeln wächst allerdings die Kritik an „Bologna“ überhaupt.

Aber eins nach dem anderen. Der Gedanke, ein für ganz Europa geltendes „verständliches und vergleichbares“ zweistufiges System der Ausbildung zu schaffen, ist auf den ersten Blick nachvollziehbar und fesselt mich als einen überzeugten Europäer durchaus. Aus dieser Befangenheit heraus habe ich anfangs vehement dafür plädiert, „Bologna“ auch für das Medizinstudium zu versuchen. Natürlich lässt sich auch hier die Ausbildung modularisieren. Dazu gehört nur ein wenig Fantasie und

der Wille, über spezialisierte Grenzen hinaus zu denken. Die Aufforderung, mehr Mobilität nicht nur im räumlichen und kulturellen Sinne, sondern auch interprofessionell zu wagen, scheint ein Modell für die Medizin zu sein, die sich im Laufe der vergangenen Jahrzehnte in immer mehr Spezialisierungen und Subspezialisierungen aufgesplittet hat. Natürlich ist es denkbar, einen Bachelor-Zwischenabschluss zu kreieren, ohne dass damit einem „Halbarzt“ das Wort geredet würde. Dazu gehört aber deutlich mehr Fantasie als die Vorstellung, das sei eben die bereits bestehende erste ärztliche Prüfung, das Physikum, und man erhielte so einen Bachelor of Medical Sciences. Hier müssten noch Berufsbilder entwickelt werden, die einen „Mediziner“ abbilden, der nicht approbiert ist und keine ärztliche Verantwortung zu tragen hat.

Und hier beginnt dann meine Kritik an Bologna und an den sich bislang daraus ergebenden Konsequenzen. Inhaltliche Diskussionen kommen erheblich zu kurz. Es geht mehr um die Form: „Leicht verständliche und vergleichbare Abschlüsse“, „zweistufiges System“, „Leistungspunktesystem“. Die Ausbildung wird in operationalisierte Untereinheiten zerlegt. Diese Einheiten sind „objektivierbar“ und in Umfang und Menge mittels der ECTS-Punkte (European Credit Transfer System) exakt beschreibbar, Ausbildung wird somit quantifizierbar.

Das provoziert die Frage: wo bleiben Inhalt und Qualität? Bologna verführt Ausbildungsplaner dazu, Ausbildungs-Designer zu werden, an der Form zu feilen. Allerdings ist das Ergebnis doch eher ein uniformes. Aus gleichförmigen, gegeneinander austauschbaren Modulen soll ein im europäischen Raum ähnliches Ganzes gebildet werden. Das wirkt bei distanzierter Betrachtung wie folgendes Sinnbild für die neue Ausbildungsform: „Sie haben die Aufgabe, aus 36 Containern (Modulen) einen Quader aus drei Schichten zu bilden, je 12 auf jeder Ebene. Wenn 2 Ebenen errichtet sind, haben sie einen ersten Erfolg



(Bachelor) erzielt. Beendet ist die Aufgabe mit der 3. Ebene (Master). Sie haben natürlich die Freiheit, ihre Container in unterschiedlichsten Farben anzumalen. Es soll ja bunt sein.“ Die Lebendigkeit und Vielfalt, die daraus entsteht, kann man im Hamburger Hafen am Verladekai für Container beobachten.

Ziel einer Berufsausbildung kann es aber nicht sein, am Ende eine vorgeschriebene Menge an ECTS gesammelt zu haben, sondern Arzt zu sein – oder Jurist oder Ingenieur oder... Das bedeutet, dass junge Menschen die Möglichkeit erhalten müssen, ihre Persönlichkeit zu entwickeln, zu spüren, wie die eigene Kompetenz wächst, die Selbstwirksamkeit zunimmt, die Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen, das unter bestimmten Umständen Gelernte auf andere Situationen übertragen zu können - kurz gesagt: die Individualität zu stärken und den Selbstwert damit zu erhöhen. Das macht die Sinnhaftigkeit eines Berufes, wahrscheinlich auch des Lebens aus. Hier wäre zu fragen oder doch zumindest intensiv zu diskutieren, inwieweit eine interkulturell angelegte Modularisierung überhaupt mit einem „Berufsbild“ im herkömmlichen Sinne vereinbar ist. Es ist zu befürchten, dass die Modularisierung eher bezweckt, eine Fülle durchaus nützlicher kognitiver Fähigkeiten und praktischer Fertigkeiten zu vermitteln, die dann im Sinne hoher Flexibilität in verschiedenen beruflichen Umgebungen verwendbar sind. Dies mag die Chance auf einem an solcher Flexibilität orientierten Arbeitsmarkt erhöhen, verträgt sich aber schwer mit einem verlässlichen beruflichen Selbstverständnis. Dieses Thema sollte nicht unter den Teppich gekehrt werden. Auf diesem Hintergrund gewinnen die gerade mitgeteilten Ergebnisse des Hochschul-Informations-

Systems (HIS) eine zusätzliche Bedeutung. HIS stellte fest, dass die Zahl der Studienabbrecher in den Bachelor-Studiengängen überdurchschnittlich hoch sei: von den BA-Studienanfängern der Jahre 2000 bis 2004 waren es 20 Prozent in konventionellen, aber 25 Prozent in Bachelor-Studiengängen (an Fachhochschulen sogar 39 Prozent).

Für die hier gefundenen „anhaltend niedrigen Quoten“ (sic) wird als Erklärung herangezogen, dass Medizin-, Jura- und Lehramtsstudium noch nicht auf BA/MA-Studiengänge umgestellt wurden. Man könnte auch argumentieren, dass in den letztgenannten Studiengängen offenbar manches zu reformieren ist, um die Abbrecherquote zu senken. Möglicherweise sollte diese Reform nicht auf die Quantität des Studiums abzielen, sondern auf die Qualität. Vielleicht lautet die einfache Formel dafür: Das Studium soll Freude machen und frühzeitig eine Vorstellung davon vermitteln, welchen Beruf man zukünftig ausüben wird, damit das Gelernte und noch zu Lernende einen guten Sinn erhält.

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

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

Termine	Thema / Referenten	Veranstaltungsort	Information / Gebühr	Fortbildungspunkte
■ Bitte beachten: NEUER KURS 01.09. – 06.09.2008 10.11. – 15.11.2008 15.12. – 20.12.2008	Weiterbildungskurs „Ärztliches Qualitätsmanagement“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge des Eingangs berücksichtigt.	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1400 / -1207 E-Mail: QM-Kurs2008@aekb.de	50 P pro Modul
■ Veranstaltungsreihe jeweils donnerstags; NEU / BITTE BEACHTEN: Beginn um 19:00 Uhr Aufaktveranstaltung am 10.04.2008	Fachspezifische Fortbildungsreihe Innere Medizin: Schwerpunktthema Hämatologie / Onkologie 10.04.2008: Maligne Lymphome 17.04.2008: Arzneimittelsicherheit 24.04.2008: Palliativmedizin (I) 08.05.2008: Palliativmedizin (II)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1206 E-Mail: fobi-zert@aekb.de Teilnahme kostenlos, Anmeldung nicht erforderlich	3 P je Veranstaltungstermin
■ 05.04.2008 9 – 18 Uhr	Qualitätsmanagement – Basiskurs für Einsteiger	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1402 E-Mail: r.drendel@aekb.de Anmeldung erforderlich! Gebühr: 70 €	10 P
■ 11.4.2008 9 – 13 Uhr	Theorie und Praxis der Psychometrie und Perimetrie bei arbeits- und verkehrsmedizinischen Untersuchungen	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1301 / -1303 E-Mail: aag@aekb.de Anmeldung erforderlich! Gebühr: 60 € (Hinweis: Der Kurs findet vormittags statt und kann daher in Verbindung mit dem Kurs „Verkehrsmedizinische Begutachtung“ gebucht werden / Kombipreis für beide Kurse: 290 €)	5 P
■ 11. – 12.04.2008	Verkehrsmedizinische Begutachtung – Qualifizierung gemäß Fahrerlaubnisverordnung zum Erwerb der verkehrsmedizinischen Qualifikation für fachärztliche Gutachter, zur Fortbildung für Arbeitsmediziner und Allgemeinmediziner	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1301 E-Mail: aag@aekb.de Anmeldung erforderlich! Gebühr: 250 €	16 P
■ 16.04.2008 BITTE BEACHTEN: 19:30 – 21:30 Uhr	Moderierte Vortrags- / Fortbildungsveranstaltung der Arzt-Apotheker-Kooperation Berlin: „Arzt und Apotheker als Teampartner in der Wundversorgung“ (Näheres s. auch Textkasten auf der nächsten Seite)	BITTE BEACHTEN: Großer Hörsaal der Charité (Eingang Bettenhochhaus) Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte, Luisenstr. 65, 10117 Berlin	Information: Tel.: 40806-1207 E-Mail: fobi-zert@aekb.de Teilnahme kostenlos, Anmeldung nicht erforderlich	3 P
■ 19.4.2008	Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde im Strahlenschutz für die Röntgendiagnostik nach Röntgenverordnung (8 Std.)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1301 E-Mail: aag@aekb.de Anmeldung erforderlich! Gebühr: 130 €	9 P
■ 21. – 23.04.2008	Arbeitsmedizinische Gehörsorge nach G 20 „Lärm“ (Physiologie und Pathologie des Hörens, audiometrische Übungen und Fallbesprechungen)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1301 / -1303 E-Mail: aag@aekb.de Anmeldung erforderlich! Gebühr: 360 € (inkl. Lehrbuch)	31 P
■ Modul I: 23. – 25.05.2008 Modul II: 07./08./09.06.2008 Modul III: 27. – 29.06.2008 Modul IV: 11. – 13.07.2008 freitags jeweils 16–19 Uhr, samstags und sonntags jeweils ganztags ab 9 Uhr, 09.06.2008: 18–21 Uhr	80-Stunden-Kurs „Spezielle Schmerztherapie“ in vier Modulen (nach dem Curriculum der Bundesärztekammer)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1206 E-Mail: fobi-zert@aekb.de Anmeldung erforderlich! Gesamtgebühr: 850 €	80 P (für den gesamten Kurs)
■ 22.05. – 24.05.2008 und 29.05. – 31.05.2008	Kurs „Qualitätsbeauftragte/r in der Hämotherapie“ (40-Stunden-Kurs) (Näheres s. auch Textkasten auf der nächsten Seite)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Frau Drendel Telefon: 40806-1402 E-Mail: r.drendel@aekb.de Anmeldung erforderlich! Gebühr: 740 €	40 P (für den gesamten Kurs)
■ 09.06.–11.06.2008 11.06.–13.06.2008 13.06.2008	Grundkurs im Strahlenschutz Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik Spezialkurs im Strahlenschutz bei interventioneller Radiologie	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1301 / -1303 E-Mail: aag@aekb.de Anmeldung erforderlich! Gebühren: Grundkurs: 230 € Spezialkurs / Röntgendiagnostik: 200 € Spezialkurs / Interventionelle Radiologie: 60 €	Grundkurs: 21 P Spezialkurs / Rö.-diagnostik: 20 P Spezialkurs / Intervent. Radiologie: 5 P

Fortbildungspunktekonten

Mit Barcode-Etiketten gut und schnell zum Punktekonto

Das Online-Fortbildungspunktekonto steht unmittelbar vor dem Start und wird Ihnen, liebe Kammermitglieder, aber auch uns, der Ärztekammer Berlin, deutliche Vorteile bringen: Zeitnahe Übersicht der besuchten Veranstaltungen und registrierten Fortbildungspunkte, jederzeitiger Zugriff auf Ihre Fortbildungsdaten – lediglich ein Computer mit Internet-Zugang ist erforderlich – sowie Sortier- und Druckfunktionen, um die wichtigsten Punkte zu nennen.

Für die Schaffung des Online-Fortbildungspunktekontos waren umfangreiche Vorarbeiten nötig, die von der Arbeitseinheit Fortbildung in den letzten 12 Monaten intensiv betrieben wurden. An erster Stelle stand hier die Erfassung von rund **36.000 Teilnehmerlisten**, das entspricht rund **360.000 Einzeleinträgen**, und mehreren Tausend Teilnahmebescheinigungen. Zur Illustration hier ein paar weitere Zahlen: Wir betreuen rund **25.000 Fortbildungspunktekonten** bei einem monatlichen Eingang von rund **2.000 Teilnehmerlisten**, das entspricht rund **20.000 Einzeleinträgen pro Monat**. Bis heute wurden insgesamt über **eine Million Fortbildungspunktebuchungen** vorgenommen.

Auf Dauer ist die extrem aufwändige und zeitintensive Erfassung von Teilnehmern bzw. Teilnehmerlisten **ohne Barcode-Etiketten** nicht zu leisten. Daher werden seit Herbst 2007 nur noch Einträge **mit Barcode-Etiketten** von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Arbeitseinheit Fortbildung digitalisiert (eingescannt) und unmittelbar an die dazugehörigen Fortbildungspunktekonten weitergeleitet.

Erfreulicherweise verwenden Sie und Ihre Kolleginnen und Kollegen immer häufiger die seit über zwei Jahren geläufigen Barcode-Etiketten mit der kodierten Fortbildungsnummer, dennoch erhalten wir rund 30 Prozent der

Weiterführende Informationen zum Online-Fortbildungspunktekonto: www.aerztekammer-berlin.de, Menüpunkt Mitgliederportal

Falls Sie keine Barcode-Etiketten mehr haben, wenden Sie sich bitte an die Arbeitseinheit Melde- und Beitragsangelegenheiten; von dort erhalten Sie umgehend einen neuen Satz zugeschickt.

Teilnehmerlisten weiterhin ohne Barcode-Etiketten, dafür aber mit teilweise unleserlichen handschriftlichen Einträgen. Die damit verbundenen Dechiffrierleistungen übersteigen die personellen Ressourcen erheblich, daher erfassen wir diese Einträge nicht mehr. Ähnlich problematisch gestalten sich auch Teilnahmebescheinigungen, die wir immer wieder einzeln und ohne Anschreiben oder Kommentar per Post oder Fax erhalten.

Beherrigen Sie bitte ein paar wenige und klare Regeln, die uns allen helfen, die gute Zusammenarbeit weiter zu verbessern:

- **Verwenden Sie immer Ihre Barcode-Etiketten**, wenn Sie an einer Fortbildungsveranstaltung teilnehmen und kleben Sie diese in die ausliegende Teilnehmerlisten ein
- **Lassen Sie sich immer eine Teilnahmebescheinigung vom Veranstalter geben**; diese dient Ihnen als anerkannter Nachweis, falls es Probleme mit der Punkteerfassung geben sollte
- Senden Sie uns Ihre Teilnahmebescheinigungen **nur im Ausnahmefall** und bitte **nur einmal pro Jahr** zu: dann **nur in Kopie, chronologisch sortiert** und abgeheftet sowie **mit Anschreiben**, aus dem **Ihr Anliegen** klar ersichtlich ist

Wenn Sie diese drei Punkte beachten und das Online-Fortbildungspunktekonto eingeführt ist, werden Sie von einem aktuellen und bedienerfreundlichen Fortbildungspunktekonto profitieren und wir werden allen 25.000 Berliner Ärztinnen und Ärzten einen angemessenen Service bieten können.

Ihre Arbeitseinheit Fortbildung der Ärztekammer Berlin



Beispiel eines Barcode-Etiketts
(verfremdete Ziffernfolge)

Gemeinsame Fortbildungsveranstaltung
der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin

Arzt und Apotheker als Teampartner in der Wundversorgung

Weit über 3 Millionen Menschen leiden in Deutschland unter chronischen Wunden wie offenen Beinen, Druckgeschwüren und dem Diabetischen Fußsyndrom. Über 30.000 Amputationen werden dadurch bedingt jährlich durchgeführt – Tendenz steigend. Nicht erfolgreiche oder falsche Versorgungen beeinträchtigen die Lebensqualität der Patienten, demotivieren die Versorger und kosten das Gesundheitswesen jährlich dreistellige Millionenbeträge.

Neue Behandlungskonzepte und Wundaufgaben versprechen bessere Therapieergebnisse bei geringeren Ausgaben. Ärzte und Apotheker sind wichtige Ansprechpartner für Patienten und Pflegende. Daher gilt es, die fachliche Kompetenz beider Berufsgruppen zu stärken und vorhandenes Wissen zu aktualisieren. Die Fortbildungsveranstaltung widmet sich daher der Pathophysiologie, Diagnostik und Therapiemöglichkeiten chronischer Wunden.

Referenten:

Dr. med. Helga Münzberg, Fachärztin für Allgemeinmedizin;
Chirurgische Poliklinik der Charité – Campus Virchow-Klinikum, Berlin
Werner Sellmer, Fachapotheker für klinische Pharmazie, Hamburg

Moderation:

Dr. Christian Heyde, Apotheker, Vorsitzender der Kommission
Arzt/Apotheker der Apothekerkammer Berlin

Termin: 16.04.2008, 19.30 bis 21.30 Uhr

Ort: Großer Hörsaal, Eingang Bettenhochhaus, Charité Universitätsmedizin Berlin, Campus Charité Mitte, Luisenstr. 65, 10117 Berlin

Die Teilnahme an der Veranstaltung ist kostenlos und mit 3 Punkten für das Fortbildungszertifikat anrechenbar – eine Anmeldung ist nicht erforderlich.

Kurs: Qualitätsbeauftragte/r in der Hämotherapie (40-Stunden-Kurs)

Termine:

22. Mai 2008, 14.00 – 20.00 Uhr
23. Mai 2008, 09.00 – 18.00 Uhr
24. Mai 2008, 09.00 – 14.00 Uhr
und
29. Mai 2008, 14.00 – 19.00 Uhr
30. Mai 2008, 09.00 – 18.00 Uhr
31. Mai 2008, 09.00 – 15.00 Uhr

Ort:

Ärztekammer Berlin,
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Die Veranstaltung richtet sich an Ärztinnen und Ärzte, die in einer stationären oder ambulanten Einrichtung die Funktion der/des Qualitätsbeauftragten in der Hämotherapie gemäß den Richtlinien der Bundesärztekammer ausüben möchten.

Gesamtgebühr: 740,00 €

Information / Anmeldung: Tel.: 40806-1402, E-Mail: r.drendel@aeqb.de

Die Teilnahme ist mit 40 Fortbildungspunkten anerkannt.

— ANZEIGE

RUGE & CHERIF Rechtsanwälte und Arzt

Dr. med. Dietrich Ruge
Rechtsanwalt und Arzt

Dr. jur. Sylvia El Cherif
Rechtsanwältin

Medizinrecht und Arbeitsrecht
www.rae-ruge-cherif.de

Xantener Str. 15A (Am Olivaer Platz) • 10707 Berlin • Tel. 030 88722831

Berliner Delegierte diskutieren Papier zur Weiterbildung

Bericht von der Delegiertenversammlung am 20. Februar 2008

Die Delegierten haben auf ihrer Sitzung am 20. Februar ein 10-Punkte-Papier des Marburger Bundes zur Verbesserung der Weiterbildung diskutiert. Außerdem wählten sie die Abgeordneten für den Ärztetag. Daneben wurden der Vertrauensmann und sein Stellvertreter für den Wahlausschuss der ehrenamtlichen Richter beim Berufsgericht und Berufsobergericht gewählt.

Von Sascha Rudat



Das 10-Punkte-Papier des Marburger Bundes zur Weiterbildung wurde von vielen Delegierten positiv bewertet. Eingbracht worden war das Papier von Vorstandsmitglied Werner Wyrwich und DV-Mitglied Thomas Zoller. Wie Zoller in seinen Erläuterungen ausführte, soll das Papier als Diskussionsgrundlage für die Verbesserung der Weiterbildung während der laufenden Legislaturperiode dienen. „Was können wir konkret tun, um die Weiterbildung zu verbessern?“, fasste Zoller das Ziel des Papiers zusammen. Die 10 Punkte

seien aber weder umfassend noch abschließend. In dem Papier wird beispielsweise mehr „Transparenz im Regelwerk der Weiterbildung“, ein „Leitfaden zur Weiterbildungsordnung“, eine „Registrierung der Weiterbildung“ bei der Ärztekammer sowie „Mindeststandards für Facharztprüfungen“ gefordert. Weitere Punkte sind die „Benennung eines Weiterbildungsbeauftragten in jedem Krankenhaus mit Wb-Berechtigung“, feste „Bearbeitungsfristen im Anerkennungsverfahren“, die „Evaluation der Weiterbildung“ und Sanktionsmaßnahmen bei

mangelhafter Erfüllung des Wb-Auftrags. Außerdem soll auf einen Sinneswandel bei den Wb-Befugten in Klinik und Praxis hingewirkt werden.

Thomas Zoller erläuterte die einzelnen Punkte dann im Detail. In der anschließenden Diskussion äußerten sich Vertreter aller Fraktionen. Eva Müller-Dannecker (Fraktion Gesundheit) sagte: „Ich finde das Papier notwendig und superklasse.“ Ihr fehle allerdings der Wille, sich angesichts des ökonomischen Drucks in Kliniken und Praxen politisch zu positionieren. Daneben zweifelte sie an der Realisierbarkeit einer Registrierungspflicht für die Weiterbildung bei der Ärztekammer. Gegen eine derartige Pflicht sprach sich auch Charlotte Lutz (Fraktion Gesundheit) aus.

Vorstandsmitglied Dietrich Bodenstein (Liste Allianz) warf ein, dass man den Weiterzubildenden nicht völlig die Initiative aus der Hand nehmen dürfe, dass sie sich selbst auch um die Wb kümmern müssen. Vorstandsmitglied Vittoria Braun (Hausärzte) äußerte sich betroffen über den Tenor des Papiers. Sie habe das Gefühl, es sei eine Art Anklage. „Es fehlt der 11. Punkt, dass auch Weiterzubildende Pflichten haben. Es gibt

Zahlen aus der Weiterbildung

Wie Kammerpräsident Jonitz in der Delegiertenversammlung erläuterte, wird die Arbeit der Arbeitseinheit Weiterbildung stark nachgefragt. So gingen seit Einführung des Service-Telefons und der Umsetzung des Tickets-Systems im Juni 2007 16.837 Anrufe ein; 13.467 Tickets wurden angelegt und bearbeitet. Die Zahl der schriftlichen Mitteilungen per E-Mail und Post lag alleine im vergangenen Jahr bei 3.436.

Von den seit November 2007 eingegangenen 5354 Anrufen betrafen 941 das Thema Befugnisse. Neben den Beratungen in Kliniken vor Ort fanden 37 Beratungen in den Räumen der Ärztekammer Berlin statt.

Aktuell sind 650 Anträge auf Anerkennung für die Prüfung vorbereitet. Vom 1. Januar 2007 bis 18. Februar 2008 sind 1516 Online-Anträge auf Befugnis zur Leitung der Weiterbildung bei der Ärztekammer Berlin eingegangen. Davon sind 1050 Anträge bis Ende Oktober vergangenen Jahres und 466 vom 1. November 2007 bis 18. Februar registriert worden.

ANZEIGE

nicht nur bei den Weiterbildern Schwarze Schafe“, betonte sie. Mitautor Werner Wyrwich (Marburger Bund) erklärte: „Die Weiterbildung muss bilateral sein. Ein gewisses Interesse und eine gewisse Lust an der Ausbildung muss man voraussetzen.“ Man habe die Absicht, eine Plattform zu schaffen, um mit den anderen Fraktionen zusammenzuarbeiten. Dies wurde von Volker Pickerodt (Fraktion Gesundheit) begrüßt. Kammergeschäftsführer Gerhard Andersen fügte hinzu, dass er die politische Willenserklärung des 10-Punkte-Papiers sehr interessant finde. Er begrüßte auch, dass man sich diese Legislaturperiode Zeit nehmen will. Realistischer seien aber eher zwei oder drei Legislaturperioden. Er wies zugleich darauf, dass man ganz ehrlich sagen müsse, wo man die Missstände verorte. „Wir müssen klar sagen, wer soll was besser machen.“ Er möchte den Delegierten Mut machen, „die Weiterbildungsordnung nicht als Gott gegebenes Werk zu verstehen“. Seiner Ansicht nach ließe sie sich auf ein Drittel schrumpfen.

Abgeordnete für Ärztetag gewählt

Daneben wählten die Delegierten die 16 Abgeordneten für den Deutschen Ärztetag sowie deren Stellvertreter. Die Namen finden Sie in der Tabelle auf dieser Seite. Die Abgeordneten teilen sich nach Listen wie folgt auf: Niedergelassene Ärzte 1, Fraktion Gesundheit 5, Marburger Bund 3, Hausärzte im BDA 2 und Allianz Berliner Ärzte 5. Die Wahl erfolgte einstimmig. Einstimmig gewählt wurden außerdem Dietmar Kruska als Vertrauensmann für den

Wahl der Delegierten zum 111. Deutschen Ärztetag in Ulm 19. bis 23. Mai 2008

Fraktion	Nr.	Delegierter	Vertreter
Niedergelassene Ärzte	1.)	Annette Nießing	Herr Dr. med. Georgi Wassilew
Fraktion Gesundheit	1.)	Dr. med. Eva Müller-Dannecker	Dr. med. Constanze Jacobowski
	2.)	Dr. med. Charlotte Lutz	Dr. med. Wolfram Singendonk
	3.)	Dr. med. Volker Pickerodt	Dr. med. Dieter Lehmkuhl
	4.)	Dr. med. Julian Veelken	Dr. med. Andreas Grüneisen
	5.)	Dr. med. Claudia Cruys	Dr. med. Sebastian Dieckmann
Marburger Bund	1.)	Dr. med. Kilian Tegethoff	Dr. med. Werner Wyrwich
	2.)	Dr. med. Sigrid Kemmerling	Dr. med. Peter Bobbert
	3.)	Dr. med. Matthias Albrecht	Dr. med. Günther Jonitz
Hausärzte	1.)	Michael Janßen	Prof. Dr. med. Vittoria Braun
	2.)	Dr. med. W. Kreischer	Klaus.-D. Elstermann von Elster
Allianz Berliner Ärzte	1.)	Dr. med. Roland Urban	Dr. med. Dirk Rehbein
	2.)	Dr. med. Rudolf Fitzner	Dr. med. Svea Keller
	3.)	Prof. Dr. med. Harald Mau	PD Dr. med. Dietrich Banzer
	4.)	Dr. med. Burkhard Bratzke	Dr. med. Hans-Detlef Dewitz
	5.)	Dr. med. Christian Handrock	Dr. med. Elmar Wille

Wahlausschuss der ehrenamtlichen Richter beim Berufsgericht und Berufsobergericht sowie Klaus Thierse als dessen Stellvertreter. Alle vier Jahre werden die ehrenamtlichen Richter aus Vorschlaglisten der Delegiertenversammlung von einem Wahlausschuss beim Berufsgericht und Berufsobergericht gewählt. Der Wahlausschuss besteht unter anderem aus einem Vertrauensmann und dessen Stellvertreter. Die derzeitige Wahlperiode endet im Oktober dieses Jahres.

Bayern kein Vorbild für Berlin

Kammerpräsident Günther Jonitz ging während der Delegiertenversammlung

auch auf den Systemausstieg des bayrischen Hausärzteverbandes ein. „Das findet sonst nirgendwo Unterstützer“, betonte er und warnte vor den negativen Folgen. Während die Ärzte anfänglich noch gute Vertragsabschlüsse erzielen könnten, würden die Verträge auf Dauer von den Kassen heruntergehandelt. Wolfgang Kreischer (Hausärzte) erwiderte, dass dies Prognosen seien. Jonitz führte das Beispiel USA an, wo die Zahl der Leistungserbringer kontinuierlich reduziert worden sei. Volker Pickerodt erklärte, dass dies ein riesiges Problem für die Patienten wäre. „Es ist enorm viel nicht zu Ende gedacht“, fügte der Kammerpräsident hinzu. *srd*

ANZEIGE

Karl Valentin-Ausstellung

Komiker Leidenreich

Gleich im ersten Raum ganz oben im Gropiusbau hängt ein beschriftetes Foto: „Meinem komischen Partner, Patienten Karl Valentin in nie versiegender Geduld gewidmet von Liesl Karlstadt. Beruf: Nervenärztin, Nebenbeschäftigung: Komikerin.“ Das mit der Geduld ist etwas geschönt, es gab auch heftige Kräche und eine Trennung: Beide hatten ihr Vermögen in Valentins Panoptikum gesteckt. Das war zugleich Schreckenskeller und Absurditätenkabinett (für Dinge wie den pelzverbrämten „Winterzahnstocher“). Als es zum Pleiteunternehmen wurde, brauchte Liesl Karlstadt selber einen Nervenarzt – einen echten. Sie wurde wegen Depressionen mehrfach stationär behandelt, unternahm auch einen Suizidversuch.

Dabei hatte sie immer den common sense personifiziert, während ihr verschrobener Partner Karl Valentin – „ein Mensch, der den Tiefsinn des Blödsinns entdeckt hat“ (Franz Blei 1929) kindlich-insistierend und sprachverliebt seine endlosen absurden Argumentationsspiralen drehte; wie etwa im „Brillenfeuerwerk“. („Wenn’s aber heut net finster wird?“)

Viele der Stücke fürs Volkstheater, für Kino, Kabarett, Radio und Schallplatte sind aber auch ganz realistisch dem Alltag abgelauscht, ob es um die verlegte Brille, die Hektik vorm Theaterbesuch, um Gespräche beim Arzt oder Apotheker geht. Die Szene „Beim Arzt“ von 1940 kommt uns noch sehr aktuell vor: „O mei, Herr Doktor, mit meim Magn stimmt’s nimmer recht. Jedesmal, wenn ich gegessen hab, dann hab ich den Magn so voll...“ Und beim „Stiegensteigen“ muss er schnaufen; die Augen wollen auch nicht mehr, beim Zeitungslesen kriegt er „so Kreuzweh, dass ich’s Lesen aufhören muss.“ Auf die Mitteilung „Sie sind vollständig gesund“, reagiert er em-



pört: „...für was bin i dann bei der Krankenkasse?“

Valentin, klapperdürr und Asthmatiker, war Hypochonder und fürchtete das Bahnfahren so, dass er nur widerwillig nach Berlin zu Gastspielen im Kabarett der Komiker kam. (Unser Bild von 1928 zeigt ihn dort beim Schminken.) Aber er konnte seine Hypochondrie auch satirisch aufs Korn nehmen. In der Radiosendung „Herr Leidenreich“ von 1941 sagt er als Gastwirt: „I war noch nie krank.“ Herr Leidenreich: „Ja, das ist ja eben der Fahler – weil Sie keine medizinischen Bücher lesen...“ „I les mei Gastwirtszeitung, i möcht gesund bleiben.“

Köstlich auch der Dialog zwischen dem Vater, der vergessen hat, was er bringen soll, und dem Apotheker, der fragt, was dem Kind denn fehlt. „Dem Kind fehlt die Mutter.“ Am Ende erfährt der Apotheker, dass es nachts unruhig ist. „Unruhig? Da nehmen Sie eben ein Beruhigungsmittel. Am besten vielleicht Isopropilprophemilbarbitursauresphenildimethylidimethylaminophirazon.“ Dreimal

schnurrt er das herunter, bis der Kunde sagt: „Des is! So einfach, und man kann sich’s doch nicht merken!“

Die Ausstellung zeichnet kein umfassendes Lebensbild. Sie heißt „Karl Valentin, Filmpionier und Medienhandwerker“ und ist gestaltet gemeinsam mit Filminstitutionen (deren Namen der Flyer weiß auf hellorange mehr versteckt als verkündet). Sie zeigt Requisiten, Briefe, Plakate, Zeichnungen, Manuskripte und eine Überfülle kleiner Fotos. Das Lohnendste sind die vielen Filme – Zeit mitbringen! Im ersten Raum sieht man Stummfilme; besonders empfehlenswert die absurd-komischen „Mysterien eines Frisiersalons“ (1922/23 mit Bert Brecht und Erich Engel gedreht; müsste, errechnet nach dem Programmzettel, etwa 11.30, 13 und 18 Uhr laufen.) Im letzten Raum werden Tonfilme gezeigt.

Ein Spielfilm heißt „Der Sonderling“. Valentin war einer, ein genialer. Er nannte sich Volkssänger, aber die Auguren verglichen ihn mit Meistern der grotesken, absurden, dadaistischen, skurrilen oder surrealistischen Literatur wie Morgenstern, Ionesco oder den britischen Klassikern Lewis Carroll und Edward Lear, die er alle nicht kannte. Er las so gut wie keine Bücher, besaß aber einen Band Schwitters-Gedichte. Manche tieftaurigen Texte des Komikers, wie der „Buchbinder Wanninger“, erinnern sogar an Kafka.

Brecht hat Valentin sehr bewundert und ihn mit Chaplin verglichen. Er schrieb 1922: „Dieser Mensch ist ein durchaus komplizierter, blutiger Witz. Er ist von einer ganz trockenen, innerlichen Komik, bei der man... unaufhörlich von einem innerlichen Gelächter geschüttelt wird, das nichts besonders Gutartiges hat...“

Rosemarie Stein

Noch bis zum 24. April, 10-20 Uhr, außer dienstags.
Katalogbuch 19,90 Euro.



Verspätete Befundberichte und Verstoß gegen Hygienevorschriften

BERLINER ÄRZTE wird Ihnen ab sofort regelmäßig Fälle aus dem Berufsrecht der Ärztekammer Berlin vorstellen. Einige der Verstöße werden der Ärztekammer immer wieder gemeldet und sind somit typisch für die berufsrechtlichen Angelegenheiten, mit denen sich die Kammerjuristen und der Vorstand regelmäßig beschäftigen müssen. Im ersten Fall geht es um einen niedergelassenen Chirurgen, der zum einen angeforderte Befundberichte erst mit zum Teil erheblicher Verspätung erstellt, zum anderen festgestellte gravierende Hygienemängel in seiner Gemeinschaftspraxis nicht fristgemäß beseitigt hat.

Von Sascha Rudat

Der betroffene Arzt wurde im November 2001 von der Versicherung eines Patienten gebeten, ein ärztliches Zeugnis über die Verletzungen des Patienten nach einem Unfall zu erstellen. Erst nach mehrmaligen Aufforderungen durch den Patienten, die Versicherung und die Ärztekammer, die ihm eine Frist bis zum 15. März 2002 gesetzt hatte, händigte der Arzt das Attest am 16. April 2002 aus.

Im März 2003 wurde der Arzt vom Amt für Soziales und Versorgung Potsdam in einer Schwerbehindertenangelegenheit um Auskunft über eine Patientin gebeten. Erst nach vier Aufforderungen und Fristsetzungen durch das Amt und die Ärztekammer Berlin lieferte der Arzt den angeforderten Befundbericht am 29. Dezember 2003. Wegen dieser zwei Fälle sowie zwei weiteren ähnlich gelagerten Verstößen gegen die Berufsordnung wurde der Chirurg im Februar 2004 durch die Kammer zunächst verwarnet.

Im Februar 2004 stellte das zuständige Gesundheitsamt im Rahmen der Überwachung der Infektionshygiene bei einer Praxisbegehung diverse gravierende Mängel in der Gemeinschaftspraxis fest (u.a. fehlende Seifenspender und sterile Operationskittel sowie Vorratshaltung von abgelaufenen Medikamenten). Während der Begehung erklärte der Arzt, dass ihm die Hygienevorschriften nicht bekannt seien. Das Gesundheitsamt verfügte am 19. März 2004 eine Beseitigung der Mängel durch den Arzt und seinen Partner. Die festgestellten – und weitere zwischenzeitlich aufgetretene – Mängel wurden zunächst nur unzureichend beseitigt. In der Folge

wurden dem Arzt und seinem Partner im Oktober 2004 vom Gesundheitsamt das ambulante Operieren vorübergehend untersagt und ein zuvor angedrohtes Zwangsgeld von 2.000 Euro festgesetzt. Nachdem die Mängel im Oktober noch vollständig beseitigt worden waren, wurde das Zwangsgeld nicht mehr vollstreckt.

Wegen dieses Verfahrens und weiterer Vorwürfe leitete der Kammervorstand noch im Oktober 2004 ein Untersuchungsverfahren ein. Nach Abschluss des Untersuchungsverfahrens beantragte der Vorstand im Juni 2005 die Eröffnung eines berufsgerichtlichen Verfahrens. Die Kammer für Heilberufe eröffnete in der Folge im August 2007 ein Berufsgerichtsverfahren.

Die Kammer sah eine Verletzung der Berufspflichten (§§ 2 Abs. 2 und Abs. 5, 25) und beantragte eine Geldbuße in Höhe von 5.000 Euro. Der Beschuldigte hingegen plädierte für eine Verwarnung, da ihm die verspätete Erstellung von Befundberichten nicht mehr vorgehalten werden könne, da die Ärztekammer auf eine berufsgerichtliche Ahndung zunächst verzichtet habe. Die Verstöße gegen die Hygienevorschriften bezögen sich dagegen im Wesentlichen auf Versäumnisse bei Dokumentationspflichten und rechtfertigten berufsrechtliche Maßnahmen nicht, so der Arzt.

Dem folgte das Gericht nicht. Es verwies zum einen auf die Pflicht des Arztes, fristgerecht Stellungnahmen und Befunde zu erstellen. Er habe bei einfachen Stellungnahmen die äußerste Grenze von drei Monaten bei weitem überschritten. Auf Erinnerungen und Mahnungen habe er

teilweise überhaupt nicht reagiert. Die angegebene Arbeitsüberlastung rechtfertigte laut Gericht die Fristüberschreitung nicht.

Hinsichtlich der Verstöße gegen die Hygienevorschriften stellte das Gericht ein erhebliches Vergehen gegen die Berufspflicht sowie eine unzureichende Einstellung des Beschuldigten gegenüber seinen Pflichten als Arzt fest. Das Gericht verwies zudem darauf, dass der Arzt von der Kammer im Jahr 2001 bereits eine Rüge wegen verspäteter Befunde erhalten hatte.

Aufgrund der Schwere der Pflichtverletzung hielt das Gericht eine Geldstrafe für erforderlich, berücksichtigte aber, dass der Arzt seinen Verpflichtungen – wenn auch mit teils erheblicher Verspätung – nachgekommen war. Außerdem wurden problematische finanzielle Verhältnisse des Beschuldigten festgestellt. Das Gericht verhängte schließlich eine Geldstrafe von 2.000 Euro. Das Urteil ist seit dem 16. Oktober 2007 rechtskräftig. *srd*

A
N
Z
E
I
G
E

Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung

Bestandene Facharztprüfungen Januar bis Februar 2008*

Name Antragsteller	WbO Beschreibung
Dr. med. Mojtaba Abedini	FA Kinder- und Jugendmedizin
Susanne Amm	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Dr. med. Katja Baumgart	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Sabine Beck	FA Allgemeinmedizin
Andreas Joachim Böhlke	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Dr. med. Carolin Boschan	FA Kinder- und Jugendmedizin
Renate Brodowsky	FA Innere Medizin
Andreas Karsten Buske	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Timm Denecke	FA Diagnostische Radiologie
Dr. med. Christina Denfeld	FA Allgemeinmedizin
Dr. med. Maria-Cristina Dietrich	FA Allgemeinmedizin
Doctor of Philosophy (PhD) Wolfram Döhner	FA Innere Medizin
Alexander Eilers	FA Chirurgie
Dr. med. Saban Elitok	FA Innere Medizin
Dr. med. Kathrin Enke-Melzer	FA Innere Medizin
Aarne Erik Feldheiser	FA Anästhesiologie
Dr. med. Esther Friedrich	FA Strahlentherapie
Dr. med. Julia Funk	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Susanne Gillwald	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Tom Göhre	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Martin Gorsleben	FA Innere Medizin
Dr. med. Ines Gründer	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Annette Gurzynski	FA Allgemeinmedizin
Martin Hänel	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Guido Haverkämper	FA Kinder- und Jugendmedizin
Priv.-Doz. Dr. med. Gabriele Himmelreich	FA Innere Medizin
Dr. med. Daniel Hoffmann	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Gero Hütter	FA Innere Medizin
Dr. med. Cosima Jahnke	FA Innere Medizin
Dr. med. Christian Jakob	FA Innere Medizin
Dr. med. Christina Jung	FA Chirurgie
Wladimir Kalinin	FA Chirurgie
Dr. med. Sinan Kalmuk	FA Chirurgie
Dr. med. Andreas Kämena	FA Diagnostische Radiologie
Dr. med. Andreas Karl	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Nadja Karnatz	FA Chirurgie
Dr. med. Nadja Kassim	FA Psychiatrie und Psychotherapie
Dr. med. Uwe Kästner	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Juri Katchanov	FA Neurologie
Dr. med. Olaf Kern	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Simone Kim	FA Innere Medizin
Dr. med. Katrin Knoll	FA Innere Medizin
Dr. med. Reinhard Koch	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Anke Kohlenberg	FA Innere Medizin

Name Antragsteller	WbO Beschreibung
Dr. med. Peter Kohlstrung	FA Arbeitsmedizin
Dr. med. Jochen Kolouch	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Mirjam Koos	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Maren Kusch	FA Kinder- und Jugendmedizin
Priv.-Doz. Dr. med. Rainer Letsch	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Anja Lingnau	FA Urologie
Sascha Karel Lischewski	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Jörg Lorenz	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Alexander Marcinkas	FA Innere Medizin
Martina Katharina Nagel	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Dr. med. Arezou Mazhari	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Dr. med. Claudia Meyer	FA Radiologie
Dr. med. Karsten Moeller	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Beate Moritz	FA Arbeitsmedizin
Christoph Moroder Korpjuhn	FA Radiologie
Bertram Müller	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Stephan Müller	FA Radiologie
Peter Oberbarnscheidt	FA Kinder- und Jugendmedizin
Kai Oestereich	FA Chirurgie
Tanja Oppermann	FA Allgemeinmedizin
Dr. med. Björn Bruno Oswald	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Kirn Susanne Parasher	FA Kinder- und Jugendmedizin
Dr. med. Friedhart Paul	FA Innere Medizin
Dr. med. Frank-Joachim Peter	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Tanja Petschallies	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Dr. med. Roman Peter Pietrzik	FA Innere Medizin
Dr. med. Geraldine Sandra Preuß	FA Arbeitsmedizin
Dr. med. Alexander Hubertus Putzo	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Armin Quante	FA Psychiatrie und Psychotherapie
Dr. med. Tarek Raslan	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Christian-Alexander Reich	FA Anästhesiologie
Dr. med. Marcus Reinhardt	FA Anästhesiologie
Witold Rogge	FA Neurologie
Winfried Rothaug	FA Innere Medizin
Dr. med. Jan Ruben	FA Neurologie
Dr. med. Lioba Schewior	FA Innere Medizin
Anke Schlosser	FA Anästhesiologie
Dr. med. Ela Schmedes	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Dr. med. Beate Schmidt	FA Allgemeinmedizin
Marion Schmidt-Großmann	FA Allgemeinmedizin
Manuela Schütz	FA Innere Medizin
Melanie Schweizer	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Matthes Seeling	FA Anästhesiologie
Axel Segert	FA Neurologie

Name Antragsteller	WbO Beschreibung
Perdita Selbstaedt	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Raimund Stammeier	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Wilfried Stöber	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Uwe-Jens Teßmann	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Frank Thomas	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Henrik Thomsen	FA Innere Medizin
Mones Trubulsi	FA Innere Medizin
Dr. med. Steffen Voss	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Ada Waldner	FA Innere Medizin
Dr. med. Ronald Waterstrat	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Ralf Wegner	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dipl.-Biochem. Ursula Weigelt	FA Allgemeinmedizin
Dr. med. Wolfgang Weihe	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Priv.-Doz. Dr. med. Cornel Werhahn	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Doctor med. universae/Ung. Alana Wernik	FA Arbeitsmedizin
Dr. med. Peter Wiemer	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Christian Wißgott	FA Diagnostische Radiologie
Dr. med. Dietrich Wolter	FA Orthopädie und Unfallchirurgie

** Die Liste ist nicht vollständig. Nur die Namen der Ärztinnen und Ärzte, die uns eine schriftliche Einverständniserklärung für den Abdruck gegeben haben, werden in BERLINER ÄRZTE publiziert.*

ANZEIGE

ANZEIGE

BERLINER ÄRZTE

4/2008 45. 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.)
Dipl.-Pol. Sybille Golkowski
Eveline Piötter (Redaktionsassistentin)

Redaktionsbeirat:

Dr. med. Günther Jonitz
Dr. med. Elmar Wille
Prof. Dr. med. Vittoria Braun
Dr. med. Daniel Sagebiel MPH

Anschrift der Redaktion:

Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-4100/-4101, -4102, FAX -4199
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: Melanie Bölsdorff
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 € 64,50 (einschließlich Versand), Patenschaftsabonnement Berlin-Brandenburg € 43,00 (einschließlich Versand). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 4,40 zzgl. € 2,50 Versandkosten.
Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 8 vom 01.01.2008.

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

ISSN: 0939-5784