

Graue Köpfe, alte Zöpfe

Was wirklich dahinter steckt, wenn von „Innovation im Gesundheitswesen“ die Rede ist.



Foto: Christian Brachwitz

Corinna Schaefer

arbeitet als
Wissenschaftsjournalistin.

Der Herbst hat's in sich. Allenthalben hochkarätig besetzte Veranstaltungen, Fachtagungen, Kongresse mit beeindruckenden Titeln wie „1. Nationales Innovationsforum Medizin“. Um Innovation in der Medizin geht es auch in einer Tagung zu „Strategien in einem lernfähigen Gesundheitsmarkt“. Erstaunlich, dass gerade der Herbst, die Zeit des Verfalls, der Erneuerung eine so große Blüte beschert. Das Thema hätte man passender im Frühjahr platziert.

Doch von saisonalen Überlegungen abgesehen, sind die schicken Hochglanzbrochüren der genannten Foren dazu angehtan, den unvoreingenommenen Leser mit Bewunderung zu erfüllen: dem System fehle „jeder Mut zur Umsetzung neuer Entwicklungen“, steht da zu lesen. Das spricht ihm aus der Seele.

„Zukunftsfragen“ sollen diskutiert werden, und noch besser: „Ausgewiesene Experten aus Politik, Wirtschaft, Wissenschaft und Industrie beschreiben und analysieren in ihren Fachvorträgen Hürden und Blockaden, beschreiben Wege zu ihrer Überwindung.“

Wo also ist das Problem?, ist der arglose Leser geneigt zu fragen. Einfach die Experten anhören, umsetzen – zack: Die innovative Gesundheitsversorgung ist in alle Zukunft gesichert. Da wird der arglose zum neugierigen Leser und liest weiter. Innovation und Vision, denkt er, braucht unser krankes Gesundheitssystem. Doch naturgemäß verrät auch der feinste Flyer nichts über die innovativen Patentre-

zepte der erwähnten Experten. Sonst müsste die innovative Veranstaltung ja nicht mehr abgehalten werden. Ein paar Schlüsselsätze finden sich dennoch:

„Innovationen bedürfen der aktiven Förderung und dürfen nicht in erster Linie als Kostenfaktor begriffen werden.“ Förderung, genau, denkt er, und zwar aktiv. Aber, wie war das mit dem Kostenfaktor? „Viele Fragen zur ... Finanzierung sind offen.“ Ach. So innovativ erscheint dem Leser die Frage nach der Finanzierung gar nicht. Scheint aber wesentlich zu sein, denn: „die Übernahme der Behandlungskosten ... wird ebenfalls erörtert.“ Das klingt aber gar nicht mehr nach Zukunft, das klingt vielmehr nach schnöder Gegenwart. Finanzierung, Übernahme, Behandlungskosten, genau das sind doch die oben genannten „Hürden und Blockaden“, an denen das System sich tagtäglich abarbeitet.

Moment. Jetzt aber mal genauer nachgelesen: „Innovation“ meint tatsächlich nur technische Erneuerung, also neue Therapien und Behandlungsstrategien. Der Leser kann inzwischen eins und eins zusammenzählen: „Innovative Behandlungsstrategie“ bedeutet vor allem eins: teuer. Kein Wunder also, dass die Übernahme der Behandlungskosten erörtert werden soll. Im Klartext heißt das doch: Wir brauchen neue Therapien, deren Kosten die Solidargemeinschaft übernehmen muss, damit weiterhin möglichst viele am Gesundheitsmarkt verdienen.

Denn: „Nur die Aussicht auf Umsetzung schafft den Anreiz zu Forschung und Entwicklung.“ Klar. Und Umsetzung bedeutet: Kostenübernahme.

Das ist in keiner Weise neu, sondern vielmehr ein furchtbar alter Zopf. Der Leser wundert sich nur, dass dafür so vehement der Begriff Innovation strapaziert wird. Und zwar ausgerechnet von denen, die man gemeinhin als konservativ bezeichnet. Dabei bedeutet konservativ im ursprünglichen Wortsinn bewahrend, und also das genaue Gegenteil von innovativ, also erneuernd. In Zeiten, in denen Innovation nur der Zementierung des Althergebrachten dient, ist Bewahrung die wahre Revolution! Bewahrung von wesentlichen ethischen Werten in der Versorgung von Kranken zum Beispiel. Um die zu gewährleisten, wären Veränderungen im System nötig, die wirklich zukunftsfruchtig und richtungsweisend wären. Das wäre anderes als alte Zöpfe, aber danach steht den graumelierten Köpfen nicht der Sinn. Denn da gibt es nichts zu verdienen.

Vielleicht, denkt sich der geläuterte Leser jetzt, passt diese Art von Zukunfts-Symposien und -Foren doch ganz gut in die Jahreszeit.

Corinna Schaefer

Zum Tode von Odo v. Arentsschild



Foto: privat

Am 20. Mai 2008 verstarb der HNO-Arzt Prof. Dr. Odo v. Arentsschild. Als Sohn des aus einer preußischen Offiziersfamilie stammenden Kaufmanns, Viktor v. Arentsschild und

seiner Ehefrau Anna Theresa, geb. v. Linsingen, wurde er am 9. Februar 1921 in Berlin geboren. Er besuchte von 1927-1931 die Volksschule und bis 1939 das Heinrich-v.Kleist-Reform-Realgymnasium in Berlin-Schmargendorf, wo er auch das Abitur ablegte. Anschließend wurde er zum Arbeitsdienst und zur Wehrmacht eingezogen. Nach der Kriegsgefangenschaft begann er 1945 an der

Berliner Universität das Medizinstudium. Das Staatsexamen legte er in Göttingen 1951 ab. Von 1951-1952 war er Pflichtassistent im Städtischen Krankenhaus Neukölln und nach Erhalt der „Vollapprobation“ Assistenzarzt. Er durchlief die Weiterbildung zum HNO-Arzt unter der Leitung von Gerhard Zinser (1906-1982). 1959 erhielt v. Arentsschild die Facharztanerkennung. Er fertigte eine sprachaudiometrischer Begutachtung zur Hörgeräteversorgung von Rentnern (Dokumentation mit Lochkarten)“ mit der er 1963 von der Medizinischen Fakultät der Freien Universität promoviert wurde. Zur gleichen Zeit wurde er Oberarzt von Zinser. Ein Jahr später ging er als wissenschaftlicher Angestellter an die HNO-Universitätsklinik in Westend, wo er eine Poliklinik für Audiologie

aufbaute. Bei der Eröffnung des Klinikums Steglitz wurde er dort hin versetzt. 1970 erfolgte die Habilitation.

Hermann Gutzmann jun. (1892-1973) war seit 1924 in der Charité in der Phoniatrie engagiert. Nach 1948 bekam er dort Schwierigkeiten, so dass er Im Dol in Dahlem eine „Zentralstelle für Sprachgestörte“ einrichtete, die später von der FU übernommen wurde. Gutzmann jun. gründete eine Lehranstalt für Logopäden und setzte im Lande Berlin eine staatliche Prüfungsordnung für diesen Beruf durch. Er leitete diese Lehranstalt bis 1970. Sein Nachfolger wurde v. Arentsschild. Obwohl dessen Hauptarbeitsgebiet bisher die Audiologie war, widmete er sich nun auch der Phoniatrie und engagierte sich intensiv bei der Ausbildung der Logopäden. Auch nach seiner Pensionierung 1989 blieb er der Lehranstalt eng verbunden.

Dr. phil. Dr. med. Manfred Stürzbecher

TITELTHEMA.....

Kindergesundheit in Berlin

Das Beispiel des Ost-West-Bezirks Friedrichshain-Kreuzberg zeigt die teilweise Besorgnis erregende Verschlechterung der Gesundheit von Kindern in der Hauptstadt.

Von Dietrich Delekat14

MEINUNG.....

Graue Köpfe, alte Zöpfe

Von Corinna Schaefer 3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*.... 6**Pädiatrische Prüfkonzepete in der Arzneimittelentwicklung**

Informationen des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte11

IN EIGENER SACHE.....

20 Jahre Titelbilder von Sehstern

.....23

BERUFS- UND GESUND-
HEITSPOLITIK.....**Bundesmodellprojekt will von Gewalt betroffenen Frauen helfen**

Von Hildegard Hellbernd und Heike Mark..... 27

„Die Ärzteschaft verreguliert sich“ Interview mit dem

scheidenden Kammergeschäftsführer Gerhard Andersen30

Wie werden Ärzte und Patienten informiert? Bericht vom

DEGAM-Jahreskongress in Berlin
Von Rosemarie Stein.....32

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen..... 10**Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin**..... 28

PERSONALIEN.....

Zum Tode von Odo v. Arentsschild..... 4**Dittmar Kruska wird 75**.....22**Bestandene Facharztprüfungen September/Okttober 2008**.....34

BUCHBESPRECHUNGEN....

Rohnstock: Am Ende meines Lebens. Menschen über 80 erzählen.....21

FEUILLETON.....

Klee-Engel

Zur Berliner Paul-Klee-Ausstellung
Von Rosemarie Stein36

Impressum.....38

Tafel erinnert an vertriebene jüdische Ärzte

Seit einigen Wochen gibt es am Eingang der KV Berlin in der Masurinallee 6 eine Lichtinstallation. Auf einer Gedenktafel hinter der Fensterscheibe erscheinen im Wechsel die Namen aller jüdischen Kassenärzte Berlins, die während des Dritten Reiches verfolgt und vertrieben wurden. Die Tafel erinnert an den 30. September 1938. An diesem Tag trat die 4. Verordnung zum Reichsbürgergesetz in Kraft, die allen jüdischen Ärzten die Approbation und damit die berufliche Existenzgrundlage entzog. Sie waren damit nur noch als Krankenbehandler für ihre jüdischen Mitbürger zugelassen und durften darüber hinaus nicht mehr als Mediziner tätig sein. Die Verordnung kam einem Erdbeben in der Berliner Versorgungslandschaft gleich. Denn von den damals rund 3.600 in Berlin tätigen Kassenärzten waren über 2.000 jüdischer Herkunft.

Bislang sind 2.063 Namen seinerzeit in Berlin praktizierender jüdischer Ärzte zuverlässig recherchiert. Aus den bislang ausgewerteten Biografien geht hervor, dass rund 900 Ärzte in die Zwangssemi-

gration gingen, 400 in Zuchthäuser und Konzentrationslager deportiert wurden und 5 Ärzte die Vernichtungslager überlebten. Am 9. November 2008 wurde auf einer Gedenkveranstaltung in der Neuen Synagoge in Berlin der vertriebenen und ermordeten jüdischen Ärzte gedacht.

Bereits seit 1933 wurden jüdische Kollegen systematisch in ihrer Berufsausübung eingeschränkt. So wurde schon kurz nach der faschistischen Machtübernahme mit einer entsprechenden Verordnung allen Kassenärzten „nichtarischer Abstammung“ die Kassenzulassung entzogen. Die betroffenen Ärzte waren dadurch gezwungen, ausschließlich privat zu liquidieren und damit bereits von der Versorgung weiter Teile der Berliner Bevölkerung abgeschnitten.

Seit 2002 geht die KV Berlin über das Forschungsprojekt „Anpassung und Ausschaltung – Die Berliner Kassenärztliche Vereinigung im Nationalsozialismus“ der engen Verstrickung zwischen den Ärztefunktionären und den NS-Machthabern systematisch auf den Grund. *sygo*



Weizsäcker wiederlesen!

Viktor von Weizsäcker: Warum wird man krank? Ein Lesebuch.

Hrsg. Wilhelm Rimpau. Suhrkamp (st 3936), Frankfurt/M. 2008, 341 S., 10 Euro

Schon allein die knappe, scharfsinnige Beschreibung der Misere des Gesundheitswesens und der Medizinkrise im Vorwort lohnt die Lektüre. Dieses Vorwort schrieben der Hamburger Psychiater Klaus Dörner und der Berliner Neurologe Wilhelm Rimpau. Er hat diesen gut lesbaren Querschnitt durch Weizsäckers gesammelte Schriften (an deren Edition er mitarbeitete) zusammengestellt, eingeleitet und kommentiert. Der Medizinklassiker verdient, mehr gelesen zu werden. Nicht zuletzt durch die Krankengeschichten erleichtert dieses Taschenbuch den Zugang zu Weizsäckers Denken. Es hilft, „Die Entfremdung zwischen Körper und Seele“ zu überwinden und das Subjekt vom Rande wieder in die Mitte der Medizin zu holen.

Lesen Sie das Büchlein – und bringen sie's statt Blumen den dezidierten Somatikern unter Ihren Kollegen mit! *R. St.*

Qualitätssicherung

Mit sauberen Händen zu mehr Patientensicherheit

Mit einem bundesweiten Aktionstag hat die AKTION Saubere Hände am 20. Oktober auf sich aufmerksam gemacht. Ziel der Kampagne ist es, das Händedesinfektionsverhalten in Krankenhäusern soweit zu verbessern, dass die geschätzte Krankenhausinfektionsrate von jährlich rund 500.000 Fällen in Deutschland deutlich gesenkt wird. Träger der Kampagne sind das Aktionsbündnis Patientensicherheit, das Nationale Referenzzentrum für die Surveillance nosokomialer Infektionen und die Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung. „Im Krankenhaus erworbene Infektionen stellen eine besondere Herausforderung dar. Ein großer Teil davon kann durch entsprechende Händedesinfektion vermieden“, betonte der stellvertretende Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit, Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz. In der Theorie sei dieses Wissen allen bekannt. In der Arbeitswirklichkeit, geprägt durch wachsende

Arbeitsbelastung und steigenden Kosten- und Zeitdruck, bestehe die Gefahr, dass die zentrale Bedeutung der Händedesinfektion unterschätzt werde.

Mit fünf Modulen, zu denen sich die teilnehmenden Kliniken verpflichten, will die Kampagne die Händedesinfektion entscheidend verbessern:

1. Teilnahme von Mitarbeitern aus der Leitungsebene, Qualitätsmanagement und Hygiene am Einführungskurs
2. Überprüfung der Händedesinfektionsmittel, Spenderausstattung und ggfs. Erhöhung der Spenderzahlen
3. Messung der Compliance mit regelmäßiger Rückmeldung an die Mitarbeiter
4. Durchführung von 2 Fortbildungen für alle Mitarbeiter aller Berufsgruppen
5. Teilnahme an den Aktionstagen und Erfahrungsaustauschen

Mehr Informationen zur AKTION Saubere Hände unter: www.aktion-saubere-haende.de

Antrittsvorlesung

300 Jahre Infektionsprävention an der Charité

Die Antrittsvorlesung von Professor Dr. Petra Gastmeier, Direktorin des Instituts für Hygiene und Umweltmedizin der Charité, befasst sich mit dem Thema „300 Jahre Infektionsprävention an der Charité und die Strategie für heute“.

Die Veranstaltung wird gemeinsam von der Charité und der Berliner Medizinischen Gesellschaft ausgerichtet und findet am 17. Dezember um 19.00 Uhr im Langenbeck-Virchow-Haus (Luisenstr. 58/59) statt.



Krankenhaus Barometer 2008

Düstere Aussichten

„Seit Jahren haben die Krankenhäuser nicht so pessimistisch und sorgenvoll in die Zukunft geschaut“, fasste der Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Georg Baum, die am 29. Oktober vorgestellten Ergebnisse des „Krankenhaus Barometer 2008“ zusammen.

Rund ein Drittel der deutschen Kliniken schreibe rote Zahlen. Etwa 10 Prozent der Krankenhäuser arbeite mit einem Notlagentarifvertrag. Für 2009 erwartet den Angaben zufolge jede zweite Klinik in Deutschland eine Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage. Kostensteigerungen von rund 8 Milliarden Euro für die Jahre 2008 und 2009 stünden Vergütungszuwächse von 3 Milliarden Euro gegenüber.

Werde das Defizit nicht geschlossen, drohe der Verlust von mehr als 20.000 Arbeitsplätzen, warnte Baum. Schon heute seien 4.000 Arztstellen nicht besetzt. Die Gründe liegen laut Baum in der immer schwierigen Personalrekrutierung und der schwierigen wirtschaftlichen Lage der Kliniken. Viele Häuser sähen sich nicht mehr in der Lage, vakante Stellen nachzubeseetzen. Dies entwickle sich langsam zu einem gravierenden Problem in der stationären Versorgung.

srd

ANZEIGE

Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

Kursangebot der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Der 200 Stunden-Weiterbildungskurs Qualitätsmanagement nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin im Jahr 2009 als Kompaktkurs innerhalb von drei Monaten veranstaltet. Dabei werden alle drei Stufen des Curriculums im Rahmen dieser drei Monate absolviert. Die drei intensiven Wochen der Präsenzphase werden durch eine 50-stündige Phase des Selbststudiums ergänzt. Fachärzte haben die Möglichkeit, durch die Teilnahme an diesem Weiterbildungskurs und an einer anschließend erfolgreich

abgelegten Prüfung vor der Ärztekammer Berlin die Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ zu erwerben.

Für eine vertrauensvolle Arbeitsatmosphäre und die effektive Beteiligung jedes Einzelnen ist die Teilnehmerzahl (Ärzte und Angehörige anderer Berufsgruppen im Gesundheitswesen) begrenzt. Das methodisch-didaktische Konzept des Kurses sieht eine Ausrichtung der theoretischen Inhalte auf die praktischen Tätigkeiten und Erfahrungen der Teilnehmer vor. Im Kurs werden wesentliche Kenntnisse über die Instrumente des Qualitätsmanagements, die Steuerungselemente in



ANZEIGE

Gesundheitssystemen sowie über ökonomische Modelle und Theorien und deren wirksame Anwendung vermittelt. Die Teilnehmer werden in die Lage versetzt, die strategische Bedeutung des Faktors Qualität in Gesundheitssystemen einzuschätzen und mit den im Kurs vorgestellten Instrumenten Projekte im Rahmen der Qualitätssicherung methodisch zu bearbeiten.

In den drei Präsenzphasen findet der Kurs jeweils montags bis freitags von 9 bis 19 Uhr und samstags von 9 bis 16 Uhr statt.

HINWEIS: Bitte beachten Sie die veränderte Terminplanung

23.02.2009 bis 28.02.2009

Inhalte z.B.: Einführung in das Qualitätsmanagement; Gesetzliche Regelungen; Qualitätsmanagement-Instrumente/ Zertifizierung; Budgetierung/ Controlling; Qualitätsberichte; Projekt-/Veränderungsmanagement

20.04.2009 bis 25.04.2009

Inhalte z.B.: Training zum TQM-Assessor nach EFQM (European Foundation for Quality Management); Gesundheitsökonomie; Externe Qualitätssicherung; Moderations-/ Präsentationstechniken; EbM, Leitlinien/ Behandlungspfade; Gesundheitsökonomie

25.05.2009 bis 30.05.2009

Inhalte z.B.: Patientensicherheit; Fehlermanagement; Vorstellung erfolgreicher Praxisprojekte, Qualität aus Patientensicht, berufsübergreifende Versorgung

Der gesamte Kurs ist mit 150 Punkten für das Fortbildungszertifikat durch die Ärztekammer Berlin anerkannt.

Weitere Informationen erhalten Interessenten:

- Telefonisch
Tel.: 40 806-1400 (Inhaltliches) oder
Tel.: 40 806-1207 (Organisatorisches)
- per E-Mail:
QM-Kurs2009@aekb.de

Kurse

Intensivseminar Fallanalyse (30 Punkte)

Wie entstehen Fehler? Welche Faktoren bewirken, dass aus mehreren kritischen Ereignissen und Beinahe-Schäden schwere Zwischenfälle entstehen? Wie kann die Wahrscheinlichkeit reduziert werden, dass sich Zwischenfälle wiederholen?

Gemeinsam mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit bietet die Ärztekammer Berlin das Seminar „Fallanalyse“ an. Ziel des Seminars ist es, ein systemisches Verständnis zur Entstehung von Fehlerereignissen sowie praktische Fertigkeiten zur Fallanalyse nach schweren Zwischenfällen zu vermitteln. Sie lernen aufge-

tretene Fehler und Schadensereignisse zu analysieren und die Ergebnisse zu kommunizieren.

Anhand von Fallbeispielen wird die Technik der Prozessanalyse/ Systemanalyse (root cause analysis) eingeübt. Besonderer Wert wird dabei auf die Betrachtung der Organisationsfaktoren wie Sicherheitskultur; arbeiten im Team, Kommunikation, Gestaltung von Arbeitsabläufen u.a.) gelegt.

Anhand von Kurzvorträgen werden die theoretischen Grundlagen vorgestellt. Über Fallbeispiele wird das relevante Wissen konkretisiert und in praktischen Übungen zur Fehleranalyse

vertieft. Konzepte der Fehlerentstehung, Sicherheitskultur und Systemanalyse werden praxisnah diskutiert. Die Referenten kommen aus den Arbeitsfeldern der Medizin, Patientensicherheit, Human-Factors-Forschung, Psychologie und Organisationsberatung.

Das Intensivseminar richtet sich an alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen.

Termin: Donnerstag 5.3.2009 – Samstag 7.3.2009,
Bitte melden sie sich an bei:
r.drendel@aekb.de
(die Teilnehmerzahl ist auf 25 begrenzt).
Fragen zum Inhalt: A. Mindel-Hennies, Tel.: 40806-1000, a.mindel-hennies@aekb.de

Frohe Weihnachten!

Die Redaktion von BERLINER ÄRZTE und die Ärztekammer Berlin wünscht allen Leserinnen und Lesern ein besinnliches Weihnachtsfest und einen guten Rutsch ins neue Jahr.



ANZEIGE

*Erlotinib***Leberversagen**

Erlotinib (Tarceva®) ist ein Tyrosinkinasehemmer, der zur Therapie des metastasierenden nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (nach Versagen einer vorherigen Chemotherapie) und Pankreaskarzinoms eingesetzt wird, bei EGFR-negativen Lungentumoren und lokal fortgeschrittenem Pankreaskarzi-

nomen ohne Nachweis eines Überlebensvorteils. In einer Studie mit Krebspatienten mit mittelschweren Leberstörungen traten unter 15 Teilnehmern innerhalb von 30 Tagen 10 Todesfälle auf, wobei 8 auf die Krebserkrankung zurückgeführt wurden. 2 Todesfälle unter 15 Teilnehmern bedeuten jedoch ein weit höheres Risiko als in der Fachinformation beschrieben (selten: Leberversagen, eingeschlossen vorbestehende Lebererkrankungen oder hepatotoxische Medikation). In Betracht des gering beeinflussten Krankheitsverlaufes stellt sich die Frage, ob Erlotinib grundsätzlich eingesetzt werden sollte. Engmaschige Leberfunktionskontrollen sollten dabei nicht nur – lt. Fachinformation – „in Betracht gezogen werden“, sondern verpflichtend sein.

Quellen: www.aerzteblatt.de, Fachinformation

*Ibuprofen***Interaktion mit ASS**

Seit 2002 warnt die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzte-

schaft in fast jährlichen Abständen wegen möglicher tödlicher Folgen vor einer gleichzeitigen Einnahme von Ibuprofen (viele Generika) mit niedrig dosiertem ASS. Die Plättchenaggregationshemmende Wirkung von ASS wird durch Ibuprofen antagonisiert. Nun hat sich auch das BfArM zu einem Stufenplan in diesem Sinne durchgerungen, nachdem eine Arbeitsgruppe der EMEA auf diese Interaktion hinweist. Das BfArM schränkt seine Aussage jedoch ein: es seien derzeit noch keine sicheren Schlussfolgerungen möglich.

Es gibt Hinweise, dass die verminderte Hemmung der Plättchenaggregation bei einer Einnahme von Ibuprofen 30 min nach der Einnahme von ASS oder 8 h zuvor nicht eintritt. Der AkdÄ ist zuzustimmen, dass diese Einnahmenvorschriften zu kompliziert sind.

Ist bei einem Patienten eine niedrig dosierte ASS-Gabe indiziert und wird eine zusätzliche Gabe eines nicht-steroidalen Antiphlogistikums (NSAID) erforderlich, so kann auf Diclofenac (viele Generika) ausgewichen werden. Wie Paracetamol (viele Generika) zeigt dieser Arzneistoff keine Interferenzen mit ASS. Da Ibuprofen rezeptfrei erhältlich ist und nach Studien der Stiftung Warentest die Beratungsfunktion nicht aller Apotheker gleich vorbildlich sein könnte, sollten die Patienten bereits bei einer Verordnung von niedrig-dosiertem ASS auf diese potenziell lebensbedrohliche Interaktion hingewiesen werden.

Quellen: AVP 3/2002:15; 4/2003:20; 2/2006:52, 2/2007:53; DAZ 2008; 148: 4258

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 Nordrhein, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf

Pädiatrische Prüfkonzeppte in der Arzneimittelentwicklung

Der Aufgabenbereich des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat sich mit Inkrafttreten der Verordnung (EG) Nr. 1901/2006 des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 12. Dezember 2006 über Kinderarzneimittel erweitert. In den 27 Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) präsentieren Jugendliche und Kinder 20% der Bevölkerung. Seit Jahrzehnten ist die Prüfung von Arzneimitteln eine Grundvoraussetzung für die Zulassung eines Arzneimittels und damit die Voraussetzung zur Verordnung und Anwendung am Patienten.



Eine besondere Prüfung der Indikationen, die auch Kinder oder Jugendliche betreffen können, sind nie gefordert worden. Dies hat dazu geführt, dass mehr als 50% aller Arzneimittel, die bei Kindern angewendet werden, nie oder nicht ausreichend an Kindern und Jugendlichen geprüft worden sind, obwohl diese mit Arzneimitteln behandelt werden.

Die neue Verordnung setzt neue Anforderungen an die Zulassung von neuen oder noch unter Patentschutz stehenden Arzneimitteln, mit dem Ziel, Arzneimittel die bei Kindern angewendet werden, sorgfältig und umfassend für diese Anwendung vor einer Zulassung zu prüfen. Bei einem anzunehmenden negativen Nutzen-Risiko kann ein Arzneimittel von dieser Forderung freigestellt oder zurückgestellt werden. Für bereits zugelassene Arzneimittel wird eine umfassende Erfassung von vorhandenen Informationen zu Arzneimitteln gefordert.

Neben der Forderung zur Durchführung von klinischen Prüfungen an Kindern für die sichere Anwendung von Arzneimitteln bei Kindern fordert die Verordnung auch eine erhöhte Transparenz hinsichtlich der Durchführung von klinischen Studien und

die umfassende Information des Patienten und Arztes durch die Fach- und Gebrauchsinformation. Die Verordnung verweist ausdrücklich auf die Richtlinie 2001/20/EG, welche die Rahmenbedingungen für die klinische Prüfung festlegt.

Ergebnisse aus kontrollierten klinischen Studien zur Überprüfung der Wirksamkeit und Unbedenklichkeit werden dazu beitragen, dass bestehende Wissenslücken in der Beurteilung der Risiken und des Nutzen der Arzneimittel in der Behandlung von Kindern geschlossen werden.

Die Erstellung der pädiatrischen Prüfkonzeppte bedeutet eine Änderung der Arzneimittelentwicklung für die pharmazeutische Industrie und die Beurteilung der vorgelegten Prüfkonzeppte ist eine neue Anforderung für die Zulassungsbehörde. Die Pädiatrischen Fachgesellschaften und die Kinderärzte müssen in Zukunft vermehrt in diese Aufgabe eingebunden werden.

Die Einführung der klinischen Prüfung von Arzneimitteln in der pädiatrischen Population durch die EU-Kinderarzneimittelverordnung setzt neue Kriterien der Nutzen- und Risikoabwägung für die Arzneimitteltherapie im Kindesalter und ist eine neue innovative Anforderung sowohl an die Kinderärzte als auch an die Arzneimittelindustrie und die Zulassungsbehörde. Mit der Umsetzung der Verordnung wird die Arzneimitteltherapie bei Kindern in Zukunft einen besseren Standard im Hinblick auf die Wirksamkeit und Sicherheit vorweisen.

Bundesinstitut für Arzneimittel
und Medizinprodukte

www.bfarm.de

Podiumsdiskussion: Europäische Flüchtlingspolitik im Fokus



Michael Tetzlaff, Heinz Knoche, Gabriele del Grande, Dolmetscher, Moderatorin Vera Gaserow, Heinz J. Zenker (v.l.n.r.)

Die Auswirkungen der europäischen Flüchtlingspolitik haben im Mittelpunkt einer Podiumsdiskussion gestanden, die im Rahmen eines Empfangs am 24. Oktober in der Ärztekammer Berlin stattfand. Der Empfang war der feierliche Höhepunkt des diesjährigen Humanitären Kongress, der zum zehnten Mal veranstaltet wurde. Rund 100 geladene Gäste verfolgten die Diskussion, die von Kammerpräsident

Dr. med. Günther Jonitz eröffnet wurde. Er stellte die Rolle des Kongresses als DIE Plattform für alle Fragen rund um die humanitäre Hilfe heraus. Jonitz betonte, dass humanitäre Hilfe ein wesentlicher Punkt ärztlicher Arbeit sei. „Für die Ärztekammer Berlin ist es deshalb selbstverständlich, den Kongress zu unterstützen“, erklärte er. Veranstalter des Kongresses sind neben der Ärztekammer

Berlin Ärzte ohne Grenzen, Ärzte der Welt, Medair und das Deutsche Rote Kreuz.

Gesundheitsstaatssekretär Dr. Benjamin-Immanuel Hoff dankte dem Kongress in seinem Grußwort für seine langjährige richtungsweisende Arbeit. Seiner Ansicht nach besitzt Berlin aus seiner Geschichte heraus eine besondere Verantwortung für Flüchtlinge. Noch gebe es viele offene Fragen, so zum Beispiel bei der Übermittlungspflicht von öffentlichen Krankenhäusern an Sozialämter bei der Behandlung von Patienten ohne Papiere. Hoff forderte die Vertreter der Nicht-Regierungsorganisationen auf, ihre Ideen an die Senatsverwaltung heranzutragen.

Als Vertreter der Bundesregierung widersprach Ministerialdirigent Michael Tetzlaff, Leiter der Unterabteilung Migrations-, Integrations und Asylpolitik - Europäische Harmonisierung beim Bundesinnenministerium, dem Vorwurf, die EU schotte sich gegenüber Flüchtlingen ab. Es sei als Erfolg zu werten, dass sich die 27 EU-Mitgliedsstaaten auf Mindeststandards bei der Behandlung von Flüchtlingen haben eini-

gen können. Der italienische Journalist und Autor Gabriele del Grande („Mamadous Fahrt in den Tod“) betonte, dass die rund 13.000 Menschen, die in den vergangenen 20 Jahren auf dem Weg nach Europa den Tod fanden, ein eindeutiger Beleg für die „Festung Europa“ seien. Heins Knoche, Leiter des Migrations- und Integrations-Teams beim Generalsekretariat des Deutschen Roten Kreuzes, vertrat die Auffassung, dass die seit Anfang der 90er Jahre bestehende Dritt-Staaten-Regelung unter anderem für die „Festung Europa“ verantwortlich sei. Bei den Flüchtlingen im Mittelmeer werde nicht sortiert, sondern fast ausschließlich nur zurückgewiesen.

Professor Dr. Heinz Jochen Zenker von Ärzten der Welt erklärte, dass die in Deutschland bestehende Übermittlungspflicht ein Teil der Abschottungspolitik sei. Und Del Grande zeigte sich überzeugt, dass erst die bestehenden Gesetze aus Flüchtlingen „Illegale“ machen.

Im Anschluss an die Podiumsdiskussion nutzten die Teilnehmer die Gelegenheit, sich bei Sekt und Snacks im Foyer der Kammer intensiv auszutauschen.



Autor Gabriele del Grande

Qualitätszirkel

Strukturierter Lehre in Praxen

Zur Unterstützung von Kolleginnen und Kollegen in hausärztlichen Praxen, die Studierende ausbilden oder künftig ausbilden möchten, bietet die ÄKB einen Qualitätszirkel (QZ) an. In ca. 8 Sitzungen (1 x Monat) werden Themen zur Entwicklung und Durchführung von Lehrinhalten für die Ausbildung von PJ-Studenten, Blockpraktikanten und Famulanten erörtert. Im Rahmen des QZ wird die Vermittlung spezifischer allgemeinmedizinischer Inhalte vertieft und weiterentwickelt. Bei Bedarf werden zu einzelnen Themen Referenten eingeladen. Der QZ wird in Zusammenarbeit mit dem Institut für Allgemeinmedizin der Charité, Arbeitsbereich Lehre durchgeführt.

Starttermin:

Mittwoch, 21.01.2009, 17.00 Uhr, Ort: Ärztekammer Berlin,

Moderation des QZ:

Dr. med. Elke Tolsdorf, FÄ für Allgemeinmedizin

Informationen und Anmeldung:

Tel.: 40806-1401, E-Mail: r.drendel@aekb.de,

Maximal 15 Teilnehmer, Anmeldung erforderlich!

Gewalt

In Pflegesituationen brechen alte Familienkonflikte wieder auf

Mit dem Thema „Aggression und Gewalt in der häuslichen Pflege“ hat sich eine gut besuchte Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin am 28. Oktober beschäftigt. Initiiert hat sie der Menschenrechtsausschuss der Kammer mit Blick auf die wachsende Bedeutung des Themas in der Praxis niedergelassener Ärzte.

70 % aller zu pflegenden alten Menschen werden zuhause von Angehörigen betreut. Was diese häufig mit besten Vorsätzen begannen, erweist sich im Laufe der Zeit als tückische Marathonaufgabe. Immerhin beträgt die durchschnittliche Pflegedauer in Deutschland 10 Jahre, eine lange und überaus anstrengende Zeit.

Viele Angehörige unterschätzen dabei die Dynamik alter Familienkonflikte, die in jede Pflegesituation hineinspielen können und oft eine Spirale von Gewalt und Frustrationen auslösen. Nicht immer sind die altersverwirrten und pflegebedürftigen Mütter und Väter dabei nur unschuldige Opfer. Durch oft gar nicht bewusste, über Jahrzehnte angewöhnte Verhaltensweisen gießen sie bei den pflegenden Kindern Öl ins Feuer und heizen eine hochaufgeladene Situation damit noch zusätzlich an, so Gabriele Tammen-Parr, Sozialpädagogin und Familientherapeutin bei der Beratungsstelle „Pflege in Not“. In Folge kann es zu verschiedensten Formen von Gewalt in der Pflege kommen. Zu tagelangen schneidenden Vorhaltungen, Demütigungen, zuweilen auch zu Schlägen, Tritten oder Vernach-

lässigung. „Die Nähe, die Pflege erzwingt, ist den Beteiligten oft zu viel“ so Tammen-Parr weiter. Aber nicht nur in der Konstellation Eltern/Kinder, auch unter Ehepartnern kann es in der Pflegesituation zu Problemen kommen. Hier ist es vor allem der Abschied von gemeinsamen Träumen und der unerwartete Rollentausch, der die Situation belastet.

Was können Ärzte tun?

Ärzte, so bestätigten die Experten auf dem Podium, können für betroffene Familien eine große Hilfe sein. Schon allein Sensibilität und Aufmerksamkeit für aggressive und emotional aufgeladene familiäre Pflegesituationen können viel bewirken.

- Im zweiten Schritt könnten Hausärzte offensichtlich überlastete Angehörige auf ihre Situation ansprechen und zum Beispiel mit der Telefonnummer der Beratungsstelle „Pflege in Not“ versorgen (www.pflege-in-not-berlin.de). „Pflege in Not“ schickt Ärzten auf Anfrage Flyer für die Praxis zu, die ausgewählten Angehörigen nach kurzem Gespräch mitgegeben werden können.

- Eine gute Kommunikation mit anderen betreuenden Einrichtungen, wie zum Beispiel den ambulanten Pflegediensten – ist ebenfalls sehr hilfreich. In Einzelfällen haben sich hier auch institutionenübergreifende Fallbesprechungen bewährt.

- Unabhängig vom Thema „Gewalt“ wünschten sich die Experten auf dem Podium in

Einzelfällen mehr Hausbesuche für Demenzkranke oder – falls sich dies organisatorisch nicht machen lässt – zumindest eine feste Terminvergaben für Demenzkranke und ihre Angehörige. Damit können lange Wartezeiten – bei diesem Patiententyp rein praktisch kaum durchführbar – vermieden werden.

- Statt des Griffes zum Rezeptblock sollte zum Beispiel bei unruhigen Patienten lieber außerfamiliäre, professionelle Unterstützung vorgeschlagen werden. Gerade bei Angehörigen, die Hilfe von außen aufgrund eigener Schuldgefühle verweigern, kann die ärztliche Autorität helfen, sie doch anzunehmen.

Fortbildung

Impfungen in der Praxis

Samstag, 6. Dezember 2008, 9:00-17:30 Uhr

Praxisrelevantes Tagesseminar zu den aktuellen STIKO-Empfehlungen und den allgemeinen Grundlagen (von Aufklärung bis Impfversager), Nutzen-Risikoabwägung in der Schwangerschaft, Reiseimpfungen und praxisrelevante Fragen.

Veranstalter:

Dr. med. Christian Schönfeld, Leiter der Reisemedizinischen Abteilung Institut für Tropenmedizin
Berliner Betrieb für Zentrale Gesundheitliche Aufgaben in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin

Kursgebühr:

100 € (inkl. Verpflegung);
Anmeldung erforderlich!

Veranstaltungsort:

Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16,
10969 Berlin

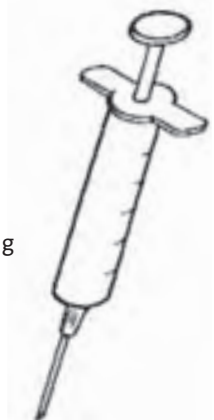
Information/Anmeldung:

Ärztekammer Berlin, Abteilung Fortbildung
Tel.: 408 06-1215, Fax: 408 06 1399
E-Mail: fb-aag@aekb.de

Die Veranstaltung ist mit 10 Fortbildungspunkten durch die Ärztekammer Berlin anerkannt.



Mehr zum Thema und wichtige Hinweise zu sogenannte Gewalt-Prädiktoren bietet die Broschüre „Gewalt in der Pflege älterer Menschen“. Zu bestellen ist sie zum Preis von 3,50 Euro incl. Versand bei: Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg Paulsenstr. 55-56, 12163 Berlin Tel. 030/ 82097-203 (Frau Michel), michel.r@dwbo.de



Kindergesundheit in Berlin am Beispiel FRIEDRICHSHAIN-KREUZBERG

Was ist Kindergesundheit in Berlin heute? Wir wissen, dass wir nicht mehr über Dinge wie Diphtherie oder eine Säuglingssterblichkeit von 41 %¹ (in Berlin, 1871) reden müssen. Auch das ärmste Kind bekommt heute eine Herztransplantation. Kinder aus den armen und bildungsfernen Familien der Kreuzberger Türken und Araber sind um Längen besser gegen Hepatitis B geimpft (94 %) als ihre deutschen Pendants aus oft akademischen Familien (67 %). Trotzdem steht Kindergesundheit im Fokus, es erscheinen zahlreiche Publikationen, und eigentlich wird immer irgendwo gerade eine Aktion zur Verbesserung der Kindergesundheit gestartet, sei es im Kiez oder von ministerieller Hand. Gleich bleibend auch der Tenor der Akteure: Trotz einzelner Erfolge ist ihre Prognose pessimistisch.

Von Dietrich Delekat



Spätestens seit der Einführung von Public Health ist es ins breite Bewusstsein gedrungen, dass die Sorge um die Gesundheit unserer Kinder heute auf anderen Feldern stattfindet als auf dem der somatischen Medizin. Selten klagt jemand aus der kinderärztlichen Praxis über schwer lösbare medizinische Fälle; aber alle Kinderärzte/innen in sozial belasteten Gebieten berichten von Kindern, bei denen sie sich wegen der familiären und sozialen Lage größte Sorgen um deren Wohlergehen und Zukunft machten². Angesichts der geringen Einwirkungsmöglichkeiten fühlt man sich in seiner Rolle in einem kassenärztlichen System überfordert. Diese bei immer mehr Kindern bedrohte „Gesundheit“ definiert sich als die Chance, sich in einer fördernden Umgebung geborgen zu entwickeln und die notwendigen Fähigkeiten zu erwerben, einen Platz in der Gesellschaft zu finden und ein bereicherndes und zufriedenes Mitglied unserer Gesellschaft zu werden. In der immer rigider nach Qualifikation selektierenden Wissensgesellschaft sind die Schlüssel hierzu Bildung und soziale/emotionale Integrationsfähigkeiten, die über den Lebenserfolg eines Kindes entscheiden.

Es ist nicht zu übersehen, dass eine wachsende Anzahl von Familien nicht mehr in der Lage ist, diese gesunden Bedingungen für ihre Kinder zu gewährleisten. Als Schlüsselstätten für Gewährleistung der neuen Form der Gesundheitssicherung richtete sich die Aufmerksamkeit von Öffentlichkeit und Politik daher verstärkt auf die Schulen und die vorschulischen Betreuungseinrichtungen, die möglichst all die von zuhause mitgebrachten Defizite beseitigen und die geforderten Fähigkeiten vermitteln sollten. 2004 erließ der Berliner Senat ein neues Schulgesetz, das – kurz und überspitzt formuliert – sehr zeitgemäß war: Modern, ehrgeizig – und selbstverständlich durfte es nicht mehr kosten als bisher. Diese Kombination hat bisher nicht in allen Fällen

für gesündere Verhältnisse gesorgt. Und auch die Kitas sind nicht in der Lage, alles zu richten, was sie richten sollen; insbesondere nicht, wenn es auch da nicht mehr kosten darf.

Der nachfolgende Artikel will einige Aspekte und Daten über die sozialen Bedingungen beisteuern, unter denen Kinder an den Start in ein „gesundes“ Leben gehen.

Die Daten für Kindergesundheit

Die im Weiteren verwendeten Daten stammen aus den Einschulungsuntersuchungen (ESU) in Friedrichshain-Kreuzberg. Diese Daten werden berlinweit von allen Bezirken standardisiert nach einem einheitlichen Landesverfahren erhoben, das der Verfasser ab dem Jahr 2000 in der Senatsverwaltung für Gesundheit entwickelt hat. Seitdem konzentriert sich die ESU vorrangig auf visuomotorische, sprachliche, kognitive, emotional-soziale und Wahrnehmungsfähigkeiten – alles Dinge, die für den Schulerfolg wesentlich sind. Für die methodischen Details zu den Daten – insbesondere zu den wichtigen Variablen „Herkunft“, „Soziale Schicht“ und „Sprache“ – wird auf die frei zugängliche Literatur verwiesen^{3,4}. Im Folgenden meinen Nationalitätsangaben immer die kulturelle Herkunft der Kinder, unabhängig von den Passverhältnissen. Alle Daten beziehen sich auf Kinder zwischen 5 und 6 Jahren.

Staatsangehörigkeit und Herkunft

Wenn wir über Kindergesundheit als heute vorrangig sozialem Begriff sprechen, und dass dessen erste und vielleicht entscheidende Prägung in der Familie erfolgt, dann müssen wir in einer Stadt wie Berlin den kulturellen Kontext der einzelnen Familien als eine der wichtigsten Determinanten unter-

suchen. Aus welcher Kultur kommen die Eltern der Berliner Kinder? Durch eine hohe Zahl von Einbürgerungen und das neue Staatsangehörigkeitsgesetz von 2000 sind die formalen Passverhältnisse mittlerweile völlig ungeeignet, diese grundlegende Frage zu beantworten. Man muss aber wissen, dass genau diese Staatsangehörigkeitsangaben (noch) die Grundlage für die allermeisten Statistiken bilden, obwohl den meisten Akteuren bewusst ist, dass sie die Realität nicht mehr abbilden.

Um dies exemplarisch zu veranschaulichen, ist der Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg vielleicht der interessanteste Bezirk Berlins. Er ist der einzige Bezirk, der aus einem ehemaligen Ost- und Westbezirk besteht (der Bezirk Mitte hat mit dem Altbezirk Mitte soziologisch keinen echten „Ostbezirk“), was aufschlussreiche Vergleiche von Kindergesundheit erlaubt.

Die beiden Diagramme zeigen die kulturelle Zusammensetzung von Kreuzberg. Abb. 1 zeigt die Staatsangehörigkeitsverhältnisse nach Pass, also das Bild, das den meisten Statistiken zugrunde liegt. Demnach besteht in Kreuzberg eine deutsche Mehrheitsgesellschaft von 84 %, die türkischen Kinder machen nur 6 %, die arabischen nur 3 % aus. Abb. 2 zeigt hingegen die Realität: Die Kinder deutscher Herkunft bilden nicht nur eine Minderheitsgesellschaft von weniger als einem Drittel (31 %), sondern stellen nicht einmal mehr die größte Herkunftsgruppe (türkische Kinder: 39 %). Da die arabischen Kinder 9 % ausmachen, bilden Kinder aus islamischen Familien eine Mehrheitsgesellschaft von fast 50 %. Zudem verteilen sich die einzelnen Ethnien nicht gleichmäßig über das Kreuzberger Stadtgebiet: In den vier Verkehrszellen Mehringplatz, Moritzplatz, Mariannenplatz und Wiener Straße bilden die türkischen Kinder mit 50 % die absolute Mehrheitsgesellschaft, die arabischen machen weitere 14 % aus, so dass zwei Drittel aller Kinder dort von der islamischen Kultur

geprägt aufwachsen. 20 % in dieser Region verbliebenen deutschen Kindern fällt die Aufgabe zu, die Folie für die Integration von 80 % Kindern nicht-deutscher Herkunft in die deutsche Gesellschaft abzugeben.

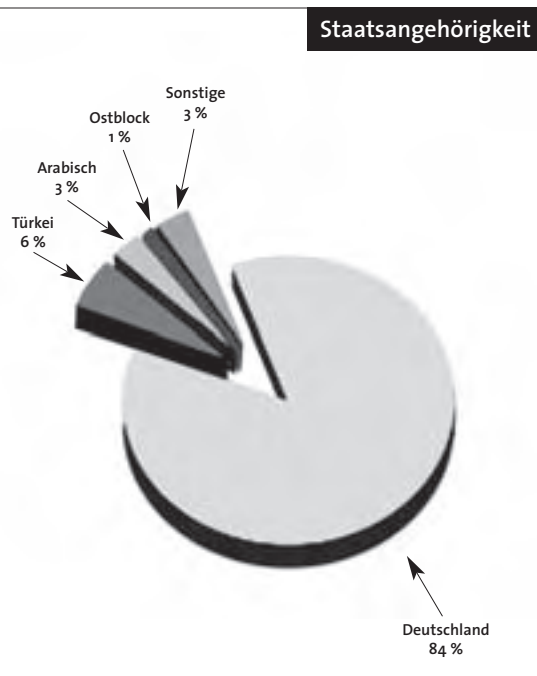


Abb. 1

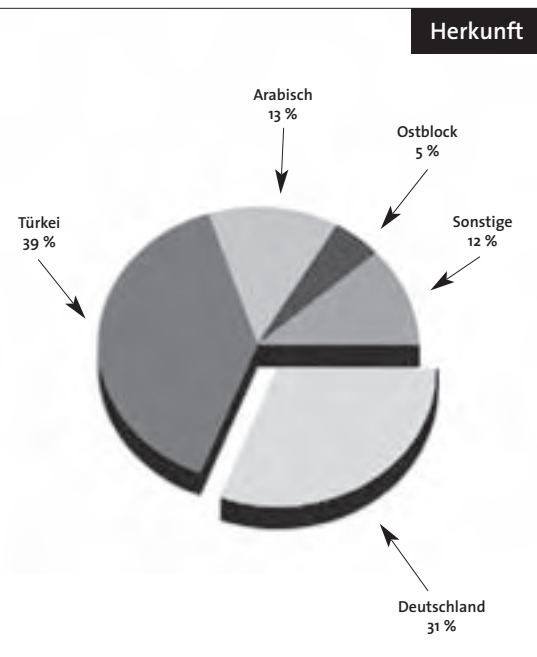


Abb. 2

Diese Diskrepanz hat große Auswirkungen auf die Qualität der gesellschaftlichen Diskussion, da die Diskussionsdaten aus Quellen mit verschiedener Systematik bezogen werden. Im jugendamtlichen/schulischen und im polizeilichen Bereich gibt es ebenfalls nach Herkunft differenzierende Statistiken, aber im Wesentlichen existierte zumindest bis vor kurzem außer der ESU keine systematische, vollständige und kontinuierliche Erfassung der realen Herkunftsverhältnisse. Der Hauptlieferant von Daten, das Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, kann erst seit allerjüngster Zeit einige Daten anbieten; immerhin erfasst der Mikrozensus seit 2005 (!) den Migrationsstatus. Zudem ist der Widerstand gegen eine solche Differenzierung erst seit relativ kurzer Zeit einigermaßen abgeflaut; noch bei der erstmaligen Einführung in die Gesundheitsberichterstattung der Senatsverwaltung für Gesundheit 2003 war sie alles andere als unumstritten. Auch das Ringen um sprachliche Korrektheit war mühevoll. Motor für dieses Umdenken waren die nicht mehr zu verleugnenden großen Probleme und Konflikte: Der Landesvorsitzende der Gewerkschaft der Polizei berichtete⁵, der Anteil von jugendlichen Migranten bei Gewalt- und Intensivtättern liege bei 50 bis 80 %, Teile von Wedding, von Tiergarten, von Schöneberg und Kreuzberg sowie Neukölln-Nord seien nicht mehr zu retten; ähnlich äußerte sich Roman Reusch, Oberstaatsanwalt in Berlin⁶.

Ausnahmslos alle diese Jugendlichen wurden als fünfjährige Kinder vom KJGD gesehen, als sie sich anschickten, den Start in die Qualifikationsgesellschaft anzutreten, und dies in aller Regel fröhlich und optimistisch. Bei nicht wenigen dieser Kinder war aber schon zu diesem Zeitpunkt zu ahnen, dass der weitere Weg nicht so freundlich verlaufen würde.

Überquert man die Spree nach Friedrichshain hinein, so betritt man nahezu eine andere Welt. 75 % aller Kinder sind deutscher Herkunft, alle anderen

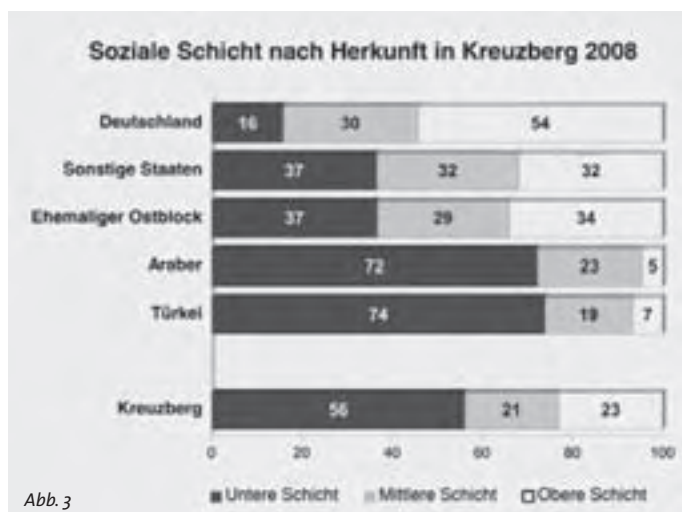
Gruppen sind sehr klein, die (durchaus heterogene) Gruppe der Osteuropäer ist mit 7 % noch die größte. Die Kinder nichtdeutscher Herkunft sprechen deutlich häufiger gut Deutsch als in Kreuzberg (70 % zu 60 %). Ihre Sozialstruktur liegt im Berliner Durchschnitt, während in Kreuzberg die Bildungs-Unterschicht dominiert (s. Seite 17). Leider bedeutet dies nicht, dass Kinderschutz nicht auch in Friedrichshain ein brennendes Thema wäre; die Lage ist in mancher Hinsicht sogar ungünstiger als in Kreuzberg.

Soziale Schicht

Neben den kulturellen sind es vor allem die sozialen Bedingungen, die das Aufwachsen eines Kindes maßgeblich prägen. Hier nimmt die Bildung der Eltern eine hervorragende Stellung ein, nach dem Satz „Bildung ist für Kinder wichtiger als Geld“. Eine gute Illustration hierfür ist der Altbezirk Prenzlauer Berg, der im Berliner Sozialstrukturatlas⁷ beim Sozialindex (gute Korrelation mit Sozialhilfebezug) auf dem 18. Platz von 23 Altbezirken steht, im Statusindex (gute Korrelation mit Bildung) jedoch auf dem ersten; und der als besonders kinderfreundlich gilt.

Die Variable „Soziale Schicht“ wurde daher so konstruiert, dass sie weitgehend den Bildungsgrad (ca. 2/3) der Eltern reflektiert, und in geringerem Maße deren Arbeitslosigkeit (ca. 1/3). Die drei Schichten sind rein mathematisch gedrittelt konzipiert, so dass in ganz Berlin Ober-, Mittel- und Unterschicht jeweils 33 % stark sind.

Ein Blick auf die sozialen Verhältnisse in Kreuzberg zeigt, dass die soziale Situation sich stark nach der Herkunft sortiert, gleichsinnig gerichtet ist, und daher die Lage im Bezirk noch zuspitzt. Die türkischen und arabischen Familien sind charakterisiert durch eine (Bildungs-)Unterschicht, die nahezu 75 % beträgt; vor allem aber auch durch das fast völlige Fehlen einer Oberschicht (5-7 %), die als Vorbild dienen könnte.



Bei den deutschen Familien jedoch dominiert das akademische Klientel, das mit 54 % fast Zehlendorfer Werte erreicht. Letzteres sorgt dafür, dass Kreuzberg sich etwas „Pittoreskes“ behalten hat, ein Ausgleich, der beispielsweise in Nord-Neukölln fehlt und dort für eine desolate Lage sorgt. Alle anderen Gruppen sind im Berliner Mittel. Wenn man überlegt, wie gering bereits der soziale Kontakt der Deutschen zwischen Ober- und Unterschicht ausgeprägt ist, dann kann man abschätzen, wie durchlässig die Grenzen zwischen den ethnischen Gruppen sind, wenn noch große kulturelle Unterschiede hinzukommen.

In Friedrichshain ist die soziale Schichtung bei den Deutschen sehr ähnlich wie in Kreuzberg, jedoch sind die Nicht-deutschen nach Anteil und Sozialstruktur sehr verschieden, so dass eine unvergleichlich günstigere Situation resultiert. Es muss angemerkt werden, dass hier jedoch ein weiterer Faktor wirkt, nämlich eine große räumliche und soziale Mobilität. Die Sozialstruktur hat sich hier binnen weniger Jahre erheblich verändert, Familien sind hinzugezogen und die Zahl der Geburten ist stark angewachsen; der Jahrgang 2007 ist gegenüber 2001 um nicht weniger als 70 % gestiegen. Und dennoch hat Friedrichshain – wie oben erwähnt – seine spezifischen Probleme, die aus den

Durch die fehlende Oberschicht bei türkisch- und arabischstämmigen Familien gibt es keine Vorbilder.

Zahlen nicht ablesbar sind. Die Sozialarbeiterinnen vom Kinderschutz berichten: Während in Kreuzberg vor allem viele Migranteneltern sich nicht um Förderung und Bildung der Kinder kümmern, so besteht doch eine emotionale Bindung an sie. In Friedrichshain fehlt dies bei problematischen jungen – oft deutschen – Müttern, die selbst keine Bindung erfahren haben, und die – Zitat einer Kinderärztin – ihre Kinder „behandeln wie ein tiefgefrorenes Backhendl“. Während die einen ihre Kinder verkommen lassen, aber vor Gericht mit Zähnen und Klauen gegen einen drohenden Sorgerechtsentzug kämpfen (ohne allerdings ihr Verhalten gegenüber den Kindern zu ändern), knallen die anderen ihre kleinen Kinder den Jugendamtsmitarbeitern hin mit der Haltung, „Macht damit, was ihr wollt.“ Das Jugendamt steht zwischen Skylla und Charybdis.

Gestörte Entwicklung

Welche Auswirkungen haben die verschiedenen sozialen Verhältnisse auf die Entwicklungschancen der Kinder? Bereits das Startterrain ist sehr verschie-

den. In den bildungsfernen Haushalten waren die Väter in 34 % arbeitslos und arbeiteten in weiteren 21 % nur Teilzeit, was meist als verdeckte Arbeitslosigkeit gelten darf; bei den Bildungshaushalten arbeitete der Vater nur in 11 % Teilzeit, und arbeitslos war 2008 keiner. Unversorgte Zähne (Karies oder gar Extraktionen) haben 25 % der Unterschichtkinder, aber nur 5 % derer aus der Oberschicht. Fast 60 % der ersteren müssen mit Rauchern in einem Haushalt leben, von den letzteren nur 22 %. Was für Unterschiede finden wir nun in der Entwicklung dieser Kinder?

Nehmen wir hier die Testergebnisse⁸ der ESU im Bereich der visuellen Wahrnehmung. Dies ist eine angeborene, universelle Fähigkeit von Kindern, die allerdings verkümmert, wenn sie nicht durch altersgerechte Anregung entwickelt wird. Bei der oberen sozialen Schicht sind es 19 % der Kinder, die keine altersgerechten Ergebnisse zeigen, bei der unteren jedoch nicht weniger als 40 %. Das sind enorme Unterschiede. Die Feinanalyse nach Herkunft zeigt, dass in der unteren sozialen Schicht bei den deutschen und türkischen Kindern knapp 40 %, bei den arabischen und osteuropäischen jedoch über 50 % keine altersgerechten Fähigkeiten aufweisen. Bei der ebenfalls für die Schulbewältigung grundlegend wichtigen Visuomotorik sind 16 % der oberen Schicht nicht altersgerecht, bei

Motorische und sprachliche Fähigkeiten bei Kindern mit nicht-deutscher Herkunft oft stark unterentwickelt.

der unteren jedoch 43 %. Über 40 % der Unterschichtkinder haben Artikulationsfehler, über 30 % Probleme mit der Körperkoordination. Bei anderen Fähigkeiten sieht es ähnlich aus. Die Empfehlung für den so genannten Sonderpädagogischen Förderbedarf (was in der Regel den Besuch einer Sonderschule oder den Status als Integrationskind in einer Regelklasse bedeutet) ergeht bei Kindern der Unterschicht vier Mal so häufig wie bei denen der Oberschicht; 70 % der Kinder mit einer solchen Empfehlung stammen aus der Unterschicht. Die Liste lässt sich lang fortsetzen.

Die Kita als Allheilmittel?

Wie kann es sein, dass so kleine Kinder bei so basalen Fähigkeiten sich bereits derartig nach dem Einfluss der Bildungsschicht sortieren? Wir erleben gerade wieder eine der zahlreichen Neuauflagen von Diskussionen über den selektierenden Einfluss der Organisation der weiterführenden Schulen, jedoch zeigt sich hier bereits ein gewaltige Selektion nach Fähigkeit, bevor die Kinder überhaupt in die Grundschule kommen. Woher können so große Unterschiede kommen? Der Fokus richtet sich hier seit geraumer Zeit auf die Kitas, bei denen immer mehr der Anspruch erhoben wird, dass sie sich von einer Betreuungs- zu einer vorschulischen Bildungsstätte wandeln sollen. Sie werden – aus der wachsenden Not geboren – immer mehr in die Rolle eines Allheilmittels gegen die entwicklungsverzögerten Kinder aus sprachlosen, bildungsfernen Familien erhoben. Sie sollen alle hemmenden Einflüsse reparieren und neutralisieren, so dass später diese Kinder mit ihren Altersgenossen aus sprachlich, intellektuell und musisch anregenden akademischen Elternhäusern konkurrieren können, gemessen am

liebsten an Abiturs- und Studiumsprozentzahlen. Als ein großer Hemmschuh galt hierbei der mangelnde Kitabesuch, was unter anderem zu dem Senatsbeschluss von 2006 – einem Wahljahr – führte, das letzte Kitajahr vor der Einschulung kostenlos zu machen. In Kreuzberg – einem Problembezirk – betrug zu diesem Zeitpunkt (2006) der Prozentsatz an Kitabesuch zum Zeitpunkt der Einschulung bei deutschen Kindern jedoch knapp 99 %, bei türkischen 98 %. Bei arabischen Kindern waren es zwar nur 90 %, dies waren absolut aber nur 7 Kinder. In Friedrichshain sah es ähnlich aus. Es war also bereits damals völlig klar, dass man schon rein mathematisch nicht nennenswert mehr Kinder in die Kita holen konnte, weil sie bereits schon alle dort waren. Es erstaunt nicht, dass nach einem Jahr das Fazit gezogen wurde, dass für 500 Kinder mehr in der Kita 12 Millionen Euro ausgegeben wurden, ohne dass es etwas gebracht hätte und insbesondere Problemfamilien erreicht worden wären.⁹ Diese Maßnahme hat die Situation der Kinder aus bildungsfernen Schichten also nicht verbessert.

Ein anderer Ansatzpunkt wäre die Dauer des Kitabesuchs, die sich schon merklich nach Herkunft und sozialer Schicht unterscheidet. Weniger als zwei Jahre in die Kita gingen 8 % der oberen Schicht, aber 22 % der unteren; aufgeschlüsselt nach Herkunft lauteten die Zahlen 9 % der deutschen Kinder, aber knapp 20 % der türkischen und über 35 % bei arabischen und osteuropäischen. Hier war also Verbesserungspotenzial, und zwar über die Besuchsdauer, was auch in entsprechenden politischen Forderungen mündete.

Trotzdem: Auch die Kinder aus bildungsfernen Familien gehen in ihrer übergroßen Mehrzahl jahrelang in die Kita – woher also die großen Unterschiede bei den Tests? Sehen wir uns eine weitere Lebensbedingung unserer kleinen Kinder an, nämlich den Fernsehkonsum. Eine direkte negative Auswirkung von hohem Fernsehkonsum ist durchaus

Kita-Besuch kann mangelhafte Förderung im Elternhaus nicht ausgleichen.

nicht unumstritten, aber wir können diesen Konsum einfach einmal als Parameter für eine Tendenz in Familien nehmen, die Kinder lieber vor dem Fernseher zu parken als sich mit ihnen zu beschäftigen, oder ihnen zumindest andere kreativere Beschäftigungsangebote zu machen. In der oberen sozialen Schicht sehen nicht weniger als 24 % der Kinder überhaupt nicht fern, während dieses Verhalten in der unteren Schicht mit 2,5 % nahezu unbekannt ist. Dort sehen die fünfjährigen Kinder zu 97 % jeden Tag mindestens eine Stunde fern und zu über 50 % mindestens zwei, während in der Oberschicht fast 90 % aller Kinder dies höchstens eine Stunde tun. Das Fernsehverhalten in türkischen und insbesondere arabischen Familien ist nahezu deckungsgleich mit dem der Unterschicht. Dort besitzen auch etwa 22 % dieser kleinen Kinder einen eigenen Fernseher und damit unkontrollierten Zugang in Hinsicht auf Programme und Sehdauer. Als Letztes soll noch angemerkt werden, dass die Rate an Übergewicht in der Unterschicht fast vier Mal so hoch ist wie in der Oberschicht.

Man muss sich überlegen, ob man einfach den Kitas aufbürden kann, all diese prägenden Familieneinflüsse irgendwie zu kompensieren. Insbesondere dann, wenn sie immer knapper gehalten und ihnen immer neue Aufgaben zugeteilt werden, anstatt sie mit aller Kraft zu unterstützen. Die ESU ist eine Untersuchung gegen Ende der Kitazeit. Wenn bei ihr noch solche Defizite festgestellt werden, dann kann man dies wohl nicht einfach den Kitas anlasten, auch wenn in manchen die Qualität noch deutlich besserbar ist. Die Ursachen liegen woanders, bei den Familien, die ihren Kindern nicht mehr die notwendigsten kognitiven und emotionalen Grundlagen mit auf den Weg

geben können. Hier doktert der Staat herum, ohne sich dazu durchringen zu können, massiv in diesen Bereich zu investieren, Forderungen an die Eltern zu stellen und auch durchzusetzen; und die vernachlässigten und ungeforderten Kinder systematisch aufzuspüren und ihre gesunde Entwicklung sicher zu stellen, wenn die Eltern dazu nicht willens oder in der Lage sind.

Die Situation bei Migrantenkindern

Besonders deutlich werden die Probleme bei den Migrantenkindern sichtbar, die in Kreuzberg die Mehrheitsgesellschaft von 70 % stellen. Bei dieser Gruppe treten die Probleme von Benachteiligung durch Bildungsferne besonders deutlich hervor, verschärft noch durch das Problem des deutschen Spracherwerbs. Dieser besteht, obwohl die Kinder von Anfang an in Deutschland leben: 99 % der türkischen und 98 % der arabischen Kinder sind hier geboren, insgesamt in Kreuzberg 97 %, also praktisch alle. In Friedrichshain sind die Prozentzahlen geringer; dies bedeutet aber wegen des viel geringeren Migrantenanteils absolut nur 15 Kinder der gesamten Jahrgangskohorte, die nicht hier geboren sind, und nur 7 davon leben weniger als drei Jahre hier. Mit anderen Worten: Fast alle Kinder wachsen in Berlin auf, und müssten daher

problemlos Deutsch sprechen – die Sprache, ohne die es in der deutschen Umgebungsgesellschaft kein Fortkommen gibt.

Dennoch, trotz Geburt in Berlin und deutscher Staatsangehörigkeit sprechen Migrantenkinder oft kein Deutsch, das für den ungehinderten Bildungserwerb in der Schule ausreichen würde. Abb. 5 zeigt, dass es wieder die türkischen und arabischen Kinder sind, die fast zur Hälfte kein bildungserwerbsfähiges Deutsch sprechen. Die Kinder aus Osteuropa und – in geringerem Maße – alle anderen Migrantenkinder liegen günstiger.

Aufgrund dieser allgemein bekannten Tatsache wird größtes Gewicht darauf gelegt, diesen Kindern zum deutschen Spracherwerb zu verhelfen. Diese Bemühungen sind gar nicht so selbstverständlich, denn klassische Einwandererländer wie Kanada oder Australien erwarten zunächst einmal von den Migrantenfamilien selbst die größten Anstrengungen, die Landessprache zu lernen. Diese Erwartung wird in Berlin zwar verbal, aber nicht mit Konsequenz gestellt. Selbst völlig fehlende Sprachkenntnisse bei hier geborenen Migrantenkindern bedeuten keinerlei Konsequenz für die Eltern, sondern für den Staat, der als einzige Reaktion sich in der Pflicht sieht, mit großem Aufwand für die Eltern einzutreten und das Versäumte nachzuholen. Diese Haltung charakterisierte eine Jugendrichterin als „eine

Spracherwerb ist die grundlegende Voraussetzung für gesellschaftliche Teilhabe.

*Anspruchshaltung ..., nach der die Deutschen erstmal immer in Vorlage gehen müssen und die kulturellen Gegebenheiten dieser Familien kennenlernen und akzeptieren sollen“.*¹⁰ Diese Form von Bemühen um eine politisch einwandfreie Haltung gegenüber Migranten bewirkt jedoch eher, dass diese ins Abseits geraten, aus dem sich die meisten dann nicht mehr befreien können: 40 % der türkischen Migranten sind arbeitslos, 75,3 % ohne Berufsabschluss; eine Lehre oder einen Fachschulabschluss haben nur 21,6 %, und nur 3,1 % studieren¹¹. Die Grundlagen hierfür werden bereits vor Schuleintritt gelegt!

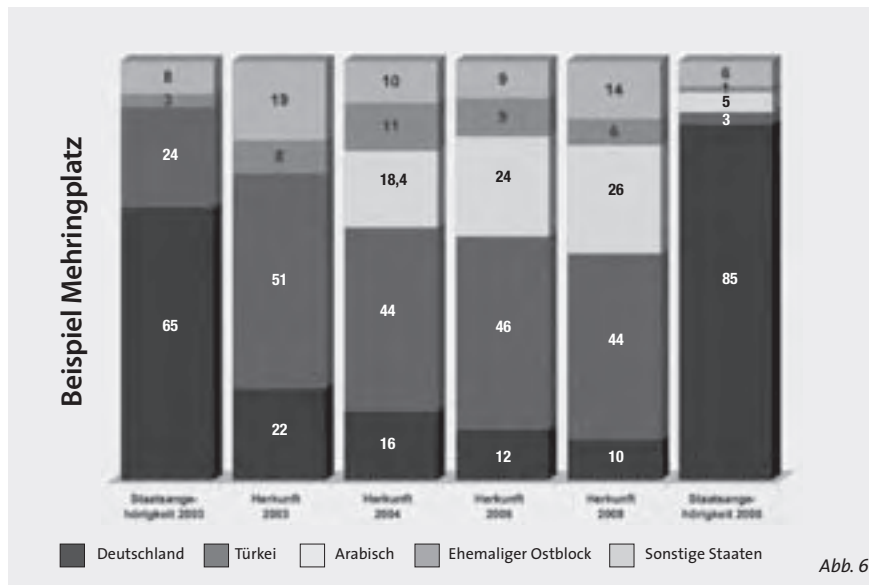
Beispiel Mehringplatz

Als ein Beispiel, wie sich innerhalb kürzester Zeit unter den Augen der Gesellschaft Bedingungen für Kinder rapide verschlechtern können, soll hier die Verkehrszelle Mehringplatz vorgestellt werden. Dort beträgt eine Jahrgangskohorte ungefähr 250 Kinder, deren Herkunftsverhältnisse im zeitlichen Verlauf von 2003–2008 in Abb. 6 dargestellt sind.

Zunächst einmal zeigt die erste (linke) Säule des Diagramms sozusagen die offizielle Sicht, nämlich die Staatsangehörigkeitsverhältnisse nach Pass (2003). Dies ist die Sicht, die sich mangels differenzierender Daten den Betrachtern darbietet. Danach stellt sich die Lage durchaus günstig dar: Bei einer Mehrheitsgesellschaft von zwei Dritteln deutscher Kinder stehen für jedes Ausländerkind zwei deutsche Kinder bereit, um für Integration in Sprache und Kultur zu sorgen.

Die Realität zeigt die nächste Säule. In Wirklichkeit stellten die Kinder türkischer Herkunft 2003 die Mehrheitsgesellschaft, jedem der 22 % Kinder deut-





scher Herkunft standen vier anderer Herkunft gegenüber. Man kann sich leicht ausrechnen, welche Konsequenzen es für eine Beurteilung der Situation haben kann, wenn Datenlage und Realität derart auseinanderklaffen. Immerhin gehörten von den Kindern deutscher Herkunft fast 80 % der Mittel- oder Oberschicht an. Und auffällig war, welche guten Deutschkenntnisse die türkischen Kinder trotz ihrer zahlenmäßigen Dominanz hatten. Bei einem Besuch vor Ort in der zuständigen Grundschule erklärten Lehrerinnen und Rektorin unisono, es handle sich um eine täuschende Momentaufnahme, das Gebiet sei sozial im freien Fall, wofür sie den Auszug deutscher Eltern aus den IBA-Wohnungen wegen der Fehlbelegungsabgabe verantwortlich machten. Die bisher fünfjährige Nachuntersuchung bestätigt das Urteil der Lehrerinnen. Der Anteil der deutschen Kinder liegt nunmehr bei unter 10 %. Das ab 2004 separat erhobene arabische Herkunftsmerkmal zeigt, dass auch innerhalb der Migranten ein Wandlungsprozess stattgefunden hat; türkische Familien sind weggezogen, arabische haben die Lücke gefüllt; sehr wahrscheinlich gab es auch Austauschprozesse innerhalb der türkischen Gemeinschaft. Das Bildungsniveau der verbliebenen Kinder deutscher Herkunft hat sich mit 57 % Unterschichtsanteil dem der türkischen angeglichen (64 %). Der Anteil der nicht Deutsch sprechenden

türkischen Kinder hatte sich verdoppelt, der der gut sprechenden war um 20 % zurückgegangen. Die späteren Chancen der Kinder aus diesem Gebiet können nicht optimistisch beurteilt werden. Anzumerken ist noch, dass der Anteil der Kinder mit deutschem Pass mittlerweile auf 85 % gestiegen ist (letzte Säule).

Fazit

Der Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg zeigt paradigmatisch die Probleme von Kindern in Berlin auf. Zwischen Kindern aus bildungsorientierten und bildungsfernen Familien liegen beinahe Welten. Die Weichen für späteren Lebenserfolg und einen zufriedenen Platz in der Gesellschaft werden weit vor Schulbeginn gestellt. Der Großteil der Migrantenkinder gehört zur bildungsfernen Schicht, die ihre Kinder sehr oft nicht fördern kann und will, und ihnen auch nicht das emotionale Rüstzeug für eine soziale Lebensgestaltung mit auf den Weg geben kann. Die Situation in der deutschen Unterschicht ist quantitativ besser, qualitativ nicht. Der Staat kennt die Probleme und hat auch genug Informationen über die Ursachen, glaubt aber, sich einen sparsamen und kostengünstigen Umgang mit ihnen leisten zu müssen. Dass dies eine Milchmädchenrechnung ist, gehört zum eiserne Bestand jeder Diskussion; die Folgenlosigkeit dieser Erkenntnis auch.

„Fördern und fordern“ - dies erleben die Akteure vor Ort als (noch) leere Hülse. Gefordert wird zaghaft, und durchgesetzt noch weniger; hier wären auch einmal manche Familiengerichte zu nennen. Gefördert wird schon, aber mit Vorliebe nur dann, wenn das Kind in den Brunnen gefallen ist; aus dem Brunnen heraus schaffen es aber nur wenige. Das wird sich bei der gegenwärtigen Haltung auch kaum ändern.

Dietrich Delekat

Medizinaldirektor Bezirksamt
Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin

Ärztlicher Leiter des Kinder- und
Jugendgesundheitsdienstes

Dietrich.Delekat@ba-fk.verwalt-berlin.de

LITERATUR.....

- ¹ Statistisches Jahrbuch der Stadt Berlin 34 (1920), S. 160f.: Kindersterblichkeit. Die Entwicklung der Säuglingssterblichkeit eines jeden Geschlechts von 1816 bis 1918
- ² Dr. Fegeler, Berlin, Anhörung vor dem Gesundheitsausschuss des Abgeordnetenhauses am 05.09.2002
- ³ <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheits/spezial.html>
- ⁴ Spezialbericht 2003 - 2: Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin. - Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 2001 -
- ⁵ Eberhard Schönberg (Landesvorsitzende der Gewerkschaft der Polizei), „Teile Berlins sind verloren“, 09.01.2008, Berliner Morgenpost
- ⁶ Roman Reusch, Oberstaatsanwalt in Berlin, ARD-Sendung „Hart, aber fair“ vom 09.01.2008
- ⁷ Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz: Sozialstrukturatlas Berlin 2003. Spezialbericht 2004-1.
- ⁸ M. Döpfner, I. Dietmair, H. Mersmann, K. Simon und G. Trost-Brinkhues: S-ENS - Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen. 1. Auflage 2005. Hogrefe-Verlag, Göttingen
- ⁹ Tagesspiegel (Susanne Vieth-Entus): Zwölf Millionen Euro für 500 Kinder. Das kostenlose letzte Kita-Jahr hat wenig gebracht: Problemfamilien wurden kaum erreicht und Sprachmängel bleiben. Ausgabe vom 25.03.2008.
- ¹⁰ Tagesspiegel: Berliner Jugendrichter „Zivilisatorische Standards gelten nicht mehr“. Ausgabe vom 23.11.2006.
- ¹¹ Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung: Migranten in Berlin: Schlechte Jobchancen, geringe Einkommen, hohe Transferabhängigkeit. Nr. 35/2008, 75. Jahrgang, 27. August 2008

Die Wahrheit des Alters

Rohnstock, Katrin (Hrsg.): Am Ende meines Lebens, Menschen über 80 erzählen; Reihe: Rohnstock Biografien, Verlag Barbara Budrich, Erscheinungsjahr: 10/2008, 242 Seiten, 17,90 €.

Zugegeben, die ersten Leseindrücke sind verwirrend. Noch auf Seite 16 stellt sich beklommen die Frage: Will man die Anthologie über den Lebensabschied von 15 Über-Achtzigjährigen wirklich lesen? Ist es nicht peinlich, zu erfahren, wie ihre Beerdigung ablaufen und wer ihnen die letzte Ehre erweisen soll, welche Wünsche nicht erfüllt wurden, was das Wichtigste in ihrem Leben war, was sie weitergeben möchten, was vom Leben bleibt und was danach kommt? Werden die Grenzen der Privatheit unerträglich überschritten?

Anfangs sind die Lebenserinnerungen scheinbar nichts Besonderes. Wie alle anderen wurden die Erzählenden geboren, haben gelebt und werden sterben. Aber dann sind die berührenden Sätze von Richard Platz, Jahrgang 1919, über sich und seine Frau Eva: „Die Anlage ist sehr hübsch gestaltet. Dort sollen unsere beiden Urnen nebeneinander stehen.“ Ergreifend ist dieser Wunsch deshalb, weil er zeigt, dass er sich um die Zweisamkeit auch nach dem Tod kümmert.

Die Herausgeberin Katrin Rohnstock schreibt im Vorwort treffend: „Sterben bedeutet Abschied nehmen. [...] Abschied bedeutet Weichenstellen über den Tod hinaus. Alle Angelegenheiten zwischen den Gehenden und den Bleibenden klären.“

So erzählt jeder Einzelne der neun Männer und sechs Frauen über das alltäglich Banale hinaus ein ganz eigenes, bleibendes Ich, das reif und verantwortungsvoll mit dem Thema Sterben und Tod umgeht. Hin und her gerissen zwischen Bleibenwollen und Gehenmüssen, zwischen Festhalten und Loslassen schildern die alten Menschen authentisch ihre Abschiedsvorbereitungen und wie es ihnen gelingt, mit dem Wissen um den unabänderlichen Tod jeden Tag voller Dankbarkeit zu genießen.

Manche Wünsche und Gedanken der Befragten treiben in ihrer Schlichtheit die

Tränen in die Augen. Vor allem, weil sie überhaupt nicht sentimental formuliert sind. Etwa, wenn Gerhard Birkenfeld darüber sinniert, ob sein Leichnam verbrannt und in seinem Garten unter seinem Lieblingsbaum verstreut werden soll. „Dort steht eine fünfzehn Meter hohe Birke, die ich 1989 selbst gepflanzt habe. Ich umarme sie jeden Tag.“ Und Antoinette Kratzer, Jahrgang 1915: „Ich habe noch einen Wunsch. Ich möchte gern noch mal in der Ostsee waten“. Oder auch Walter Marschik, Jahrgang 1923, der bekennt: „Wünsche gibt es immer, so alt man auch ist. Ich würde gern noch einmal eine Frau lieben.“

Wie unterschiedlich die Lebenswege der Alten auch gewesen sein mögen – ob man während des Krieges als Mitglied der Waffen-SS Schuld auf sich geladen hat, als Häftling Auschwitz überlebte, von russischen Soldaten vergewaltigt wurde oder als Opernsängerin 1956 vor der stalinistischen Willkür in den Westen floh – ihnen allen ist eines gemeinsam: sie wollen in Frieden und Würde sterben.

Dieser Wunsch ist bei der Generation der Über-Achtzigjährigen noch verständlicher als sonst, da sie in Kriegszeiten mit Leid, Sterben und Tod auf die schrecklichste Weise in Berührung gekommen sind. Oft haben die Betroffenen schon in frühen Jahren Abschied genommen von Ehepartnern, Verwandten und Freunden. Der Tod wird insofern nicht nur als Erlösung, sondern auch als „die einzige Gerechtigkeit auf Erden“ angesehen, so Johanna Biesel, Jahrgang 1916.

Das Buch bezeugt eindrücklich, dass vor dem Tod alle gleich sind, niemand weiß, was ihn zum Schluss erwartet. Jeder findet andere Strategien, diesen Tatsachen zu begegnen. Die einen arbeiten noch tüchtig im Garten oder suchen sich aufreibende, gesellschaftliche Aufgaben, die anderen sprechen vor dem Einschlafen mit den Verstorbenen, die nächsten entwickeln philosophische Theorien oder wenden sich hingebungsvoll den Enkelkindern zu.

Der Moment des unumstößlich Bevorstehenden einerseits und des Unbekannten andererseits bewirkt zweierlei: eine Auseinan-

dersetzung mit der Angst vor dem Sterben und einen umfassenden Rückblick auf das Leben. Insofern beschäftigt sich die Textsammlung auch mit der Frage nach einem erfüllten Leben und bekommt auf diese Art einen nahezu ratgebenden Charakter.

Auch hier sind es einzelne Sätze, die lange in Erinnerung bleiben. Wie der von Johanna Biesel, Jahrgang 1916: „Der Sinn des Lebens ist wohl das Leben selbst!“ oder jener „Ohne Liebe nimmt jeder Tag mehr, als er gibt“ von Magda Egressy, Jahrgang 1920. Es mag trivial klingen, aber es sind wohl diese Einsichten und Lebensweisheiten, die nach über 80 Jahren bleiben. Die Alten sagen ihre Wahrheit, so wie sie Wahrheit in diesem Moment empfinden. Sie öffnen für sich selbst, ihre Familien und die interessierte Öffentlichkeit ihren Gedächtnisvorrat und ermöglichen damit den Nachgeborenen eine Teilhabe an der Vergangenheit. Und nicht nur das, man bekommt während des Lesens „die Möglichkeit, den eigenen Tod zu bedenken, ja einzüben“.

Der Versuch, den Tod ins Auge zu fassen, die damit verbundenen Ängste anderen mitzuteilen und ihnen dadurch zu helfen, sich mit dem Gedanken vertraut zu machen, das ist der Verdienst dieser erzählenden, alten Menschen und der Anthologie über ihr Lebensende.

Ulrike Hempel

ANZEIGEN

Zum 75. Geburtstag von Dittmar Kruska



Foto: Friedrich

Dr. Dittmar Kruska wird 75. Nein, das ist weder ein Schreib- noch ein Rechenfehler! Er wird tatsächlich am 10. Dezember 75 Jahre alt und der Umstand, dass ihm

das niemand ansieht, ist einer der Gründe, ihm zu gratulieren. In einer Lebensphase, in der andere gramgebeugt der verflossenen Zeit nachtrauern, steht er lächelnd und aufrecht für die Angelegenheiten der Berliner Ärzte zur Verfügung. Ihn den „Berliner Ärzten“ vorzustellen, ist kaum notwendig, denn viele kennen ihn als langjähriges Mitglied des Vorstandes der ÄKB.

Aber zu einem Glückwunsch gehört auch die Beschreibung seines Lebensweges. Dittmar Kruska, der heute besonnen die Interessen der Berliner Ärzte vertritt, war mit Leib und Seele Kinderchirurg. Wenn ich anlässlich seines Geburtstages an die gemeinsamen in der Kinderchirurgie und ab 1989 in der Ständespolitik erlebte Zeit denke, sehe ich meinen Freund und Kollegen sicherlich in einer Betrachtung, die aus über 40-jähriger Vertrautheit erwachsen ist. Aufgeregtheiten sind nicht seine Sache. Das mag zum einen mit seiner Herkunft zu tun haben.

Ostpreußen und besonders Königsberger gelten als besonderer Menschenschlag. Zum anderen dürften seine Kindheit und seine Jugend diese Prägung verstärkt haben. Nach der Flucht 1945 verschlug es ihn an die Ostseeküste und er lernte Bootsbauer und das Wasser zu lieben. Seine maritimen Neigungen haben ihn durch das ganze Leben begleitet und ihm den Vornamen „Käpt'n“ eingetragen. Darauf reagierte er heute wie vor 40 Jahren, als er als einer der wenigen Hochseesegler außerhalb der strengen geschützten Hoheitsgewässer der DDR kreuzen durfte. Er war nach dem Medizinstudium an der Alma Mater Berolinensis von 1956–1962 und der damaligen üblichen Pflichtassistenten als Weiterbildungsassistent in die Kinderchirurgische Klinik im damaligen städtischen Hufeland-Krankenhaus Berlin eingetreten.

Dort führte Ilse Krause eine Klinik, die im Innland Maßstäbe setzte und im Ausland Ansehen genoss. Man war stolz darauf, zu Ilse Krauses „Buckschaft“ zu gehören und Dittmar Kruska war ein stabilisierender Faktor in dieser Mannschaft. Seine Konfliktvermeidungsstrategien standen in der Klinik im höchsten Ansehen. Oftmals wurde er im Namen der niederen Dienstgrade losgeschickt, wenn die „Alte“ – wie Ilse Krause mit respektvoller Verehrung genannt wurde – Zoff mit den Assistenten hatte. Vielen Kinderchirurgen hat Dittmar

Kruska als Lehrer gedient. Nicht nur, dass er ihnen das Operieren beibrachte, auch im Umgang mit kranken Kindern, Angehörigen, Vorgesetzten und Mitarbeitern vermittelte er ihnen das, was man heute für ein leistungsförderndes Betriebsklima benötigt. Dabei war er niemals konfliktscheu oder sanftmütig. Die jüngeren Mitarbeiter wussten bald, was es zu bedeuten hatte, wenn er böse lächelte. Innerliche oder äußerliche Verbiegungen brachte Dittmar Kruska nicht zustande. Der Gunst der Stunde (und dem breiten Rücken unserer Chefin Ilse Krause) war es zu danken, dass solche Übungen nicht praktiziert werden mussten, um ordentlich als Arzt zu arbeiten. In Ilse Krauses Klinik herrschte ein Geist von Liberalität und Gedankenfreiheit. In dieser Klinik gehörte Dittmar Kruska zu den Ärzten, die sich allein durch gewissenhafte Arbeit und menschlich korrektes Verhalten das Vertrauen erworben hatten, um nach 1989 an der Spitze der Ostberliner Ärzteschaft zu helfen, dass „zusammenwächst, was zusammengehört“.

Von Anfang an Mitglied der ersten gemeinsamen Delegiertenversammlung der Berliner Ärzte, tätig im Weiterbildungsausschuss III und seit 1998 Vorstandsmitglied, war er einer derjenigen, die Berührungsängste, Aversionen und Unwissen abzubauen halfen. Seine Ausdauer, Geduld und Beständigkeit waren für viele ein Beispiel.

Lieber Dittmar, Dank und Gratulation, wir wollen auch in Zukunft nicht auf Dich verzichten.

Dein
Harald Mau

»Auch der Arzt isst mit den Augen«

250 gestaltete Titelbilder BERLINER ÄRZTE

INTERVIEW



Sie sind das Markenzeichen und das Gesicht dieser Zeitschrift. Sie provozieren, regen zum Nachdenken an und nehmen Missstände manchmal ironisch aufs Korn: die Titelbilder von BERLINER ÄRZTE. Seit 20 Jahren werden sie von der Schöneberger Grafikagentur Sehstern gestaltet. Im November zierte der 250. Sehstern-Titel das Heft. Grund genug, um mit den Machern von Sehstern über die Entstehung der Titelbilder zu reden. BERLINER ÄRZTE-Redakteur Sascha Rudat sprach mit Roland Matticz, dem kreativ Verantwortlichen bei Sehstern, über die vergangenen 20 Jahre und die Herausforderung, die Probleme des deutschen Gesundheitswesens immer wieder neu zu visualisieren.



v.l.n.r.: Juliania Soria-Müller (Herstellung), Anne-Katrin Laabs (Design), Monika van Helden (Herstellung, Design), Roland Matticz (Konzept, Design)

BÄ: Was macht ein typisches Sehstern-Titelbild aus?

Eigentlich wäre es mir ganz recht, das Typische an unseren Titeln bestünde vor allem in der Tatsache, dass es nichts Typisches gibt. Womit ich sagen will, sowohl vom inhaltlichen Ansatz wie auch in der Wahl der grafischen Techniken her bemühen wir uns um größtmögliche Unterschiedlichkeit in der monatlichen Covergestaltung. Soll eine 250 Monate lang währende Ehe weiterhin funktionieren, dann muss sie immer wieder neu von Spannung, Abwechslung und Erneuerung getragen sein. Darüber hinaus ist vielleicht das wirklich Typische, oder zumindest das Beabsichtigte an unserer Arbeit, visuelle Lösungen möglichst jenseits des Erwarteten zu finden, um durch ungewöhnliche Interpretation eines Themas die Fantasie

der Leser, und im besten Falle eine inhaltliche Auseinandersetzung anzuregen. Wie beispielsweise in Heft 11/2001, als wir einen Titel zur ärztlichen Fehlerkultur weder polemisch polarisierend noch verharmlosend darstellen wollten. Unser Ansatz war vielmehr, innerhalb der ganz privaten Erfahrungswelt aller, auch der Nicht-Ärzte, die Problematik nachvollziehbar zu verdeutlichen. Am eigenen Computer kennt jeder die innere Leere angesichts einer plötzlichen Fehlermeldung mit der Bombe. Was alle wissen, wurde im übertragenden Sinne zu unserer Botschaft: auch das beste System ist vor einem gelegentlichen Absturz nicht gefeit. Jedoch lassen sich durch eine verbesserte Einweisung, durch Einhaltung der Regeln und konzentrierte Handhabung die meisten Desaster vermeiden.

Der 250. Sehstern-Titel:
BERLINER ÄRZTE/
November 2008



BÄ: Können Sie kurz den Entstehungsprozess eines Titelbildes schildern? Wie gehen Sie an die Themen heran?

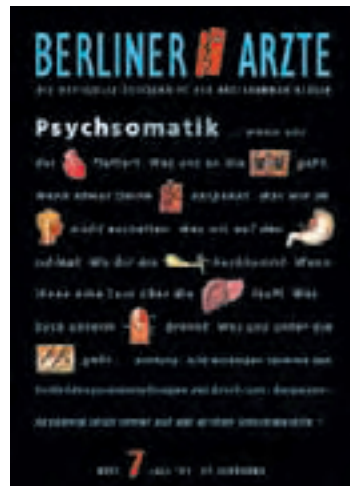
Vielleicht hilft ein Vergleich mit der ärztlichen Anamnese. Aufschlussreiche Erkenntnisse werden bei komplexer Ausgangslage am ehesten doch dadurch gewonnen, dass wir uns von ausgetretenen Pfaden entfernen und reflexhafte Einordnungen in gelernte Indikationsmuster vermeiden. Wichtig ist, zunächst das individuelle, das ganz besondere und eigenständige Profil herauszuarbeiten und erst in einem zweiten Schritt mit dem vorhandenen Wissen und Erfahrungen zu spiegeln. Dieses ganzheitliche Prinzip liegt auch unseren Entwürfen zugrunde. Salopp gesagt, geht alles nach den 3 »I's«: Information, Interpretation und Intuition. Die inhaltliche Aneignung des Themas ist die eine, die intuitive, creative Assoziation die andere Voraussetzung für einen gelungenen Entwurf. Im Laufe der Jahre hat sich diese Herangehensweise zu einer Art kreativen Routine entwickelt, und dennoch, für echte Glücksmomente bedarf es nach wie vor des nicht planbaren Geistesblitzes. Wie zum Beispiel für das Thema mangelnde medizinische Versorgung bei Immigranten ohne Aufenthaltserlaubnis. Ein günstiger Zufall führte damals zur Entdeckung, dass der Begriff illegal bereits die kompakte Botschaft in sich trug: ill = egal.

Ein zweites Beispiel: Im November 2000 galt es, ein neues unter den sich auch im Gesundheitswesen inflationär ausbreitenden Kürzeln zu identifizieren: EbM. Wobei auch der ausgeschriebene Begriff »Evidenzbasierte Medizin« den Nichteingeweihten noch nicht viel weiter half. Statt erläuternder Fakten und Netzgrafiken schaffte schließlich ein schlichtes Nudelsieb visuelle Abhilfe und konnte das wissenschaftliche Prinzip auf einen einfachen Nenner bringen. Während ein großes E, b und M im Sieb verblieben, lieferten die durchgefallenen kleineren Lettern typografisch-spielerisch

eine erste Definitionskette: E...rkenntnis und B...ewertungs-M...ethode. Die einfache Optik machte das Auswahlverfahren deutlich, frei nach Frau Holle: »Die Guten ins Töpfchen, die Schlechten ins Kröpfchen«.

BÄ: Wie haben sich die Titelbilder in den 20 Jahren ästhetisch und inhaltlich verändert? Kann man bestimmte Perioden und Trends ausmachen?

Unsere ersten Titelbilder zeigten sich zumeist kantiger, renitenter, oft provokativ. Die frühen 80er waren eine Zeit des Aufbruchs auch in der Medizin. Eine buntgefächerte Gesundheitsbewegung verschaffte sich zunehmend Gehör und politischen Einfluss jenseits der traditionellen, oft verkrusteten Institutionen. Das ehemalige Westberlin war seit den 70ern ein hochkreativer Schmelztiegel einer alternativen und schillernden Gesellschafts- und Unternehmenskultur. Seit unserer Mitwirkung am legendären Gesundheitstag 1980, dem »Tunix«-Kongress der alternativen Medizin, bildeten soziale und Gesundheitsthemen einen der wesentlichen Schwerpunkte bei Sehstern. Aus vielen dieser frühen Titelgrafiken winkt noch der damalige Zeitgeist. Aber schon von Beginn an war es unser Bestreben, statt Verbissenheit und Dogmatismus, Probleme mit Ironie und Satire anzugehen. Ein Titel, der jedoch für viel Aufregung sorgte, war die (selbst-) ironische Darstellung des Arztes als gestrauchelter Supermann (BÄ 09/89). Offensichtlich traf damals die satirische Überzeichnung auf ein real existierendes Berufsbild-Problem. Es wurde wider Erwarten weniger darüber gelacht als leidenschaftlich diskutiert. Im Sinne der Resonanz also durchaus ein gelungener Titel. Überhaupt waren die Anfangsjahre wesentlich von Cartoons und Comics geprägt, neben der Fotomontage der absolute Trend. Fast schon vergessen ist, dass all diese Grafiken der ersten Jahrgänge noch »handgemacht« waren. Ende der 80er ver-



fügte Sehstern noch nicht über Rechner als virtuelle grafische Werkzeuge. Im Laufe der 80er änderten und erweiterten sich, auch auf Grund der neuen Möglichkeiten, technisches Know-how und stilistische Mittel. Unsere visuellen Botschaften wurden differenzierter, weniger laut, eher »literarischer« und hintergründig. Aber weiterhin immer im Bestreben, dem gefühlten Druck des beruflichen Alltags einen Farbtupfer entgegenzusetzen. Und letztendlich darüber die Kammer Identität zu stiften: statt nur verwaltende Behörde eine Institution nah am Leben.

BÄ: In die 20 Jahre der Zusammenarbeit fallen einschneidende Ereignisse wie Mauerfall oder Wiedervereinigung, die ja auch für die Ärztekammer Berlin große Umwälzungen mit sich brachten. Welche Titelbilder sind Ihnen besonders in Erinnerung geblieben?

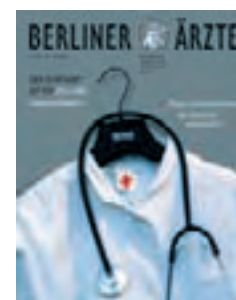
Die Wiedervereinigung, auch die der Berliner Ärzteschaft, war sicher der spektakulärste Umbruch dieser Jahre, mehrfach zum Titel erhoben und dokumentiert. Unter den verschiedenen Illustrationen zum Thema gefällt mir noch immer das Foto einer leeren Schaukel auf einem unwirtlichen Kinderspielplatz. Unser knapper Text dazu: »Aufschwung Ost«. Punkt. (BÄ 04/93)

Ein einschneidendes Ereignis ganz anderer Art kennzeichnet den Anfang unserer Zusammenarbeit, machte diese sogar erst möglich. Ende der 80er wählte die Berliner Kammer erstmals mit Ellis Huber einen Präsidenten aus den Reihen der neuen Gesundheitsbewegung. Dem überraschenden Wechsel der Mehrheitsverhältnisse in der Kammer folgte ein grundlegender Wandel im Erscheinungsbild, auch der BERLINER ÄRZTE. Vor unserer Zeit dominierten jeweils große Pharmaanzeigen das Gesicht des Kammerblattes. Es war Ellis Huber, der trotz attraktiver Anzeigenerlöse die kommerzialisierte Covergestaltung für nicht mehr zeitgemäß erklärte. Gegen zunächst große Bedenken im Hause leitete er den

Wandel ein und erkannte die Chance, das Kammerblatt zu einem lebendigem Forum aller Mitglieder und die Titel als bundesweite Visitenkarten eines neuen ärztlichen Selbstverständnisses zu nutzen. Die große Resonanz gab ihm recht, einige Landesärztekammern folgten später dem Berliner Beispiel. Ebenso jedoch sind an dieser Stelle die großen Verdienste des jetzigen Vorstands unter dem amtierenden Präsidenten Günther Jonitz zu würdigen, der nach seinem Amtsantritt 1999 die Kontinuität über alle Fraktionsgrenzen hinweg bewahrt und die offensichtliche qualitative Weiterentwicklung nicht nur ermöglicht, sondern explizit fördert. Daher unser Dank an alle, die uns als Partner dieses beispiellose Vertrauen schenken und für dieses motivierende Arbeitsklima Verantwortung tragen. Dank aber auch für eine 20 Jahre währende konstruktive Kooperation mit den Redaktionen. Immer war es ein freundschaftliches, engagiertes Ringen um optimale Ergebnisse, heute mit Ihnen und Frau Piotter ebenso wie früher mit Herrn Bersdorf, Frau Tholen und Frau Golkowski.

Weitere aktuelle Bezüge zu herausragenden Ereignissen waren eher die Ausnahme, wie zB. der Titel zum Thema MVZ zur Zeit der Fußball-WM (BÄ 7/2006). Allerdings, immer wenn es wie jetzt gegen Weihnachten geht, wächst der Ehrgeiz, das Titelthema aktuell, nämlich jahresendzeitlich zu verpacken. Meine persönlichen Favoriten unter den Weihnachtstiteln sind der zerbröselnde Spekulationsmann zum Thema Osteoporose (BÄ12/2001), passend zur Krümelsaison unterm Tannenbaum, sowie das Kalenderblatt aus dem letzten Jahr mit dem auf den 24. September vorverlegten Heilig Abend. Thema: Frühgeburt (BÄ12/2007).

BÄ: Einige Titelbilder erschließen sich nicht auf den ersten Blick. Manche sind sehr hintersinnig, manche provokativ und manche sehr ironisch. Überfordern Sie nicht manchmal den Betrachter?



Ich würde Ihre Frage zunächst gern umgekehrt beantworten. Wenn ich mich bei vergleichbaren Medien, Fachorganen und Nonprofit-Publikationen umsehe, entdecke ich eher einen Trend zur Unterforderung. Ordentliche Grafik, wahr und klar. Brav und unaufregend, schon beim Umblättern vergessen. Bei allem Gebot der seriösen Information geht es doch in Medizin, Verbands- und Standespolitik immer um das Wohl des Menschen, ob dieser nun gestaltend und betreuend tätig oder der Hilfe und Zuwendung bedarf. Uns Menschen leitet aber nicht nur der Verstand, sondern wir nehmen vor allem über unsere Sinne wahr. Sicher, sinnliche Unterforderung tut nicht weh, aber sie schafft Distanz. Ich denke, dass die BERLINER ÄRZTE weit vorne liegen, weil sie ihre Leserschaft ernst nimmt. Bei welcher Verbandszeitschrift sonst äußern sich immer wieder Leser zur Titelgestaltung? Die Zuschriften machen mich stolz, weil es mir zeigt, dass unsere Bilder die Menschen berühren. BERLINER ÄRZTE muss sich zum Glück nicht am Kiosk vor der Konkurrenz behaupten, muss nicht im Mainstream von Zielgruppen schwimmen. Das nenne ich einen Vorteil, wir können den Leser mit Herz und Verstand erreichen, können uns kreativ immer wieder neu ausleben. Mein Eindruck ist, dass dieser Spaß sich vermehrt nach außen vermittelt. Ganz im Gegensatz zur Anfangszeit, wo Satire noch zu Skandalen führte und der Titel BÄ 05/88, eine colorierte bissige Zeichnung des Franzosen Claude Serre, fast schon das frühe Ende unserer Zusammenarbeit bedeutet hätte. Damals dachte ich ernsthaft, die Ärzteschaft hat ein Problem mit Humor, wenn es darum geht, über sich selbst zu lachen. Heute dagegen ist Satire salonfähig und kein Aufreger mehr. Aber es geht wahrlich nicht nur komisch. Nehmen wir zum Beispiel noch den Titel BÄ 09/2005 dazu, dann erkennen Sie die ganze Bandbreite der Gestaltungsmöglichkeiten. Hier erschließt sich das Thema Charité nicht auf den ersten Blick, aber jeder kennt das Kinderspiel, Ziffern zu einer noch unbekannten Figur zu verbinden. Hat man's geschafft weiß man, wie schwer es ist, 128 Institute unter einem Dach zu verknüpfen. Das ist wohl hintergründig, aber durch die interaktive Animation doch letztlich ein echtes Aha-Erlebnis. Ich glaube wirklich, wer offenen Auges durchs Leben geht, der weiß unsere Titel zu nehmen, egal ob Serre oder Charité. Der Mensch, also auch der Arzt, isst zuallererst mit den Augen, Appetit kommt mit dem Sehen.

BÄ: In 20 Jahren bleibt es nicht aus, dass sich manche Titelthemen wiederholen. Wie schaffen Sie es, bestimmte Themen immer wieder neu zu visualisieren?

Ich antworte Ihnen mit zwei weiteren Beispielen. Innerhalb von 4 Jahren lautete zweimal das Thema »Chefärzte«. (BÄ 7/1997 und BÄ 5/2001). Beide Lösungen belegen, es gibt für alle Inhalte stets mehr als einen grafischen Weg, und ganz sicher noch viele Alternativen dazu. Abgesehen davon, sehe ich die Zusammenarbeit mit der Ärztekammer als einen fließenden Prozeß. So wie sich standespolitische Positionen, Präferenzen und Kenntnisse weiterentwickeln, so gibt es auch auf unserer Seite in Konzeption und Umsetzung keinen Stillstand. Heute sehen wir uns einer anderen sozialen, ökologischen und – ganz aktuell – extrem gewandelten ökonomischen Realität gegenüber als noch vor 10 Jahren. Ebenso sehen wir mittlerweile manche Grafik aus frühen Tagen mit anderen Augen an, würden sicher bei manchen Themen heute eine andere Übersetzung wählen. Es gibt keinen Stillstand. Daher werden sich Grafik und Inhalt, also hoffentlich auch Sehstern und Redaktion, immer wieder neu zusammenfinden. Am Ende steht unser Ehrgeiz, die grafische Neuaufgabe möge den früheren Titel schlagen.

BÄ: Was darf man künftig von den Sehstern-Titelbildern erwarten?

Vorausgesetzt, unsere Arbeit ist auch künftig noch politisch gewollt, sowie in ruhiger Gewissheit, dass Sehstern auch nach 20 Jahren noch genügend Pfeile im Köcher hat, möchte ich auch zu dieser Frage mit einem BÄ-Titel antworten: Im April dieses Jahres wurde plakativ gefragt, ob es künftig halbe Ärzte geben darf. Isoliert man nun das typografische Bild und deutet es neu als programmatischen Ausblick in die Zukunft, dann ließe sich daraus folgern, garniert mit einem klitzekleinen Augenzwinkern: die Hälfte ist geschafft.

BÄ: Herr Matticz, vielen Dank für das Gespräch.



Modellprojekt will von Gewalt betroffenen Frauen helfen

Ärztinnen und Ärzte sind wichtige Ansprechpersonen für Patientinnen, die häusliche und/oder sexuelle Gewalt erlebt haben. Sie genießen ein hohes fachliches Ansehen und können Gewaltbetroffene auf der Suche nach Hilfe wirksam unterstützen. Wie dies angesichts knapper Ressourcen in einer Arztpraxis konkret umgesetzt werden kann, ist eine zentrale Fragestellung des vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geförderten Modellprojektes „Medizinische Intervention gegen Gewalt“. Zur Mitwirkung an diesem Forschungs- und Versorgungsprojekt werden 25 Berliner Arztpraxen gesucht.

Von Hildegard Hellbernd und Heike Mark

Gewalt hat viele Gesichter und reicht von erniedrigender verbaler Aggression über soziale Kontrolle bis zu schwerer körperlicher und sexualisierter Gewalt. Betroffene Frauen konsultieren Arztpraxen nahezu aller Fachrichtungen mit akuten Verletzungen, noch häufiger jedoch mit chronischen somatischen, psychischen oder psychosomatischen Störungen. Dabei handelt es sich keineswegs um Einzelfälle. Laut einer bundesweiten Repräsentativstudie hat jede vierte Frau in ihrem Leben Gewalt in der Partnerschaft und jede siebte Frau sexualisierte Gewalt erfahren. Selten berichten Patientinnen von sich aus über Gewalt und es ist zweifellos schwierig, dieses Problem in der knapp bemessenen Zeit des Praxisalltages anzusprechen.

Arztpraxen nehmen jedoch eine Schlüsselstellung ein, um Gewalt als Ursache von Gesundheitsstörungen zu erkennen und Patientinnen zu ermutigen, weitere Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen. Selbst für Betroffene, die entsprechende Einrichtungen kennen, ist die Schwelle sich dorthin zu wenden hoch, insbesondere wenn kulturelle und sprachliche Barrieren hinzukommen. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte haben die Chance, Patientinnen in einem sicheren Rahmen Unterstützungsmöglichkeiten aufzuzeigen, damit sie neue Perspektiven jenseits der Misshandlungsbeziehung entwickeln können. Die Patientin zu bestärken und zu begleiten, bietet ihr wirksame Hilfe. Durch eine enge Kooperation mit dem psychosozialen Versorgungsnetz können Arztpraxen gleichzeitig entlastet werden.

Mittlerweile liegen zahlreiche Empfehlungen zum Umgang mit Fällen häuslicher Gewalt zur rechtsverwertbaren Dokumentation und Information für Betroffene vor. Gemeinsam mit der Ärztekammer wurden Fortbildungen angeboten. Wenig ist jedoch darüber bekannt, ob bestehende Erkenntnisse und Materialien in der Praxis angewandt und als nützlich wahrgenommen werden. Das bundesweite Modellprojekt „Medizinische Intervention gegen Gewalt“ möchte diese Lücke schließen und Arztpraxen im Umgang mit gewaltbetroffenen Patientinnen unterstützen. Der Berliner Träger S.I.G.N.A.L. e.V. verfügt über langjährige Erfahrungen mit dem S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm, das im stationären Bereich wissenschaftlich evaluiert wurde.

Zur Teilnahme am Modellprojekt werden in Berlin 25 Arztpraxen gesucht. Angesprochen

sind vor allem hausärztliche und gynäkologische Praxen.

Das Projekt bietet teilnehmenden Praxen:

- Kostenlose zertifizierte Fortbildungen zum Erkennen, Ansprechen und Dokumentieren von Gewalt sowie zum Umgang mit Gewaltbetroffenen und ihren Kindern,
- Arbeitsmaterialien (Notfallkarten, Dokumentationsbogen etc.) und Handlungsempfehlungen zur Entlastung im Praxisalltag,
- persönliche Beratung und Unterstützung im konkreten Einzelfall,
- Einbindung der Praxen in das vorhandene psychosoziale Unterstützungsnetz,

Bis Ende 2010 sollen Konzept und Arbeitshilfen auf ihre Anwendbarkeit geprüft sowie an die Bedürfnisse des Praxisalltages angepasst werden.

Das Projekt wird gemeinsam mit der Berliner Ärztekammer im Rahmen einer Fortbildung (4 Punkte) am 10.12.2008 von 17.00-20.30 Uhr in der Friedrichstr. 16 vorgestellt. Interessierte Ärztinnen und Ärzte sind herzlich eingeladen.

Kontakt:

Dr. med. Heike Mark, MPH
Hildegard Hellbernd, MPH
S.I.G.N.A.L. e.V., Tel. 030/246 30 579
E-Mail: mark@signal-intervention.de
E-Mail: hellbernd@signal-intervention.de

Weitere Informationen unter:
www.signal-intervention.de

ANZEIGE

Die Ankündigungen auf diesen beiden Seiten geben einen Überblick über die ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen, die von der Ärztekammer Berlin veranstaltet werden oder in Kooperation mit ihr stattfinden. Alle weiteren Fortbildungsveranstaltungen, die bepunktet wurden, können im **Online-Veranstaltungskalender** auf der Homepage der Ärztekammer unter www.aerztekammer-berlin.de (im Kapitel „Fortbildung“, „Veranstaltungskalender“) 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
■ 16.01.–17.01.2009 (Teil D) 06.02.–07.02.2009 (Teil B)	Veranstaltungsreihe der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Suchtakademie Berlin Brandenburg Erwerb der Zusatzweiterbildung Suchtmedizinische Grundversorgung Teil B: Illegale Drogen Teil D: Motivierende Gesprächsführung	DRK Kliniken Mitte Haus E Drontheimer Str. 39-40 13359 Berlin	Information: Ärztekammer Berlin Tel.: 40806-1215 Anmeldung erforderlich! Teilnahmegebühr: 130 € je Kursteil (Ermäßigung für arbeitslose Ärzte, PI-ler und Arzthelferinnen möglich)	15 P pro Kursteil
■ 12.01.–21.01.2009 (Kursteil C1) 21.01.–30.01.2009 (Kursteil C2)	Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: E-Mail: fb-aag@aekb.de Telefon: 40806-1215 Anmeldung erforderlich! Gebühren: Kurse C1 und C2 gesamt: 920 € Kurse C1 und C2 getrennt: je 460 €	
■ 23.02.–25.02.2009	Grundkurs im Strahlenschutz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: E-Mail: fb-aag@aekb.de Telefon: 40806-1215 Anmeldung erforderlich! Gebühren: Grundkurs: 230 €	21 P
■ 25.02.–27.02.2009: ■ 27.02.2008:	Spezialkurs im Strahlenschutz: – bei der Röntgendiagnostik – bei interventioneller Radiologie	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: E-Mail: fb-aag@aekb.de Telefon: 40806-1215 Anmeldung erforderlich! Gebühren: Spezialkurs Röntgendiagnostik: 200 € Spezialkurs CT: 60 €	20 P (Spezialkurs Röntgendiagnostik) 5 P (Spezialkurs / interventionelle Radiologie)
■ Modul I: 20.–21.02.2009 Modul II: 13.–14.03.2009 Modul III: 15.–16.05.2009	Strukturierte curriculäre Fortbildung: Grundlagen der medizinischen Begutachtung (weitere Informationen s. S. 29)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: E-Mail: fb-aag@aekb.de Telefon: 40806-1215 Anmeldung erforderlich Gebühren: 400 €	40 P
■ BITTE BEACHTEN SIE DIE VERÄNDERTE TERMINPLANUNG 3 Präsenzmodule: 23.–28.02.2009 20.–25.04.2009 25.–30.05.2009	Weiterbildungskurs „Ärztliches Qualitätsmanagement“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge des Eingangs berücksichtigt. (weitere Informationen s. S. 8)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1400 E-Mail: QM-Kurs2009@aekb.de	50 P pro Modul
■ 05.03.–07.03.2009	Patientensicherheit lernen – Intensivseminar Fallanalyse (weitere Informationen s. S. 9)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1401 E-Mail: r.drendel@aekb.de Teilnehmergebühr: 550 €	30 P

Strukturierte Curriculäre Fortbildung

Grundlagen der medizinischen Begutachtung

Ein 40-Stunden-Kurs in drei Modulen basierend auf dem Curriculum der Bundesärztekammer

Basierend auf dem Curriculum der Bundesärztekammer bietet die Ärztekammer Berlin ab Februar 2009 für alle in Weiterbildung befindlichen Kolleginnen und Kollegen und für Interessierte aus Klinik und Praxis die Fortbildung „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ als strukturierte curriculäre Fortbildung an. Allgemeine Grundlagen zur Begutachtung und Anforderungen an Gutachten sowie spezielle Fragestellungen der Versicherungs- und Sozialleistungsträger bilden Schwerpunkte des Curriculums. Dabei werden nicht nur medizinisch-fachliche Fragen, sondern auch juristische, sozialversicherungs-rechtliche und rechtsmedizinische Aspekte der Begutachtung in deren Grundlagen behandelt. Anhand von Fallvorstellungen diskutieren ausgewiesene Experten fachspezifische Fragen der Begutachtung. In den freien Intervallen zwischen den Präsenzveranstaltungen erstellen die Teilnehmer zwei Gutachten; die Ergebnisse werden im Plenum zusammengefasst.

Wiss. Leitung: Prof. Dr. P. Marx (ehemals Neurologische Klinik, Charité – Campus Benjamin Franklin, Berlin)

Termine: Modul I: 20./21.02.2009
Modul II: 13./14.03.2009
Modul III: 15./16.05.2009
(freitags jeweils 15-19 Uhr; samstags jeweils 9-13 Uhr)

Ort: Konferenzsaal der Ärztekammer Berlin
Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Bei erfolgreicher Teilnahme an allen drei Modulen wird das Zertifikat „Strukturierte Curriculäre Fortbildung (ÄKB) Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ ausgestellt. Dieses Zertifikat ist ankündigungsfähig. Für die Teilnahme an allen drei Modulen werden insgesamt 40 Fortbildungspunkte vergeben.

Die Teilnahmegebühr für die Module I-III beträgt insgesamt 400,00 €.

Weitere Informationen erhalten Sie telefonisch (Tel.: 030 40806-1215) oder per E-Mail: fb-aag@aekb.de



Foto: Plotter

INTERVIEW

mit Dr. med. Gerhard Andersen

„Die Ärzteschaft verreguliert sich“

Zehn Jahre lang war der Neuropädiater Dr. med. Gerhard Andersen Geschäftsführer der Ärztekammer Berlin. Für den vielseitigen Hanseaten war die Berliner Kammer die letzte Station eines facettenreichen Berufslebens. In seinem früheren Leben war er zunächst Ingenieur, sattelte dann ein Medizinstudium drauf, wurde Oberarzt der Neuropädiatrie an der Universitätsklinik Lübeck, wechselte von dort ins Bundesgesundheitsministerium und arbeitete sieben Jahre als Abteilungsleiter in der Gesundheitsbehörde in Hamburg. Seit April 1999 ist er Verwaltungschef der Ärztekammer Berlin. Im Januar geht er in den Ruhestand und übergibt den Staffelfstab an den Juristen Michael Hahn, den wir in Heft 1/2009 Berliner Ärzte vorstellen werden. Wie kaum ein anderer in seiner Position beschäftigte sich Andersen intensiv mit Sinn und Unsinn von Ärztekammern und den Effekten ihrer inneren Funktionslogiken. Sybille Golkowski sprach mit ihm über sein Fazit.

Denken Sie anders über den Arztberuf, seit Sie ihn politisch verwalten müssen?

Über den Beruf nicht, über den Berufsstand schon. Als ich noch selbst als Arzt arbeitete, habe ich ihn idealistischer gesehen. Neben den Studenten, meinen Assistenten und den Patienten hatte ich im Wesentlichen mit Fachkollegen zu tun. Der Austausch war in der Regel fachlich kollegial. Durch die Arbeit in den Ministerien und Kammern habe ich dann Berufsverbände und deren politische Vertreter kennengelernt, mit denen ich vorher keinen Kontakt hatte. Ich habe viele hoch motivierte und uneigennützig Vertreter meines Standes getroffen.

Aber bestimmte Begegnungen haben mich auch nachdenklich gemacht und daran zweifeln lassen, ob wir Ärzte wirklich alle am gleichen Strang ziehen. Mittlerweile glaube ich, dass der eine oder andere zwar vorgibt dies zu tun, in Wirklichkeit aber nur sich selbst im Blick hat. Nach außen sieht die verfasste Ärzteschaft weit geschlossener aus, als sie es im Inneren ist. Die offiziellen Propagandafloskeln überdecken das.

Welche Floskeln meinen Sie?

Floskel 1: Die Politik ist an allem schuld. Floskel 2: Es geht uns schlecht. Floskel 3: Es ist alles unterbezahlt, die Ärzte wan-

dern aus. Ich meine, dass wir uns keinen Gefallen damit tun, wenn wir das so undifferenziert in die Öffentlichkeit geben. Denn dieses reflexhafte und geradezu hysterische Verweisen auf eine fehlgeleitete Politik lenkt davon ab, was wir selber machen können, damit wir vernünftig arbeiten können. Und da bliebe bei allen Fehlern der Politik eine ganze Menge für uns übrig.

Haben Sie das Gefühl, Ärzte leiden an völlig anderen Dingen, als an jenen, die von Funktionären kommuniziert werden?

Ja und nein. Klar ist, die Gesundheitspolitik ist mehr als angreifbar. Aber das wird von den Standesvertretern zu einseitig kommuniziert und vieles glatt weggelassen. Denn einmal ehrlich: Ein Großteil dessen, was uns Ärger macht, haben wir uns selbst zuzuschreiben. Das traut sich ein Funktionär natürlich nicht zu sagen.

Geben Sie mal ein Beispiel!

Die Ärzteschaft achtet zum Beispiel nicht kritisch genug auf Leistungsausweitungen, die von Teilen sukzessive selbst implementiert werden. Man hat sich nicht in die Diskussion mit eingebracht, ob viele unnötige oder auch äußerst aufwändige Behandlungen, wenn sie denn in die Welt kommen, auch in ausufernder Weise angeboten werden sollen. Diejenigen, die solche Leistungen anbieten wollen, machen das natürlich gern. Und die anderen merken oft nicht, welche große Blöcke damit aus dem Solidartopf herausgenommen werden. Und wenn sie es merken und bemängeln, sagt man ihnen in bewährter Manier, die Politik sei schuld, weil sie den Topf nicht auffüllt. Eine interne kritische Diskussion hierüber würde uns gut tun.

Auch das, was sich die Ärzte von ihren eigenen Organisationen an Kontrollinstrumenten überstülpen lassen, ist fast demütigend. Zum Beispiel hat die KV – zum Teil auf Forderung der Kassen – für die Abrechnung von Einzelleistungen zahllose Zugangsberechtigungen geschaffen, die Mitglieder gegen Gebühr erst erwerben müssen. Das mutet sich ein Beruf zu, der sechs Jahre Studium und fünf Jahre Facharztweiterbildung voraussetzt. Und danach werden für jeden Federstrich, den ein Arzt in seiner fachärztlichen Tätigkeit abrechnen will, weitere Prüfungssysteme eingeführt. Das halte ich für problematisch.

Aber nicht nur die KV, auch die Kammern definieren – allen guten Vorsätzen zum Trotz – immer mehr Detailqualifikationen, die gezielt abgeprüft werden müssen...

Ja, auch die Kammern machen da mit. Über 100 Bezeichnungen in der Weiterbildungsordnung halte ich für völlig überzogen. Da gibt es das Argument, die Medizin differenziere sich permanent aus. Doch das ist lange noch kein Grund, ständig neue Bezeichnungen in die Weiterbildungsordnungen einzuführen. Schwerpunktbildungen und Spezialisierungen mögen ja nötig sein, aber in anderen EU-Ländern und in der Schweiz führt das ja auch nicht gleich zu neuen Weiterbildungsbezeichnungen. Mit der Zerstückelung der Gebiete verengen wir den ärztlichen Blick. Und wir leisten damit der Zeiterscheinung Vorschub, von immer weniger immer mehr, aber vom Ganzen gar nichts mehr zu wissen. Das halte ich für ein Problem.

Nehmen Sie zum Beispiel mein Fach, die Neuropädiatrie. Warum sollte jemand nicht Kinderarzt sein und sich mit Neuropädiatrie schwerpunktmäßig beschäftigen? Ich habe das jahrelang getan und weder mir, noch meinen Patienten hat was gefehlt. Wenn einer ein Spezialist ist, dann weiß das auch jeder, dazu braucht es keine Weiterbildungsbezeichnung.

Im Gegenteil, viele Kollegen wissen nicht um die damit automatisch einhergehende Einengung und Ausgrenzung im Vergütungssystem, die sie dann knebelt.

Würde ein solches Öffnen der Schleusen die Verteilungskämpfe in der Ärzteschaft nicht noch zusätzlich anheizen...

Die Verteilungskämpfe sind schon jetzt hart, das kann kaum noch schlimmer werden, schauen Sie nach Bayern und Baden-Württemberg. Sie produzieren Regelungsdickichte, die kaum noch zu beherrschen sind. Diesen Knoten muss man durchschlagen, sonst erstickt die Ärzteschaft an ihren eigenen Verteilungsinstrumenten.

Aber wieder zu den Kammern: Die heutige Weiterbildungsordnung fesselt die Ärzte und engt sie ein. Und sie ist ein Kunstgebilde, das auf dem Papier steht, aber in dieser Weise gar nicht sicherzustellen ist. Weiterbildung geschieht in den Kliniken und Praxen und nicht in den Ärztekammern. Die finanziellen Rahmenbedingungen dort werden nicht von den Kammern bestimmt. Wir müssen auf die Qualität und auf das Selbstverständnis der Kollegen bauen und nicht auf einengende unrealistische Vorschriften. Ich würde vorschlagen, uns das Ziel zu setzen, die Weiterbildungsordnung im Laufe von zehn Jahren auf ein Zehntel und zwar den wirklich notwendigen Kern zu reduzieren. Die Erfüllung dieser Voraussetzungen könnte dann ja gern stichprobenartig oder anlassbezogen durch die Ärztekammer geprüft werden.

Gibt es für diese Idee auch Unterstützung auf der Bundesebene?

In der Gremiendiskussion auf Bundesebene nehme ich leider noch kein an Ergebnissen messbares Interesse wahr, Regelungen zu reduzieren. Wir in Berlin haben zum Beispiel einen konkreten Vorschlag in der Schublade, wie man unsere Berufsordnung von über zwölf auf sechs Seiten reduzieren kann; und zwar in verständlicher Sprache und nicht in Juristen-Deutsch. Das Projekt, das der Vorstand auf die Agenda bringen will, sobald die laufende Kammergesetznovelle durch ist, wird bundesweit Furore machen, da bin ich sicher. Wir haben auf der Bundesebene angeregt, das auch mit der Musterberufsordnung zu tun. Da haben wir leider von den anderen

Ärztekammern noch keine Unterstützung. Im Gegenteil: Die Berufsordnungsgremien der Bundesärztekammer prüfen, an welchen Stellen die Musterberufsordnung noch ergänzungsbedürftig ist. Das ist grotesk!

Ungeachtet Ihrer Sorge über solche Entwicklungen; zehn Jahre haben Sie für die Ärztekammer Berlin gearbeitet. Sind Sie zufrieden mit Ihren Ergebnissen?

Ja, ich bin mit dem Ergebnis meiner Arbeit zufrieden. Gemeinsam haben wir mehr geschafft, als ich mir anfangs hatte vorstellen können. Mein Ziel war es, unser Haus so aufzustellen, dass es auf der administrativen Seite absolut professionell ist und gleichzeitig die berufspolitischen Implikationen im Hause voll mitgetragen und kommuniziert werden. Das geht nur in einer vernetzten und koordinierten Struktur. Als ich anfang, gab es hier 23 so genannte Fachbereiche, die mehr oder weniger unkoordiniert nebeneinander her arbeiteten. Einige von ihnen waren Ein-Personen-Referate, andere umfassten bis zu 7 Mitarbeiter. Es gab keine klar definierten Kommunikationswege und keine Regeln, wie Entscheidungen vorbereitet werden und wie Informationen fließen müssen.

Über mehrjährige Zwischenschritte und unter Berücksichtigung natürlicher Fluktuation haben wir in einem Prozess sorgfältigen Umbaus heute eine Struktur erreicht, in der sechs hochqualifizierte Arbeitseinheiten direkt an die Geschäftsführung angebunden sind. Die Arbeit der Kammer ist dadurch professioneller, systematischer und inhaltlich abgestimmt. Aber – lassen Sie mich das hinzufügen – ohne die vielen motivierten Mitarbeiter und die wirklich verlässliche Unterstützung in Vorstand und Delegiertenversammlung wäre das nicht gelungen.

Herr Dr. Andersen, ich bedanke mich für das Gespräch.

Wo werden Ärzte und Patienten objektiv informiert?

Die Hausärzte können stolz sein auf ihr wissenschaftliches Flaggschiff: die für ihre evidenzbasierten, mehrfach preisgekrönten Leitlinien berühmte Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM). Deren kluge Köpfe bemühen sich, mehr als die verschiedener anderer Fachgesellschaften, erfolgreich um eine wissenschaftlich fundierte, patientenfreundliche und ökonomische Medizin. Das zeigte auch der DEGAM-Jahreskongress in Berlin, aus dem wir hier zwei Themen kurz referieren: Die Verzerrung von Arzneimittelinformationen in vielen bekannten Ärztezeitschriften und die Bewertung kardiovaskulärer Risiken.

Auf die unheilvollen Verflechtungen zwischen Ärzteschaft und Industrie ging DEGAM-Präsident Michael Kochen schon bei der Kongresseröffnung ein. Anders als in anderen Ländern seien diese Verflechtungen in Deutschland noch bis vor kurzem ein Tabu gewesen; nicht so in Berlin. „Ich freue mich“, sagte Kochen, „dass wir heute im Einflussgebiet einer Ärztekammer tagen, die von einem mutigen Präsidenten geführt wird“ - und die alle Zertifizierungsanträge für Fortbildungsveranstaltungen auf Industriesponsoring prüfe.

Und wie steht's um die Ärztespreche? Man wusste oder ahnte schon lange, dass die ansprechend aufgemachten und leicht lesbaren Zeitschriften, die kostenlos versandt werden, nicht zuverlässig informieren, vor allem nicht über Medikamente. Der redaktionelle Text soll in erster Linie ein „günstiges Umfeld“ für die Inserate schaffen. Wie Pharmafirmen die „Verordner“ durch Fortbildung und Fachpresse beeinflussen, ist in den angelsächsischen Ländern schon detailliert untersucht worden. Nun aber hat eine Studie dies auch für die deutsche Ärztespreche exakt nachgewiesen. Die wichtigsten Ergebnisse dieser noch unveröffentlichten Dissertation wurden jetzt in Berlin unter dem Titel „Wie korrupt sind medizinische Zeitschriften?“ vorgetragen, und zwar von Fatma Dörter und Kirsten Eckhardt, die mit der Studie bei Norbert Donner-Banzhoff im Institut für Allgemeinmedizin der Universität Marburg promovieren.

Studie zur Pressekorruption

Die Forschungsfrage klingt sachlicher: „Beeinflusst die Finanzbasis einer



Darstellung des Gesamtrisikos (s. nächste Seite); „Frau Sorge“ kann unbesorgt sein: Die Wahrscheinlichkeit eines kardiovaskulären Ereignisses beträgt bei ihr in den nächsten 10 Jahren nur 3 Prozent.

Zeitschrift die inhaltliche Tendenz von Empfehlungen zu Pharmaka im redaktionellen Teil?“ Vorwiegend für Hausärzte bestimmte Zeitschriften wurden in drei Gruppen gegliedert: Erstens Streuzeitschriften, die weitgehend kostenlos zugestellt werden und sich fast nur durch Anzeigen finanzieren (Ärztezeitung, Medical Tribune, Der Allgemeinarzt, Der Hausarzt, Münchner Medizinische Wochenschrift). Zweitens Zeitschriften, die gemischt finanziert werden: durch Abonnements und Inserate (hier wurde nur das Deutsche Ärzteblatt untersucht). Drittens anzeigenfreie Blätter, die nur von den Abonnenten finanziert werden, (arzneitelegramm, DER ARZNEIMITTELBRIEF, tägliche Praxis, Arzneiverordnung in der Praxis, Zeitschrift für Allgemeinmedizin).

Ausgewertet wurden Anzahl und Tendenz der Publikationen eines Jahres über neun

verordnungsrelevante Arzneimittel; offensichtlich solche, die Gegenstand eines besonders intensiven Marketing sind: Antidiabetika verschiedener Substanzgruppen, nämlich Inkretinmimetika (Exematide, Sitagliptine wie Byetta und Januvia), ferner Glitazone (Rosiglitazon, Proglitazon) sowie Insulin-Analoga. Weitere Themen: Sartane, Antidementiva, Clopidogrel, der Lipidsenker Ezitimib, das Raucherentwöhnungsmittel Vareniclin und das Antidepressivum Duloxetine.

Alle Artikel und Anzeigen hierzu wurden anonymisiert erfasst, soweit eine Verblindung möglich war. (Schon an Titeln wie „Sartan schützt Herz und Hirn bei Hypertonikern besonders gut“ war zum Beispiel die Ärztezeitung zu erkennen.) Larvierte Anzeigen in Form redaktionellen Textes (wie „Aus der Industrie“ oder „Verlagsbeilage“ wurden nicht erfasst. Mit Hilfe eines Leitfadens wurde die Tendenz nach einer Skala eingestuft (-2, fast nur Negativ-Informationen, bis +2, fast nur Positiv-Informationen), und zwar von zwei unabhängigen Gutachtern: Zahnmedizinern ohne besondere Meinung zu den Arzneimitteln.

Die meisten Beiträge und Anzeigen erschienen zu Sartanen und Antidiabetika, überwiegend in den Gratisblättern. Ebenso wie bei den übrigen Artikeln über Medikamente war dort die Tendenz einseitig beschönigend, also ganz überwiegend positiv. In keinem Beitrag wurde von irgendeinem dieser Mittel abgeraten. Im Deutschen Ärzteblatt wurden nur zehn Beiträge zu diesen Themen veröffentlicht, eine eindeutige Bewertung war nicht zu erkennen. Die anzeigenfreien, also unabhängigen Blätter hingegen äußerten sich fast durchweg negativ über die genannten umstrittenen Medikamente, rieten von ihrem Gebrauch ab, stellten zum Teil sogar die Zulassung oder die Kassen-Erstattung kritisch in Frage.

Vorläufiges Fazit der Autorinnen: „Bei medizinischen Informationen gibt es NIX umsonst. Entweder bezahlt man mit Geld oder Verzerrung der Information.“

HKK-Prävention – neu!

Wie halten's die Hausärzte mit der Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten? Wie lässt sich das noch immer relativ neue Kon-

zept „Kardiovaskuläres Gesamtrisiko“ ins tägliche ärztliche Handeln umsetzen? Das war ein anderes, ein sehr praxisnahes Thema des DEGAM-Kongresses. Das erlernte, gewohnte und von Arzneimittelherstellern geförderte alte Denken („Jeder einzelne Risikofaktor muss unbedingt behandelt werden“) zu verlassen, ist offenbar eine große Herausforderung.

Das zeigten 30 Interviews in Allgemeinpraxen verschiedenen Zuschnitts für eine Bremen-Düsseldorfer Verbundstudie, über deren qualitativen Teil Maren Stamer (Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung Bremen) berichtete. Die Herausforderung ist eine doppelte. Es geht erstens um die Anwendung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse, zweitens um eine neue Haltung gegenüber dem Patienten: Partizipation statt Paternalismus. Er sollte mitentscheiden, gegen welche Faktoren seines kardiovaskulären Gesamtrisikos am erfolgreichsten anzugehen ist. (Als individuelle Risikoberatungshilfe hat sich für Hausärzte seit sechs Jahren ARRIBA bewährt, siehe Kastentext.)

Die Studie zeigt, wie Hausärzte je nach Persönlichkeitstyp auf die doppelte Herausforderung reagieren. Manche verstehen unter Partizipation nichts als die herkömmliche Compliance. Andere berücksichtigen beim Beratungsgespräch durchaus die Bedürfnisse der Patienten, wünschen sich seine Teilhabe und leisten Überzeugungsarbeit. Wieder andere halten sich strikt an evidenzbasierte Empfehlungen und wollen keine Handlungsalternative anerkennen.

Ganz allgemein wird der nötige Diskurs über Entscheidungsprozesse und Entscheidungsfindung als schwierig empfunden, erfuhr Maren Stamer. Und doch erfordert es ein neues Denken, um dabei Hilfen wie zum Beispiel Leitlinien zu akzeptieren.

Dauermedikation möglichst vermeiden

Zwei Hürden wurden in der Diskussion besonders hervorgehoben: Auch Ärzte, die vom Konzept des Gesamtrisikos überzeugt sind, scheuen sich manchmal, auf die Behandlung eines einzelnen schwachen Risikofaktors zu verzichten, weil sie

ARRIBA – Ihre Hilfe beim Patientengespräch

Wie sag' ich's dem Patienten? Wie erläutere ich ihm sein ganz persönliches Risiko, einen Infarkt oder Insult zu erleiden? Und zwar so, dass er es verstehen und seine Konsequenzen daraus ziehen kann? Sehr hilfreich dabei ist ein Beratungskonzept namens ARRIBA, das sich am kardiovaskulären Gesamtrisiko orientiert. Damit lässt sich dem Patienten nicht nur der Grad seiner Gefährdung als Grafik anschaulich vor Augen führen, sondern auch zeigen, welche präventiven Effekte es hat, veränderbare Risiken durch anderes Verhalten oder durch Medikamente zu reduzieren. Er sieht zum Beispiel anhand einer wachsenden Zahl von Smileys, um wieviel mehr ihm der Rauchstopp oder körperliche Aktivität brächte als etwa ein Statin. (Hier kann man mündigen Patienten sogar erklären, was die „Number needed to treat“ bedeutet, also wieviel oder besser wie wenig ihm Tabletten nützen.)

Der Name ARRIBA für diese flexible Hilfe zur Beratung setzt sich aus deren einzelnen Schritten zusammen:

Aufgabe gemeinsam definieren

Risiko subjektiv (Befürchtungen, Erwartungen)

Risiko objektiv

Information über Präventions-Optionen

Bewertung dieser diversen Möglichkeiten

Absprache über weiteres Vorgehen

In ARRIBA stecken fast zehn Jahre Entwicklung (durch die Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Marburg) und sechs Jahre Praxiserprobung. Wenn man sich erst eingearbeitet hat, spart ARRIBA auch Zeit, auf jeden Fall aber Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Regresse, weil überflüssige Dauermedikationen zurückgehen. Neuerdings gibt es ARRIBA auch als Computerprogramm. Software, auszudruckende Beratungshilfen und Hintergrundinformationen sind allgemein und kostenlos zugänglich unter www.arriba-hausarzt.de

Konflikte mit traditionalistischen Kollegen fürchten. Was ist, wenn ein anderer behandelnder Arzt dem Ratsuchenden sagt, sein Hausarzt habe da wohl etwas Wichtiges versäumt?

Die andere Hürde: Ein erhöhter Blutdruck. Er wird immer gesenkt, ermittelte Maren Stamer, auch von Hausärzten, die sich eigentlich am Gesamtrisiko orientieren, und unabhängig vom Alter des Patienten. Wahrscheinlich lässt sich das als Reaktion auf die Kritik an der jahrzehntelangen Vernachlässigung des Bluthochdrucks durch Patienten und Ärzte erklären. In der Tat wissen ja noch immer viele Hypertoniker nichts von ihrem erhöhten Risiko. Und ihr kardiovaskuläres Gesamtrisiko kennen ohnehin noch viel zu wenige Personen.

Norbert Donner-Banzhoff, Allgemeinmedizin-Professor an der Universität Marburg, mahnte zum Differenzieren: „Unter 140/90 für alle - das wollen wir verhindern.“ Jüngere Gesunde ohne andere Risikofaktoren sollte man also bei nur mäßig erhöhtem Blutdruck nicht durch eine Dauermedikation zu Patienten machen. Ganz anders als in der Primärprävention, wo bei niedrigem Gesamtrisiko zur Zurückhaltung geraten wurde, sieht es in der Sekundärprävention aus. Hier muss intensiv interveniert werden, hieß es in der derselben DEGAM-Sitzung: Rauchverzicht, sportliche Betätigung, antihypertensive Behandlung, Statine, ASS... Und auch hier ist ein Erfolg nur durch Partizipation des Patienten gewährleistet.

Rosemarie Stein

ANZEIGE

Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung

Bestandene Facharztprüfungen September bis Oktober 2008 *

Name Antragsteller	WbO Beschreibung
Dr. med. Nida Afsar	FA Kinder- und Jugendmedizin
Mohamad Maher Al-Khattab	FA Visceralchirurgie
Dr. med. Christian Althoff	FA Radiologie
Dr. med. Silke Babinsky	FA Innere Medizin
Dr. med. Hermann Josef Bail	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Victor-Götz Bansemer	FA Diagnostische Radiologie
Sabine Bartels	FA Innere Medizin
Dr. med. Jürgen Bauditz	FA Innere Medizin und Gastroenterologie
Dr. med. Constanze-Catharina Bauss	FA Anästhesiologie
Dr. med. Gudrun Bayer	FA Allgemeinmedizin
Dr. med. Stefanie Behrens	FA Allgemeinmedizin
Dr. med. Annette Bergner	FA Innere Medizin
Dr. med. Ute Braig-Scherer	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Dr. med. Jan Brocke	FA Neurologie
Dr. med. Natascha Brömme	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Rifat Caliskan	FA Innere Medizin
Dipl.-Med. Dirk Casper	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Georg Daxer	FA Neurologie
Dr. med. Markus Friedwart Debus	FA Innere Medizin
Dr. med. Matthias Deckers	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Sandra Delis	FA Innere Medizin
Marion Dietz	FA Allgemeinmedizin
Dr. med. Quoc Thai Dinh	FA Innere Medizin
Dr. med. Stefan Dostal	FA Allgemeinmedizin
Dirk Ulrich Eckhold	FA Urologie
Dr. med. Claudia Eddiehausen	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Susan Ehrig	FA Anästhesiologie
Anja Eisentraut	FA Allgemeinmedizin
Dr. med. Tom Fischer	FA Urologie
Dr. med. Laura Mitra Flemming	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Claudia Frömmel	FA Laboratoriumsmedizin
Dr. med. Wolf-Dietrich Gabler	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Frank Gindele	FA Innere Medizin
Dipl.-Med. Karsten Gorek	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Claus Gotzmann	FA Allgemeinmedizin
Dr. med. Marcus Gründel	FA Anästhesiologie
Heinrich Gumberger	FA Orthopädie und Unfallchirurgie

Name Antragsteller	WbO Beschreibung
Lars-Patrick Hall	FA Chirurgie
Dr. med. Georg Hansmann	FA Kinder- und Jugendmedizin
Dr. med. Joachim Harbrecht	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Claire Hegenbarth	FA Innere Medizin
Dr.med.univ. Patrick Hein	FA Radiologie
Dr. med. Marc Hempelmann	FA Anästhesiologie
Dr. med. Christian Herbert	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Guido Heymann	FA Laboratoriumsmedizin
Dr. med. Hagen Hofmann	FA Chirurgie
Dr. med. Karsten Holland	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Robin Holtkamp	FA Diagnostische Radiologie
Dr. med. Bernd Hüske	FA Orthopädie
Andrea Jahn	FA Innere Medizin
Dr. med. Kristoph Jahnke	FA Innere Medizin
Vera Jakobi	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Gregor Jakubek	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Dr. med. Barbara Jerratsch	FA Augenheilkunde
Mun-Sun Jun	FA Innere Medizin
Dr. med. Dörte Jung	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Dr. med. Holger Kaiser	FA Kinder- und Jugendmedizin
Tahereh Kamkar	FA Augenheilkunde
Iris Kazi	FA Diagnostische Radiologie
Susanne Klinge	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Andreas Kluge	FA Anästhesiologie
Dr. med. Jan Holger Knierim	FA Innere Medizin
Dr. med. Julia Kress	FA Chirurgie
Dr. med. Christian Kuhn	FA Chirurgie
Dr. med. Andreas Kumar	FA Innere Medizin
Stephanie Lichter	FA Neurologie
Dr. med. Britta Liersch	FA Chirurgie
Dr. med. Ursula Linares Gocht	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Dr. med. Matthias Lippmann	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Matthias Joachim Lübke	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Silke Luplow	FA Thoraxchirurgie
Helmut Mälzer	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Ulf Marnitz	FA Orthopädie und Unfallchirurgie

Name Antragsteller	WbO Beschreibung
Jakob Maske	FA Kinder- und Jugendmedizin
Anja Mentzel	FA Allgemeinmedizin
Dr. med. Claus-Peter Mitzscherling	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Boris Möbius	FA Chirurgie
Dr. med. Martina Mogl	FA Chirurgie
Dr. med. Jutta Mönnich	FA Allgemeinmedizin
Dr. med. Uwe Müller	FA Chirurgie
Dr. med. Niklas Noack	FA Plastische und Ästhetische Chirurgie
Dr. med. Christian Ottomann	FA Plastische und Ästhetische Chirurgie
Reinhard Peckskamp	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Thomas Peschke	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Gunnar Peters	FA Chirurgie
Dr. med. Gerd Pfannenschmidt	FA Innere Medizin
Dr. med. Jörg Pokall	FA Anästhesiologie
Dr. med. Thomas Pomsel	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Reinhard Pregla	FA Herzchirurgie
Dr. med. Sebastian Rabes	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Jens-Uwe Retter	FA Allgemeinmedizin
Gisela Simone Richter	FA Anästhesiologie
Dr. med. Ralf Joachim Roser	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Jens Roßbacher	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten
Dr. med. Cyrus Sarem	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Gunnar Sax	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Mark Scharfenberg	FA Chirurgie
Christian Schich	FA Augenheilkunde
Dr. med. Dorit Schlimbach	FA Anästhesiologie
Dr. med. Maximilian Schmeding	FA Chirurgie
Dr. med. Gerrit Schröder	FA Chirurgie
Dr. med. Hubert Schulbin	FA Innere Medizin
Dr. med. Carsten Schwarz	FA Allgemeinmedizin
Dr. med. Michaela Schwarz	FA Innere Medizin
Dipl.-Med. André Seewald	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Marianne Sinn	FA Innere Medizin
Dr. med. Runa Speer	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Eike Spruth	FA Neurologie
Reinhold Steigerwald	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Bettina Sträter	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Dr. med. Julian Strauß	FA Neurologie
Anja Szabo	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Frank Trebus	FA Anästhesiologie
Dr. med. Seval Türkmen	FA Humangenetik

Name Antragsteller	WbO Beschreibung
Dr. med. Uta Völker	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Dr. med. Gert Voss	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Jörg Stefan Waller	FA Innere Medizin
Catarina Weiß	FA Urologie
Dr. med. Werner Wenzel	FA Laboratoriumsmedizin
Dr. med. Christian Witzel	FA Plastische und Ästhetische Chirurgie
Dr. med. Erping Zhang	FA Augenheilkunde
Dr. med. Marc Robert Zoller	FA Anästhesiologie
Marcus Robert Ernst Zwingmann	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

* 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.

ANZEIGEN

Klee-Engel

Mit Weihnachten haben Paul Klees Engel wenig zu tun. Zwei von ihnen sieht man jetzt in der Neuen Nationalgalerie. Die große, dem Andenken Heinz Berggruens gewidmete Kleeausstellung aber ist ein wirkliches Weihnachtsgeschenk. Man sollte sich dafür unbedingt viel Zeit nehmen, denn sie ist nicht nur überwältigend schön, sondern auch anstrengend. Alles liegt im Schummer, weil viele der über 250 Bilder lichtempfindlich sind. Die Schrifftafeln an den Wänden der 15 Themen-Sektionen sind zwar instruktiv, aber in dem als Leitfaden gedachten Flyer mit dem Raumplan sind Namen und Nummern (weiß auf rot!) im Dämmerlicht kaum lesbar.

Also aufpassen, dass man nichts versäumt, womöglich den legendären Angelus novus! Hier ist ein anderes Blatt abgebildet: „Ein Engel bringt das Gewünschte“, wahrscheinlich 1915 entworfen und nach 1920 als Farblitho ausgeführt. Mozärtlich-anmutig schwebt auf ockerfarbenem, ziegelrot umrandeten Grund, eine engelhafte Figur mit Tablett herein, die Flügel angedeutet, die Herz-liche Zuwendung deutlich sichtbar. Eine Krankenschwester? Die Mutter eines kranken Kindes? Im Katalog (vorzüglich, bis auf die blasse, winzige Schrift von Paginierung und Bildlegenden) stellt Ko-Kuratorin Christina Thomsen das Blatt als Vexierbild vor: Dreht man es um 90 Grad, wird der Engel selbst zur Kranken, an deren Bett eine Figur sitzt, die Tee-kanne als Kopf, die Flügel als Beine.

Als Engel mit Tablett fungierte Klee selber oft. In der jungen Ehe kümmerte er sich um Kind und Küche, wenn seine Frau Lily, eine Pianistin, mit Klavierstunden für ein halbwegs regelmäßiges Einkommen sorgte. Ihr Vater, Medizinalrat, war gegen die Verbindung mit dem jungen, völlig unbekannten Künstler gewesen. Der war – für seine Zeit, in der Männer noch unemanzipiert an ihrer Rolle klebten – von geradezu femininer Fürsorglichkeit. Als 1901 Sohn Felix 30 Stunden brauchte, um das Licht der Welt zu erblicken, assistierte er der Hebamme und zwei Ärzten bei der

schwierigen Hausgeburt. Im Frühjahr 1909 pflegte er das kranke Kind monatelang fast allein. Und noch in der Zeit der Emigration nach 1933 bestand sein Tageslauf aus Malen, Kochen und Musizieren.

Der Musikersohn war ein so guter Geiger, dass er schon als Schüler in den öffentli-



Foto: Katalog

chen Sinfoniekonzerten der Bernischen Musikgesellschaft mitspielte. „Meine Geliebte“ nennt der Abiturient die Musik in einem Brief. „Die ölfriechende Pinselgöttin umarme ich bloß, weil sie meine Frau ist.“ Musik durchdrang nicht nur sein Leben, musikalisch sind auch die Farbklänge und Strukturen seiner malerischen Kompositionen.

„Universum Klee“ heißt die Ausstellung. „Sein Kosmos erweist sich als ein vollständiger Ideen- und Bilderkreis, in dem er die Gesamtheit der Welt zu erfassen und zu deuten versucht“, heißt es im Katalog.

Intensives Naturstudium war die Grundlage. Um zum Beispiel den menschlichen Körper zu verstehen, genügte ihm das übliche Aktzeichnen nicht. „Jeden Morgen arbeite ich von halb neun bis halb elf im Anatomiesaal“, schrieb der Münchner Kunststudent 1902. Aber sechs Jahre später: „Ein Bild mit dem Gegenstand ‚Nackter Mensch‘ ist nicht menschen-anatomisch, sondern bild-anatomisch zu gestalten“ – parallel zur Natur.

Schon 1906 hatte er im Tagebuch vermerkt: „Ich habe es erreicht, die ‚Natur‘ direkt in meinen Stil umzusetzen. Der Begriff Studie ist überholt. Alles wird Klee sein, ob nun zwischen Eindruck und Wiedergabe Tage liegen oder nur Momente.“

Klee war höchst produktiv, er arbeitete unentwegt – bis ihn seit August 1935 die erste Attacke seiner Krankheit zum Tode so schwächte, dass 1936 nur 25 Werke entstanden. Das Jahr 1939 hingegen, in dem er sechzig wurde, ist mit 1253 Werken sein fruchtbarstes Jahr. 1940 starb er an dem Leiden, das postum als Sklerodermie diagnostiziert wurde, offenbar die progressive systemische Variante; eine Autoimmunkrankheit, die zu den Kollagenosen gehört

und neben der Haut auch das Bindegewebe von Gefäßen und inneren Organen befällt.

Auf seinem Grabstein wird er selbst zitiert:

*DIESSEITIG BIN ICH GAR NICHT FASSBAR
DENN ICH WOHNE GRAD SO GUT BEI DEN TOTEN
WIE BEI DEN UNGEBORENEN
ETWAS NÄHER DER SCHÖPFUNG ALS ÜBLICH
UND NOCH LANGE NICHT NAHE GENUG.*

Rosemarie Stein

Noch bis 8.2.2009;

Di, Mi, Fr 10-18, Do 10-22, Sa, So 11-18 Uhr

BERLINER ÄRZTE

12/2008 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 Piotter (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
Fotonachweis: Fotolia.com © Alexander Shalamov,
Alexander Yakovlev, Holger Buse, Increa, Magic Art,
Magic Art, Michael Paumann, Uolir

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-Gruner-Straße 62,
04107 Leipzig
Telefon 0341 710039-90, FAX -99
Internet: www.l-va.de
E-Mail: mb@l-va.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 Lesermanalyse Medizinischer Zeitschriften e.V.

ISSN: 0939-5784