

Rente mit 67 – auch im Berliner Versorgungswerk?



Foto: Stebitz

Dr. med. Elmar Wille

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

Diesen Monat sollen einschneidende Satzungsänderungen für die Berliner Ärzteversorgung auf den Weg gebracht werden. Das inflationär gebrauchte Wort „nachhaltig“ ist hier als Begründung für die Leistungsrechtsänderung, oder auch als Überschrift über alle neuen Regelungen, wirklich angebracht. Nachhaltig meinte, bevor es in den allgemeinen Wortschatz übergang, in der Forstwirtschaft, dass nur soviel Holzeinschlag in einem Wald, zum Beispiel innerhalb von fünf Jahren, vorgenommen wird, wie in derselben Zeit nachwächst. Sprich: Nie mehr entnehmen als das, was die Natur nachliefert!

Etwas beschönigend wird in unserer Gesellschaft vom Demographieproblem gesprochen, wenn die Armut an Kindern oder Kinderlosigkeit als Bedrohung der umlagefinanzierten gesetzlichen Rentenversicherung nicht wegdiskutiert werden kann. Die erheblich gestiegene Lebenserwartung mit ihren finanziellen Folgen für die Rentenversicherung (und die Krankenversicherung) wird ähnlich klein geredet oder sogar geleugnet. Dabei ist die Längerlebigkeit in der Tat deutlich häufiger geworden und beide sozialen Sicherungssysteme sind, wenn die Mehrkosten nicht irgendwie aufgefangen werden, bedroht. Die Statistiken sind eindeutig, die Zahlen massiv, sie sollten von der Ärzteschaft dankbar aufgegriffen werden. Trotz der Finanzierungsprobleme dankbar, weil erstens auch wir Ärztinnen und Ärzte sehr viel länger leben als noch vor 10 und 15 Jahren, und

weil zweitens unsere Arbeit – aller politischen und medialen bössartigen Unterstellungen zum Trotz – durch eben diesen Erfolg belegt, nicht so schlecht sein kann. Die „Gesellschaft des langen Lebens“ (Bundesärztekammerpräsident Hoppe) ist doch das Ergebnis insbesondere ärztlichen Bemühens.

Konkret: Wenn die Lebenserwartung zum Beispiel des 60-jährigen Arztes in Berlin 2002 im Vergleich zu 1991 um 3,4 Jahre höher ist, dann muss 3,4 Jahre länger Rente gezahlt werden. Weil die Dynamik der Entwicklung der durchschnittlichen Lebenserwartung immer wieder angezweifelt wird, noch eine vereinfachte Darstellung: Die neuen Sterbetafeln belegen für die unterschiedlichen Geburtsjahrgänge, dass die Lebenserwartung etwa um 1,5 Monate mit jedem Jahrgang steigt, zum Beispiel Frauen, geboren 1948, durchschnittlich 89 Jahre, aber Frauen, geboren 1978, durchschnittlich 93 Jahre erreichen. Das heißt, die Deckungsrückstellung (bei einer Durchschnittsrente von 2200 Euro und circa 23.000 Anwartschaftsberechtigten sowie über 3000 Altersrentnern) in der Berliner Ärzteversorgung muss um 690 Millionen Euro erhöht werden.

Am 24. September ist die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin als für das Versorgungswerk zuständiges

parlamentarisches Organ aufgefordert, darüber zu entscheiden. Dabei hat unser solide finanziertes Versorgungswerk aus den guten Gewinnrückstellungen von 2006 und 2007 bereits 307 Millionen für die Biometrie reserviert. Aber es bleibt dann immer noch eine Finanzierungslücke von 383 Millionen bei Gesamtdeckungsrückstellung von 5 Milliarden.

Bei der beschriebenen Längerlebigkeit als Ursache des Deckungsdefizits spricht alles dafür, zunächst die Rentenbezugszeit anzupassen, das heißt durch Einführung der Rente mit 67 Jahren zu verkürzen! Nicht in einem Schritt wie andernorts, aber gleitend. Bei Startjahr 2010 (Geburtsjahr 1950) und in 2-Monats-Schritten wäre auf diesem Wege schon der größte Anteil der Deckungslücke geschlossen. Ab dem Geburtsjahr 1962 würde die Beitragspflicht bis zum 67., bzw. bei Vorziehung bis zum 62. Lebensjahr bestehen. Wie immer in solchen Phasen des Engwerdens wird das gesamte Leistungsrecht abgeklopft werden. Es sollen keine Leistungszusagen gemacht werden, deren Finanzierung nicht bereits Ende 2008 geklärt ist. Also Prinzip „Nachhaltigkeit“ wie in der Forstwirtschaft.

Bei den wiederholten intensiven Beratungen in den Gremien der Ärzteversorgung war Konsens, dass die Last möglichst umgehend voll finanziert werden sollte. Der Rechnungszins von 4 Prozent soll weiterhin gehalten werden, trotz des Niedrigzins am Markt. Die gestaffelt verlängerte Beitragszeit sichert die hohen Rentenleistungen in unserer Rentenversorgung und wird am ehesten der unterschiedlichen Lebenserwartung der Geburtsjahrgänge gerecht. Der September 2008 wird also einige Diskussionen und einige grundlegende Entscheidungen in Ihrer Selbstverwaltung bringen.

E. Wille

TITELTHEMA.....

GRENZEN ÜBERWINDEN:**Sich selbst verändern –
die Welt verändern?**

Zum zehnten Mal tagt am 24. und 25. Oktober der Humanitäre Kongress in Berlin. Ein wichtiger Termin für alle, die sich für humanitäre Auslandseinsätze interessieren. BERLINER ÄRZTE möchte mit diesem Schwerpunkt die wichtigsten Fragen rund um das Thema beantworten und Interessenten für Auslandseinsätze eine Hilfestellung geben.

Von Sybille Golkowski14

MEINUNG.....

**Rente mit 67 – auch im Berliner
Versorgungswerk?**

Von Elmar Wille..... 3

BERLINER ÄRZTE aktuell..... 6

**Atypische Pneumologie in der
tropenmedizinischen Ambulanz**
Informationen des Instituts für
Tropenmedizin..... 11

BERUFS- UND GESUND-
HEITSPOLITIK**Qualitätssicherung in der
Schlaganfallversorgung**

Das Berliner Schlaganfall-Register

Von Hans-Christian Koennecke..... 24

**Wenn körperlich Kranke
psychisch gestört sind**

Durch die Arbeit von psychiatrischen
Konsiliardiensten und Liaison-Psycho-
logen kann vielen Patienten besser
geholfen werden.

Von Rosemarie Stein..... 26

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen.....10



Foto: Ärzte ohne Grenzen

Fortbildungskalender

Fortbildungsveranstaltungen der
Ärztekammer Berlin..... 22

PERSONALIEN.....

**Zum Tode von
Heinrich Wiesener..... 21**

BUCHBESPRECHUNGEN...

Stiftung Warentest und Verbraucher-
zentrale (Hrsg.):

**Allergien, Diagnose, Vorbeu-
gung, Behandlung.....27**

FEUILLETON.....

Babylons Medizin

Zwischen Magie und Wissenschaft

Von Rosemarie Stein..... 28

MEDIZINGESCHICHTE.....

Millionen für die Charité!

Zum 100. Todestag des preußischen
Kultusministers Friedrich Althoff

Von Andreas D. Ebert und

Von Matthias David..... 29

Impressum..... 42

Symposium zur Geschlechterforschung

Der feine Unterschied

Das 5. Berliner Symposium „Geschlechterforschung in der Medizin – Gender in Klinik und Arztpraxis“ findet am 11. Oktober im Deutschen Herzzentrum Berlin statt. Veranstalter ist das Berliner Institut für Geschlechterforschung in der Medizin (GiM) der Charité unter der Leitung von Professor Dr. med. Vera Regitz-Zagrosek. Dabei

sollen die für die klinische Tätigkeit aktuellen wissenschaftlichen Ergebnisse der Genderforschung herausgearbeitet werden. Im Mittelpunkt steht ein Austausch von Wissen aus klinischer Forschung und dem aus der Klinik-/Arztpraxis. Es sollen Geschlechterfragen u.a. aus der Rheumatologie, Nephrologie, Transplantationsmedizin sowie aus der Pulmologie, Unfall- und

Wiederherstellungschirurgie, Psychiatrie diskutiert werden. Darüber hinaus wird ein Überblick über die beruflichen Chancen von Ärztinnen gegeben.

Die Veranstaltung ist mit 6 Fortbildungspunkten zertifiziert.

Interessenten können sich bis zum 14. September anmelden unter:

Berliner Institut für Geschlechterforschung in der Medizin (GiM)

Geschäftsstelle Charité – Universitätsmedizin Berlin
Luisenstr. 65
10117 Berlin
Fax: 030/450-539 989
gim-office@charite.de
www.charite.de/gender

Die Teilnahmegebühr beträgt 20 Euro, ermäßigt (Stud.) 10 Euro.

Das Symposium findet statt im Deutschen Herzzentrum Berlin „Weißer Saal“, 2. OG
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin



ANZEIGE

IPPNW-Kongress

Kultur des Friedens

Die vier globalen Friedensbedrohungen Klimawandel, Kampf um Ressourcen, Armut und Gesundheit stehen im Zentrum des 3. Öffentlichen IPPNW-Kongresses Kultur des Friedens – Für eine solidarische Zukunft“, der vom 12. bis zum 14. September in der Urania Berlin stattfindet. Initiator ist der diesjährige Preisträger der Paracelsus-Medaille, Professor Dr. Dr. med. Horst-Eberhard Richter.

Das Thema „Marginalisierung der Weltmehrheit“ geht der Kongress vor allem aus einer medizinischen Sicht an. Im Forum „Armut und Gesundheit“ wird der alternative Weltgesundheitsbericht „Global Health Watch“ vorgestellt, der im November dieses Jahres neu erscheinen wird. Außerdem behandelt ein Workshop den bisher noch ungenügenden Zugang zu lebensnotwendigen Arzneimitteln für die Mehrheit der Menschen. Im Hinblick auf das WHO-Urteil „Der höchstmögliche Gesundheitszustand ist ein fundamentales Menschenrecht“ wird Gesundheit hier zur globalen Menschenrechtsfrage.

Armut und schlechte Gesundheitsversorgung bedingen sich gegenseitig und führen zu regionaler Destabilisierung. Dies zeigen der afrikanische Arzt Walter Odhiambo und der deutsche Arzt Florian Hugenberg exemplarisch am Beispiel Kenia in ihrem Workshop: „Verletzungen durch Kleinwaffen in Kenia. Wer trägt die Folgen?“. Mit den konkreten Folgen für die Gesundheit der Kinder beschäftigt sich die Hamburger Ärztin Nicola Kaatsch in dem Workshop „Kinder und Krieg – Perspektiven für Ihr Überleben“.

Das vollständige Programm des Kongresses sowie die Anmeldung sind zu finden unter:
www.kultur-des-friedens.de

Reinickendorfer Gesundheitstag

Krebsprävention und Früherkennung im Fokus

Das Bezirksamt Reinickendorf – Abteilung Gesundheit und Soziales – veranstaltet am **15. Oktober 2008** einen Reinickendorfer Gesundheitstag unter dem Motto „Krebsprävention und -früherkennung“ im Fontane-Haus im Märkischen Viertel (Wilhelmsruher Damm 142c, 13439 Berlin).

Dieser Gesundheitstag soll in Zusammenarbeit mit großen Krankenhäusern des Bezirkes Reinickendorf eine Informationsplattform zum Thema Krebserkrankungen und Krebsprävention bieten – zu verschiedenen Themenbereichen werden Vorträge

gehalten, um über Vorsagemöglichkeiten und spezielle Verfahren aufzuklären.

PROGRAMM:

16.30 Uhr:
Einlass und Begrüßung durch den Bezirksstadtrat für Gesundheit und Soziales, Andreas Höhne

17.00 Uhr:
Darmkrebsvorsorge
Chefarzt Dr. Frank Peter Job (Ärztlicher Direktor Dominikus-Krankenhaus Berlin) und Oberärztin Dr. Andrea Runck (Dominikus-Kranken-

haus Berlin) mit anschließender Diskussionsmöglichkeit

18.00 Uhr:
Pause mit Imbissangebot und Möglichkeit der Begehung eines Darmmodells

18.30 Uhr:
Gebärmutterhalskrebs und seine Vorstufen – vermeiden, früh erkennen und früh behandeln
Chefarzt Prof. Dr. Dr. Dr. Andreas D. Ebert (Vivantes Humboldt Klinikum) mit anschließender Diskussionsmöglichkeit

19.15 Uhr:
Mammographie-Screening für Frauen ab 50

Dr. Lisa Regitz-Jedermann (Leiterin des Referenzentrums Mammographie Berlin und der Reinickendorfer Screening-Einheit) mit anschließender Diskussionsmöglichkeit

ca. 20.00 Uhr:
Schlusswort durch den Bezirksstadtrat Andreas Höhne

Die Teilnahme ist kostenlos. Aus organisatorischen Gründen bittet das Bezirksamt für die Vorträge um Anmeldung unter:

Tel.: 030/90294-5082
Fax: 030/90294-2142
QPK@ba-rdf.verwalt-berlin.de.

ANZEIGE

Zusatzweiterbildung

Kurs Ernährungsmedizin jetzt an der Charité



Der Kurs „Ernährungsmedizin“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer 2007 wird im kommenden Jahr in Berlin an der Charité, Campus Virchow-Klinikum, stattfinden. Der Kurs wurde bisher mit Erfolg am DIFE/Nuthetal-Potsdam durchgeführt. Dieser Wechsel wurde erforderlich, da Kurse nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin immer im jeweiligen Kammergebiet stattfinden müssen. Da die Landesärztekammer Brandenburg in der Weiterbildungsordnung die Ernährungsmedizin als Zusatzweiterbildung nicht verankert hat, können Kurse aus diesem Gebiet nicht anerkannt werden.

2009 wird der Kurs in der Charité, Campus Virchow-Klinikum, Hörsaal 6, Mittelallee 10 (innen), Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin stattfinden.

TERMINE:

14.3. – 15.3.2009
28.3. – 29.3.2009
25.4. – 26.4.2009
9.5. – 10.5.2009
13.6. – 14.6.2009

Jeweils an jedem Tag von 9.00 bis 18.00 Uhr

Zeiten für das Praktikum werden bei Kursbeginn angegeben.

Anfragen und Anmeldungen sind zu richten an:
Berliner Diabetesgesellschaft
Dr. med. Thea Schirop
Uhlandstr. 173/174, 10719 Berlin
Tel.: 030/881 22 50
Fax: 030/887 25 682

Der Kurs ist als Weiterbildung für Berlin anerkannt; die Zertifizierung als Fortbildung wird beantragt.

Korrektur

Fehlerteufel

Erstklassig waren die zweiklassigen preußischen Landschulen seinerzeit, nicht „zweiklassig“, wie es uns der Druckfehlerteufel im Feuilleton „Vernunft fürs Volk“ (Heft 8/2008, S. 36) sinnverkehrend unterjubele.

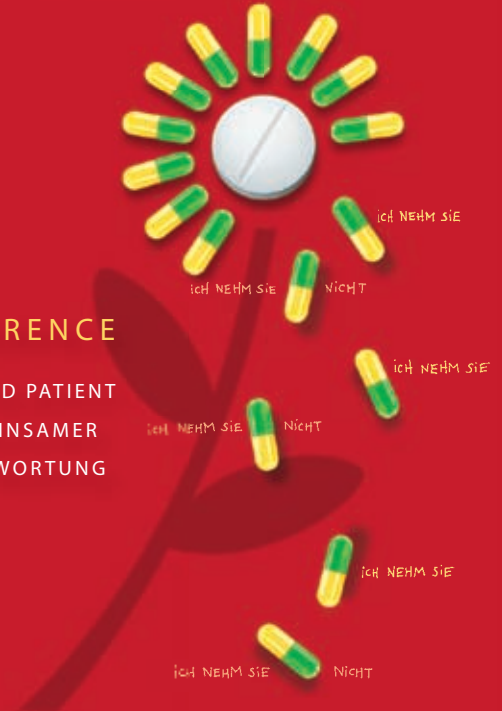
ANZEIGE

Berliner Gesundheitspreis 2008

GESAGT IST NICHT GETAN

ADHERENCE

ARZT UND PATIENT
IN GEMEINSAMER
VERANTWORTUNG



Bewerbungsfrist läuft aus

Die Bewerbungsfrist für den Berliner Gesundheitspreis 2008 läuft am 30. September aus. Der Berliner Gesundheitspreis ist ein bundesweiter Ideen-Wettbewerb von AOK-Bundesverband, AOK Berlin und der Ärztekammer Berlin, der seit 1995 alle zwei Jahre ausgeschrieben wird. Gesucht und prämiert werden innovative, praxiserprobte Modelle oder zukunftsweisende Versorgungskonzepte, die zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen beitragen können. Dafür stellen die Initiatoren Preisgelder in Höhe von 50.000 Euro zur Verfügung. Diesmal widmet sich der Berliner Gesundheitspreis dem Thema „Adherence – Arzt und Patient in gemeinsamer Verantwortung“. Dabei geht es um die partnerschaftliche Kommunikation zwischen Arzt und Patient mit dem Ziel, die Therapiemotivation zu erhöhen.

Die genauen Teilnahmebedingungen finden Sie in BERLINER ÄRZTE 5/2008, S. 21 oder unter www.berliner-gesundheitspreis.de sowie über die Geschäftsstelle Berliner Gesundheitspreis,



c/o AOK Bundesverband
Charlottenstr. 42, 10117 Berlin
Tel. 030/34 06 02-109
Fax: 030/34 06 02-100

Ärzttekammer: Veröffentlichung der Bonhoeffer-Patientenakten rechtswidrig

Die Ärztekammer Berlin sieht in der Veröffentlichung von Patientenakten aus der ehemaligen Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik durch das Landesarchiv Berlin einen klaren Rechtsbruch. „Die Diskussion, ob die Patientenakten nach 60 Jahren oder früher der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden dürfen, geht völlig an der Rechtslage vorbei“, betonte der Vizepräsident der Ärztekammer, Dr. med. Elmar Wille, in einer Presseerklärung. Im Landesarchivgesetz unter § 8 Absatz 9 Nr. 5 heißt es eindeutig: „Die Nutzung ist zu versagen oder einzuschränken, soweit Berufs- oder besondere Amtsge-

heimnisse im Sinne des § 203 Abs. 1 bis 3 des Strafgesetzbuches oder andere Rechtsvorschriften über Geheimhaltung verletzt würden.“ In § 203 StGB ist u.a. die ärztliche Schweigepflicht geregelt.

Die Kammer widerspricht damit der Rechtsauffassung des Landesarchivs und des Berliner Datenschutzbeauftragten Dr. Alexander Dix, wonach auch bei Patientenakten „grundsätzlich jeder das Recht hat, Archivgut nach Ablauf bestimmter Schutzfristen zu nutzen“. Außerdem sei die Veröffentlichung von Patientenakten von „Personen der

Zeitgeschichte“ zehn Jahre nach deren Tode möglich, so Dix und Professor Dr. Uwe Schaper, Direktor des Landesarchivs Berlin, in einer gemeinsamen Erklärung. „Die Frage nach Schutzfristen oder Prominenz des Patienten ist völlig unerheblich“, unterstrich Wille, „die Schutzwürdigkeit der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht und der Arzt-Patienten-Beziehung gilt uneingeschränkt.“

Patientendaten sind durch das allgemeine Persönlichkeitsrecht über den Tod hinaus geschützt.

Das Landesarchiv Berlin hatte kürzlich rund 90.000 Patien-

tenakten der ehemaligen Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik aus den Jahren 1880 bis 1960 von Vivantes erhalten und der Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

Darunter war auch die Akte des Schauspielers Klaus Kinski, der 1950 für einige Tage in der Klinik Patient war. Bei einer Pressekonferenz konnte u.a. Kinskis Patientenakte von Journalisten eingesehen werden. Dabei war auch der Name einer Ärztin zu lesen, in die Kinski verliebt gewesen sein soll.

Gegen die Veröffentlichung der Akte hatten die Anwälte seiner Witwe daraufhin Strafanzeige erstattet.

Opiate

Aut-idem-Austausch

Am Beispiel von Fentanyl-haltigen transdermalen Pflastersystemen („Schmerzpflaster“) hat sich herausgestellt, dass ein Aut-idem-Austausch von Opiatpflastern nicht pauschal durchgeführt werden kann. Nach Klarstellung durch das BMG darf ein Austausch nur vorgenommen werden, wenn die Freisetzungsrate (z.B. 50 µg/h) und die

Wirkstoffmenge identisch sind. Diese Gesamtmenge pro Pflaster variiert bei den einzelnen Präparaten z.B. mit gleicher Freisetzungsrate von 50 µg/h zwischen 5,5 mg und 11,5 mg Fentanyl, wobei der Gehalt des Originals ungefähr in der Mitte liegt. Dem Vorschlag einer pharmakritischen Fachzeitschrift ist zuzustimmen, bei einer Verordnung von opiat-haltigen Schmerzplastern ein preiswertes Generikum mit hohem Gesamthalt an Fentanyl zu wählen. Zusätzlich ist grundsätzlich zu erwägen, das **Aut-idem-Feld anzukreuzen**, um einen Austausch u.a. aus Sicherheitsgründen von vorneherein auszuschließen. In Kanada wurden kürzlich 52 Todesfälle zusammengestellt, die mit der Einnahme Fentanyl-haltiger Pflaster (seit 1992 auf dem Markt) in Zusammenhang gebracht werden.

Standard bleiben oral applizierbare Opiate, auch in retardierter Form. Bei diesen Präparaten ist ein Austausch ebenfalls nicht empfehlenswert. Die Bioäquivalenz wird mit großzügigen Grenzen von 80 bis 125 % Gesamtfreisetzung im Ver-

gleich zu 100 % des Originalpräparates festgelegt. 20 bis 25 % geringere oder höhere Freisetzung kann im Austausch Original gegen Generikum noch hinnehmbar sein. Es ist offensichtlich, dass beim Austausch zweier Generika im Extremfall circa 45 % eines Arzneistoffes weniger oder mehr systemisch wirksam werden können – bei Arzneistoffen wie Opiaten (oder anderen Arzneistoffen mit geringer therapeutischer Breite wie z.B. Antiepileptika, Schilddrüsenhormone) wegen einer möglichen Gefährdung der Patienten nicht tolerierbar.

Quellen: www.bfarm.de, www.arzneitelegramm.de, Pharm.Ztg. 2008; 153: 2352

*Nahrungsergänzungsmittel (NEM)***Hinweise des BfR**

Das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) informiert in einem

Fragen/Antworten-Katalog über Nahrungsergänzungsmittel(NEM). Oft gestellte Fragen wie Definition von NEM, Abgrenzung zu Arzneimitteln, Kontrolle, Bezugshinweise, Sinn einer Nahrungsergänzung und Höchstmengen werden beantwortet. Da aufgrund von Werbeaussagen interessierter Hersteller oder alternativer Gruppierungen (z.B. die sog. „orthomolekulare Medizin“) neutrale Informationen über NEM Mangelware sind, könnte diese Stellungnahme des BfR hilfreich sein, wenn sich Patienten an den sie betreuenden Arzt wenden. Grundsätzlich gilt, dass in Deutschland keine Unterversorgung oder gar Mangel an Vitaminen, Spurenelementen oder anderer Nährstoffe vorliegt – eine ausgewogene Ernährung vorausgesetzt.

Quelle: www.bfr.bund.de

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

Atypische Pneumonie in der tropenmedizinischen Ambulanz

Der 17-Jährige war mit Vater und Bruder für 14 Tage nach Kuba gereist. 10 Tage nach Rückkehr klagt er über starke Gliederschmerzen, Fieber um 40°C, und trockenen Husten. 5 Tage nach Beginn der anhaltenden Symptomatik sehen wir den Erkrankten in der tropenmedizinischen Ambulanz. Wichtigste Differenzialdiagnosen sind Dengue-Fieber und Typhus. Der Dengue-Schnelltest ist negativ. Das CRP ist 15-fach erhöht. Der Patient erhält ein Betalaktam der 3. Generation. Die nächsten 5 Tage bringen keine Besserung.

Das Thorax-Röntgenbild zeigt bei unauffälliger Auskultation großflächige Infiltrate im linken Unterlappen, woraufhin ein Makrolid hinzugegeben wird. Eine Woche später geht es dem Patienten deutlich besser. Nun sind auskultatorisch links-pulmonale Rasselgeräusche hörbar. Serologisch werden spezifische Antikörper der Klassen IgG und IgM gegen *Mycoplasma pneumoniae* nachgewiesen. Auch der 47-jährige Vater entwickelt drei Tage nach seinem Sohn Schüttelfrost und Fieber um 38,5°C bei deutlichem CRP-Anstieg. Im Röntgenbild ist ein interstitielles Lingula-Infiltrat nachweisbar, die Auskultation ist unauffällig. Der Verlauf ist leichter, therapeutisch wird ein Fluorchinolone eingesetzt. Es lassen sich spezifische IgG-Antikörper gegen *M. pneumoniae* nachweisen. Bei dem beschwerdefreien 13-jährigen Bruder fallen hochtitrige spezifische Antikörper der Klassen IgG, IgM und IgA gegen *M. pneumoniae* auf.

Mycoplasmen sind weltweit verbreitet, ihr Anteil an ambulant erworbenen Pneumonien wird mit 15-30% angegeben. In Entwicklungsländern sind Atemwegserkrankungen insgesamt bei hoher Mortalität sehr häufig. Trotz kaum vorliegenden

Untersuchungen zur Häufigkeit von *Mycoplasma*-Pneumonien ist von einem ähnlich hohen Anteil wie in der industrialisierten Welt auszugehen. Die Übertragung erfolgt per Tröpfcheninfektion oder durch direkten Kontakt, die Inkubationszeit liegt bei drei Wochen. Gut dokumentiert sind neben intrafamiliären Ausbrüchen Kleinerepidemien in Gruppeneinrichtungen wie Schulen und Kasernen. Der Verlauf ist sehr variabel, die Prognose im Allgemeinen gut, letale Ausgänge sind

Institut für Tropenmedizin



jedoch beschrieben. Gehäuft kommt

es zu extrapulmonalen Manifestationen wie Otitis, Erythema nodosum, Arthritis und Myokarditis. Zu den schweren Komplikationen zählen Meningitis, Encephalitis, Guillain-Barré Syndrom und transverse Myelitis. Der Erregernachweis mittels Kultur oder PCR ist aufwändig. In der Praxis reichen klinisches Bild und Serologiemessung aus. Therapeutisch wirksam sind Makrolide, Doxycyclin und Fluorchinolone. Im vorliegenden Fall gehen wir von einer gemeinsam auf Kuba erworbenen *M. pneumoniae*-Infektion aus, die zu unterschiedlich ausgeprägten klinischen Verläufen geführt hat. Der fehlende spezifische IgM- oder IgA-Antikörperrnachweis beim Vater deckt sich mit der Beobachtung, dass bei Erwachsenen auch eine akute Infektion nur zum Anstieg spezifischer Antikörper der IgG-Klasse führen kann.

Dr. med. Sebastian Dieckmann

Dr. med. Camilla Rothe

Institut für Tropenmedizin

Spandauer Damm 130

14050 Berlin

www.charite.de/tropenmedizin



Fortbildung

12. Wiedereinstiegskurs für Ärztinnen und Ärzte nach berufsfreiem Intervall

Veranstalter – Information – Anmeldung

Kaiserin-Friedrich-Stiftung
für das ärztliche
Fortbildungswesen
Robert-Koch-Platz 7
10115 Berlin

Tel.: 030 / 308 889-20, Fax -26

E-Mail: kfs@Kaiserin-Friedrich-Stiftung.de

Weiter Informationen: www.kaiserin-friedrichstiftung.de

Wissenschaftliche Leitung

Prof. Dr. med. Jürgen Hammerstein

Fortbildungsinhalt

Referate renommierter Berliner Ärzte aus Klinik und Praxis mit ausgiebigen Diskussionen zur Aktualisierung des medizinischen Wissens auf den wichtigsten Gebieten der ärztlichen Grundversorgung

Fortbildungsangebot

Ca. 70 Stunden ärztliche Fortbildung und ggf. Vermittlung eines Hospitationsplatzes

Zielgruppe

Ärztinnen und Ärzte, die nach berufsfreiem Intervall wieder in ihrem Beruf tätig werden wollen (max. 42 Teilnehmer, min. 25 Teilnehmer)

Tagungsort

Kaiserin-Friedrich-Haus

Termin: 12.-23.01.2009

Teilnehmergebühr

900 € (inkl. Mittags- und Pausenversorgung)

Anmeldeschluss: 15.12.2008

Fortbildung



In der psychotherapeutischen und ärztlichen Versorgung von durch Krieg, Verfolgung und Flucht traumatisierten Kindern und Jugendlichen spielt eine unsichere Lebenssituation der Betroffenen eine zentrale Rolle bei der Behandlung der häufig komplexen Gesamtsymptomatik. Neben sprachlichen und kulturellen Differenzen stellt eine in der Regel jahrelange Aufenthaltsunsicherheit

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten im Land Berlin

Diagnostik und Behandlungsaspekte bei traumatisierten Flüchtlingskindern und -jugendlichen

und deren Auswirkungen auf die Familiendynamik eine besondere Schwierigkeit für die Bearbeitung traumatischer Ereignisse dar. Aspekte von Schweigepflicht, von alters- und kulturspezifischem Coping, von Verlust und Verfolgung müssen bei der Behandlung einer kriegs- und fluchtbedingten Traumafolgestörung besondere Beachtung finden.

In dieser Fortbildungsveranstaltung können interessierte Therapeuten und Ärzte, die Kinder und Jugendliche behandeln, ihre Behandlungskompetenzen erweitern, um einen Beitrag zur (psychischen) Gesundheit traumatisierter Flüchtlingskinder,

auch derer mit ungesichertem Aufenthaltsstatus, zu leisten. Besondere Beachtung wird der Gruppe der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge gewidmet.

TERMIN:

Freitag, 17.10.2008,
14:00-17:30 Uhr und
Samstag, 18.10.2008,
09:00-17:30 Uhr

VERANSTALTUNGSORT:

Haus der Diakonie,
Paulsenstr. 55/56, 12163 Berlin

ANMELDUNG ERFORDERLICH/ INFORMATION:

Frau Hofmann-Britz

(Psychotherapeutenkammer Berlin): Tel.: 88 71 40-0;
Fax: 88 71 40-40

TEILNEHMERGEBÜHR: 220 €

Die Veranstaltung ist ein gemeinsames Projekt der Ärztekammer Berlin und der Psychotherapeutenkammer Berlin zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit.

Mitwirkung:
Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin.
Die Teilnahme an der Veranstaltung ist mit 20 Punkten anerkannt.

MUT

Bewegender Abschied von Helga Schick



Die MUT-Geschäftsführerin bedankt sich bei ihren Mitarbeitern.

durch die Arbeit von Helga Schick nach der Wende gelungen sei, die Angst der Ärzte auf der Ostseite und die Arroganz der Ärzte auf der Westseite zu überwinden.

Helga Schick dankte für die warmen Worte und gab sie an ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weiter. „Ich gehe mit Optimismus und Zuversicht in den neuen Lebensabschnitt“, sagte sie. Sie wisse die MUT bei ihrer langjährigen Mitarbeiterin in besten Händen. Diese dankte der Kammer für ihre Berufung. Das von Helga Schick überreichte Zepter wolle sie als Glücksbringer und Talisman aufbewahren, erklärte Lange.

MUT-Geschäftsführerin Dr. med. Helga Schick hat am 31. Juli im wahrsten Sinne des Wortes das Zepter an ihre Nachfolgerin Bettina Lange übergeben. Bei der Feier zu ihrer Verabschiedung in der Zwingli-Kirche am Rudolfplatz in Friedrichshain überreichte sie der langjährigen MUT-Finanzleiterin symbolisch ein goldenes Zepter.

Die Arbeitsmedizinerin hatte seit 1991 die Geschicke der Kammertochter MUT Gesellschaft für Gesundheit maßgeblich gelenkt und das Unternehmen zusammen mit ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unter teils widrigen Umständen zu einer erfolgreichen Beschäftigungs- und Qualifizierungsgesellschaft aufgebaut (siehe Interview BERLINER ÄRZTE 7/2008, S. 12).

Kammervizepräsident Dr. med. Elmar Wille dankte Schick für die aufopferungsvolle Arbeit und sicherte ihrer Nachfolgerin Lange weiterhin die volle Unterstützung der Ärztekammer zu. „Frau Dr. Schick hat immer einen Blick für die Not gehabt, die Lücken im Sozialsystem hat sie aufgespürt“, sagte Wille. Durch ihre Arbeit sei die MUT zu einem stabilen und verlässlichen Partner in der Trägerlandschaft geworden.

Die Senatorin für Integration, Arbeit und Soziales, Dr. Heidi Knake-Werner (Die Linke) würdigte Schick als jemanden, der zuhören und mit guten Argumenten für seine Ziele werben und streiten konnte.

Dr. med. Gertrud Gumlich, eine ehrenamtliche Ärztin der ersten Stunde, sagte, dass es



Helga Schick (li) übergibt ihrer Nachfolgerin Bettina Lange das Zepter.



Kammervizepräsident Elmar Wille würdigt die Verdienste von Helga Schick.

Fotos: S. Rudat

Sich selbst verändern –

Am 24. und 25. Oktober tagt der Humanitäre Kongress zum zehnten Mal in Berlin. Ein wichtiger Termin für alle, die sich für humanitäre Auslandseinsätze interessieren. BERLINER ÄRZTE möchte mit diesem Schwerpunkt die wichtigsten Fragen rund um das Thema beantworten und Interessenten eine Hilfestellung geben.

Von Sybille Golkowski



Die Welt verändern?

Sie kommen zurück und sind nicht mehr die Gleichen. Ärztinnen und Ärzte, die eine Zeit ihres Berufslebens in der humanitären Hilfe oder in der Entwicklungszusammenarbeit tätig waren, spüren, wie sich ihre Perspektive verschiebt. Peter Tinnemann, Leiter des Projektbereichs Internationale Gesundheitswissenschaften an der Charité und früher Chef der Programmabteilung bei „Ärzte ohne Grenzen“ sagt: „Die Arbeit vor Ort verändert die Helfer.“ Tinnemann geht davon aus, dass alle, die lange in der Entwicklungsarbeit tätig sind, mit der Nase auf strukturelle Probleme und deren Ursachen stoßen. Sie werden im guten Sinne des Wortes „politisiert“ und verstehen die Welt nach ihrer Rückkehr besser oder – sollte man sagen – anders als zuvor. Zudem schärft die Konfrontation mit vielen in Mitteleuropa seltener vorkommenden Krankheiten und Verletzungen den ärztlichen Blick und schafft Erfahrungen, die man nicht mehr verliert.

Insofern ist ein Auslandseinsatz immer eine individuelle Bereicherung in einem ärztlichen Arbeitsleben – menschlich wie fachlich. Doch wie sieht es auf der anderen Seite aus? „Tun wir das Richtige?“ und „Kommt unsere Hilfe auch dort an, wo wir sie haben wollen?“ sind Fragen, die im Raum stehen, seit es Humanitäre Hilfe gibt. Am 24. und 25. Oktober tagt der Humanitäre Kongress zum zehnten Mal in Berlin. Und neben viel Fachfortbildung zum diesjährigen Leitthema „Tuberkulose“ werden auch diese Fragen im Zentrum der Veranstaltung stehen.

Ein wichtiges Thema wird auch die Reflektion der Wirkung humanitärer Hilfe und Entwicklungszusammenarbeit 30 Jahre nach der Deklaration von Alma Ata (1978) sein. Die namensgebende Stadt in Kasachstan war seinerzeit Schauplatz einer gemeinsam von WHO und UNICEF veranstalteten Konferenz. Dort wurde das Ziel von

Entwicklungszusammenarbeit in punkto Gesundheit neu ausgerichtet. Die damals 134 Teilnehmerstaaten verpflichteten sich, künftig vor allem eine wohnortnahe Primärversorgung für die Bevölkerung aufzubauen und damit Gesundheit für alle sicherzustellen. Wurde dieses Ziel erreicht?

Von der Jobbörse zur internationalen Plattform

Der Kongress – übrigens durchgängig in englischer Sprache abgehalten – sammelt zu seinem zehnten Jubiläum Fachleute der Not- und Katastrophenhilfe und der Entwicklungszusammenarbeit aus aller Welt. Ursprünglich war er 1997 von der Ärztekammer Berlin ins Leben gerufen worden. Man wollte Ärzten, die einen Auslandseinsatz planen, erste Kontakte zu Hilfsorganisationen ermöglichen und Erfahrungsberichte präsentieren. Mittlerweile organisiert „Ärzte ohne Grenzen“ federführend den Kongress. Die Veranstaltung hat sich neben ihrem Fortbildungsschwerpunkt zu einem international anerkannten Erfahrungsaustausch der Fachszene gemauert. Inzwischen sind auch das Deutsche Rote Kreuz, die Schweizer Hilfsorganisation Medair und „Ärzte der Welt“ als Co-Veranstalter an Bord. Zielgruppe sind neben erfahrenen Projektkoordinatoren auch Ärzte, die bereits Auslandseinsätze hinter sich haben wie solche, die einen solchen Schritt für die Zukunft planen. Marc Lauriac, der den Kongress im Auftrag der Veranstalter organisiert, geht davon aus, dass die Podiumsdiskussionen dem Publikum zeigen, welche Akzente die Hilfsorganisationen jeweils setzen. Interessenten merken, welche Organisation für sie geeignet ist und welche möglicherweise nicht. Gelegenheit zur direkten Kontaktaufnahme besteht im „Humanitären Forum“, in dem sich die Hilfsorganisationen während der Pausen mit Ständen präsentieren und natürlich auch in den Veranstaltungen selbst.

Welche Qualifikationen werden gebraucht?

Wer sich dort umhört, wird schnell feststellen, dass der Bedarf der Organisationen an Ärzten bezüglich Know how und Vorerfahrungen höchst unterschiedlich ist. Es stimmt nicht, dass die Hilfsorganisationen nur erfahrene Chirurgen, Gynäkologen oder Kinderärzte suchen. Zwar sind diese Facharztgruppen sowie geschulte Epidemiologen besonders gefragt und je mehr Berufserfahrung sie vorweisen können, umso besser. Aber auch für Kurzeinsätze in Katastrophen- oder Krisengebieten werden Ärzte gesucht. Hier geht es oft darum, mit einfachen aber wirksamen Mitteln eine Basisgesundheitsversorgung sicherzustellen und heimisches Personal zu trai-

Aufbaustudiengang „International Health“

Für alle, die sich langfristig für die Arbeit im Bereich Humanitäre Hilfe oder in der Entwicklungszusammenarbeit interessieren, gibt es den Aufbaustudiengang zum „Master of Science in International Health“. Er wird seit 1999 an der Charité/Berlin angeboten und kann berufsbegleitend über bis zu fünf Jahre in Teilzeit oder ein Jahr vollzeitig studiert werden. Teile des Studiums müssen an einer anderen europäischen Universität absolviert werden. Vor dem Abschluss ist eine einjährige Berufstätigkeit in einem Entwicklungs- oder Schwellenland nachzuweisen. Der Einstieg erfolgt jeweils zum Wintersemester. Der Studiengang wird ausschließlich in englischer Sprache abgehalten. Die Kursgebühren belaufen sich über das gesamte Studium auf etwa 8.500 bis 10.000 Euro. Neben Berlin bietet nur noch die Universität Heidelberg einen solchen Studiengang in Deutschland an.

nieren. Im Zentrum stehen dabei oft die Behandlung akuter Infektionskrankheiten, die Folgen von Unterernährung und das Impfen. Hier sind auch Allgemeinmediziner, Internisten und Weiterbildungsassistenten aller Fächer gut einsetzbar. Gutes Englisch ist allerdings eine wichtige Voraussetzung. Grundsätzlich ist zwischen eher kürzer angelegten Projekten der akuten Krisen- und Nothilfe und langfristigeren, oft mehrjährigen Einsätzen in der aufbauenden Entwicklungszusammenarbeit zu unterscheiden. Im ersteren Feld sind viele nichtstaatliche Organisationen tätig, im letzteren vor allem die Deutsche Gesellschaft für technische Zusammenarbeit (GTZ), der Deutsche Entwicklungsdienst (DED) und die Stiftungen der Parteien. Aber es gibt auch viele Institutionen, die in beiden Feldern oder an Schnittstellen arbeiten; allen voran das Deutsche Rote Kreuz oder „Ärzte ohne Grenzen“.

Was die Helfer vor Ort erwartet, ist höchst unterschiedlich. Von allzu romantischen Vorstellungen sollten sich Interessenten aber lösen. „Sie finden heute zwar immer noch alle möglichen Organisationen mit allen möglichen Graden an Ausstattung und Vorbereitung. Und natürlich kann man auch heute noch vereinzelt im Busch beim Licht einer Funzel operieren, aber darum geht es nicht. Von den Zeiten der Barfußmedizin sind wir inzwischen meilenweit weg“, so Peter Tinnemann. Die großen Hilfsorganisationen sind gut organisiert und logistisch hervorragend

Online-Jobbörse

Für Jobs in der Humanitären Hilfe und Entwicklungszusammenarbeit gibt es die Jobbörse www.epojobs.de, in der die meisten Ausschreibungen der Branche zu finden sind. Gesucht werden nicht nur Ärztinnen und Ärzte, sondern auch Techniker, Logistiker und Angehörige anderer Berufsgruppen.



Foto: Ärzte ohne Grenzen

Katja Kusche, in der Facharztweiterbildung zur Anästhesistin und Master of Science in International Health

Zwei Auslandseinsätze mit „Ärzte ohne Grenzen“, drei und sechs Monate in Darfur/Sudan. Basisgesundheitsversorgung in einem Vertriebenenlager und Ernährungszentrum in den Bergen.

„Beide Einsätze waren absolut sinnvoll und wichtig, da es in dem Gebiet, in dem wir arbeiteten, keinerlei staatliche Gesundheitsversorgung gab und auch keine andere Hilfsorganisation tätig war. Ein sehr wichtiger Bestandteil unseres Einsatzes war das Training von einheimischen medizinischen Kräften. Training, Training, Training, das war ungeheuer wichtig. Mit europäischen Standards war die Arbeit nicht vergleichbar, doch wir haben mit einfachen Mitteln sehr viel bewirkt. So gab es zum Beispiel keine Labor- und Ultraschalluntersuchungen. Man musste sich auf seine Hände, Ohren und den klinischen Blick verlassen.“

Es war immer auch Organisationstalent gefragt. Zum Beispiel hatten wir bei einem meiner Einsätze alles für ein ambulantes Ernährungszentrum vorbereitet, das darauf ausgerichtet war, die Menschen mit Informationen und spezieller therapeutischer Nahrung für mangelernährte Kinder für zu Hause zu versorgen. Plötzlich war das Lager aber voll mit schwerkranken Kindern, von denen viele für mehrere Tage eine Magensondenernährung brauchten und wegen Lungenentzündungen und Hautkrankheiten akut medizinisch versorgt werden mussten. Wir mussten umorganisieren und alles auf die neue Situation vorbereiten, bevor wir mit dem weitermachen konnten, was wir eigentlich vorhatten.“

aufgestellt. Man macht komplexe medizinische Versorgung mit guten Medikamenten und gutem Gerät. Die Zeiten, da in der Hausarztpraxis um die Ecke tütenweise Altmedikamente gesammelt und an die „Dritte Welt“ weitergereicht wurden, sind vorbei.

Die Arbeit ist gefährlicher geworden

Humanitäre Hilfe ist aber nicht nur professioneller, sondern leider auch riskanter geworden. Das bestätigen die großen Organisationen einmütig. Mit dem Ende des Kalten Krieges ist die Welt nicht eben friedlicher geworden – im Gegenteil. Bürgerkriege (Kongo, Kosovo, Ruanda, Sudan/Darfur) und zermürbende unübersichtliche bewaffnete Dauerkonflikte (Afghanistan) sind heute

die Schauplätze vieler Einsätze. In diesen Gebieten ist kriegsbedingt die Basisgesundheitsversorgung ausgesprochen lückenhaft oder völlig zusammengebrochen. Gegeneinander kämpfende Konfliktparteien benutzen die Helfer im Lande zuweilen als Spielball ihrer Interessen, behördliche Schikanen wie ungezielte Attacken selbsternannter Rebellen halten Koordinatoren vor Ort in Atem.

All dies ist nachzulesen im Buch „Schmerzgrenzen – Unterwegs mit Ärzten ohne Grenzen“, in dem die Journalistin Petra Meyer Erfahrungsberichte von Ärzten und anderen Helfern zusammengetragen hat. Sicherheits- und Logistikprobleme binden nicht selten einen großen Teil der Aufmerksamkeit und Kraft. Selbstverständlich sind die teure Ausrüstung, die Fahrzeuge, das

Material auch Objekt der Begierde. Es bringt Geld auf dem Schwarzmarkt und das ist für Einzelne manchmal interessanter als eine gute Gesundheitsversorgung für die Region.

Ärzte händeringend gesucht

Vielleicht liegt es an den wachsenden Gefahren der Einsätze, dass sich heute weniger Ärztinnen und Ärzte für die Arbeit in der Humanitären Hilfe interessieren als noch vor 20 Jahren. Viele Hilfsorganisationen suchen händeringend ärztliches Personal und finden es nicht. „Das ist ein Thema, das uns heftigste Bauchschmerzen verursacht“, sagt Dr. Winfried Zacher, Ärztlicher Leiter des Gesundheitsprogramms des DED. Nach seiner Beobachtung ist es

Dr. med. Wolf-Dieter Hoffmann, niedergelassener Gynäkologe

Ende der 80er Jahre dreijähriger Einsatz für die Hanns-Seidel-Stiftung als stellvertretender Leiter eines Projektes zum Aufbau eines Basisgesundheitsystems im Norden von Zaire, der heutigen Demokratischen Republik Kongo. Seine Frau und seine beiden damals kleinen Kinder waren während des gesamten Einsatzes mit dabei.

„Zusammen mit einem einheimischen Partner galt es, in einer Region von 450 mal 100 Kilometer ein Netz von Basisgesundheitseinrichtungen zu etablieren. Das Projekt war auf zehn Jahre angelegt und sollte dann dem einheimischen Partner übergeben werden. Betreut wurden von uns ein Referenzkrankenhaus, drei Allgemeinkrankenhäuser, 24 periphere Gesundheitsstationen, eine Krankenpflegeschule und eine Regionalapothek. Das Gesamtprojekt war in dem nationalen Gesundheitsplan eingebettet.

Medizinisch war die Zeit ausgesprochen interessant. Operativ musste eine breite Palette geburtshilflicher (regelwidrige Geburtslagen), gynäkologischer (Bauchhöhlenschwangerschaften, Tuboovarialabszesse) und chirurgischer (eingeklemmte Hernien, Knochenbrüche) Eingriffe durchgeführt werden. Neben den typischen Tropenkrankheiten war auch AIDS bereits ein Thema (jeder dritte Patient); dementsprechend gab es viele Fälle von Tuberkulose. Des Weiteren führten wir Ernährungs-, Hygiene- und Gesundheitsberatungsprogramme sowie Aktionen zur Familienplanung und Impfungen durch. Wir hatten jeden Tag das Gefühl, dass wir wirklich gebraucht werden.

Was die Nachhaltigkeit solcher Entwicklungshilfeprojekte angeht, sollte man sich jedoch keinen Illusionen hingeben. In Staaten, deren politisches System korrupt und zerrüttet ist und in denen die arme Bevölkerung in täglichem Überlebenskampf steht, können Projekte sofort zusammenbrechen, sobald sich die ausländischen Geberorganisationen zurückziehen. In der Nachbarregion gab es ein mit amerikanischer Hilfe aufgebautes Krankenhaus. Als die Amerikaner gingen, wurde die Klinik regelrecht geplündert. Wenige Wochen später fand man dort nicht einmal mehr ein Bett. Aber zumindest für die Projektphase hat man einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung geleistet.“





Dr. med. Ida Beier, ehemalige Betriebs- und Amtsärztin, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizinerin im Ruhestand

Acht Einsätze mit dem „Komitee Ärzte für die Dritte Welt“. Mitarbeit in kleinen, teilweise fahrenden Ambulanzen in den Slums von Kalkutta und Nairobi zur kostenlosen Notversorgung der Bevölkerung. Die frühere Betriebsmedizinerin und spätere Amtsärztin aus Ost-Berlin erfüllte sich erst im fortgeschrittenen Alter ihren Jugendtraum, in der Humanitären Hilfe tätig zu sein. Als die Kinder aus dem Haus waren und die Mauer fiel, geriet das lang vergessene Thema für sie erstmals in greifbare Nähe. Für ihre ersten Auslandseinsätze in Kalkutta nahm sie ihren gesamten Jahresurlaub. Als Rentnerin ist sie nun zeitlich flexibler.

„Fachlich ist die Arbeit an sich kein Problem, man ist schnell drin. Man muss jedoch eine gewisse Risikofreude und auch Neugier mitbringen und improvisieren können, denn Sie planen was und es kommt plötzlich ganz anders.“

Die diagnostischen und technischen Möglichkeiten waren sehr gut, das Labor auch, wir konnten eine gute Versorgung leisten. Sehr viel aufwändiger als in Deutschland ist jedoch die Anamnese, denn die Patienten sind oft HIV-positiv, multimorbide, haben zahllose on/off-Beschwerden und vieles Verschleppte, was sie schon lange mit sich herumtragen.“

Die Arbeit in Nairobi war insofern belastend und traurig, als wir bei vielen AIDS-Patienten mitbekommen haben, was die Krankheit für ihr soziales Umfeld und ihre Familien bedeutet. Das sind Geschichten, die lassen Sie nicht mehr los. Bei allen Einsätzen in den Slums sehen Sie eine Armut, die man sich hier in Deutschland überhaupt nicht vorstellen kann. Beeindruckt haben mich dabei der Stolz und die innere Haltung der Menschen in Kalkutta. Sie konnten noch so arm sein, es konnte ihnen noch so schlecht gehen, sie behielten eine innere Würde, die uns Europäern weitgehend fremd ist.“

fast unmöglich, derzeit Ärzte für die Entwicklungshilfe zu rekrutieren. Seit etwa zwölf Jahren schon bemerkt der DED einen deutlichen Rückgang des Interesses. Und der Abwärtstrend hält an.

„Auch wir beobachten einen dramatischen Einbruch bei den ärztlichen Bewerbern für Auslandseinsätze“, sagt Bettina Strelau, Sachgebietsleiterin Personal beim Deutschen Roten Kreuz. Dort schreibt man das Phänomen der entspannten Arbeitsmarktlage in Deutschland zu. Die jungen Kollegen haben die Möglichkeit, sofort gute Stellen zu bekommen, einige Jahre im humanitären Auslandseinsatz sind da nicht mehr so interessant. Das würde allerdings bedeuten, dass Auslandseinsätze immer nur als jobtechnische „Lückenfüller“ eingeplant werden. Spricht man jedoch mit Ärzten, die in der Humanitären Hilfe oder der Entwicklungszusammenarbeit tätig waren, hat man nicht den Eindruck, der Einsatz war eine Notlösung. Im Gegenteil. Er wurde gewollt, lange schon geplant und ist fester Bestandteil der beruflichen Vita. Eine Mischung aus Überzeugung, dem Wunsch, wirklich gebraucht zu werden, und – wer wollte das bestreiten – Abenteuerlust treibt die Bewerber an; weniger der Blick auf den heimischen Arbeitsmarkt.

Wer gehen will, braucht Chuzpe. Denn der hiesige Ärztemangel führt auch dazu, dass Kliniken Freistellungsanträge ihrer Ärzte für Auslandseinsätze ablehnen, weil sie keine Vertreter finden. So müssen Interessenten – wenn sie denn sechs bis zwölf Monate oder gar länger im Ausland tätig werden wollen, gänzlich ihre Stellen kündigen – wovor viele zurückschrecken. Winfried Zacher wundert das. Denn gerade der entspannte Ärztearbeitsmarkt müsste Interessenten Mut zum Absprung machen, da sie sicher sein können, nach der Rückkehr schnell wieder einen Job zu finden. Aber welchen? Vermutlich ist es das, was Ärzte zögern lässt.

Wie wird bezahlt?

Eine Bremse bei der Personalrekrutierung könnte auch die Bezahlung sein. Die meisten Organisationen zahlen ihren Projektmitarbeitern eine Kompensation zwischen 650 und 1200 Euro sowie die Unterbringungs- und Verpflegungskosten vor Ort. Das reicht zwar, um zuhause die Miete und einige Versicherungen weiter zu bezahlen, für die Jobsuche nach der Rückkehr sollte allerdings etwas zurückgelegt werden. Besser bezahlt das Deutsche Rote Kreuz, das sich bei mittel- bis langfristigen Einsätzen am BAT orientiert. Recht gut dotiert sind die allerdings raren Stellen bei der GTZ, den politischen Stiftungen der Parteien, die zuweilen Projekte der Entwicklungszusammenarbeit auflegen und auch durch die CIM vermittelte Stellen.

Echter Idealismus ist hingegen bei Entsendeorganisationen wie den „Ärzten für die Dritte Welt“ gefragt. Hier wird lediglich die Unterbringung vor Ort übernommen, die Bewerber müssen jedoch ein halbes Flugticket selbst bezahlen und erhalten darüber hinaus keine weitere Entschädigung. Aber vielleicht belegen gerade die hier engagierten Ärzte, dass das Interesse an der Humanitären Hilfe am Ende keine Frage des Geldes ist. Den Bewerbern geht es um die Erfahrung, um den Blick über den Tellerrand und das Bewusstsein, dort zu helfen, wo es Menschen wirklich schlecht geht.

Wie kommt man in den Personalpool?

Bei ihrer Personalauswahl sind die Organisationen übrigens gründlich – genommen wird bei weitem nicht jeder. In der Regel wird zunächst auf Basis einer schriftlichen Bewerbung vorsortiert; meist folgen dann Auswahlgespräche – zuweilen als Telefoninterviews (wie zum Beispiel beim Deutschen Roten Kreuz). Erst im direkten Gespräch, für das sich die Organisationen allesamt viel Zeit nehmen, wird entschieden, ob

Auswahl in Deutschland tätiger Entsendeorganisationen

Staatliche Organisationen	
GTZ, Dt. Gesellschaft für technische Zusammenarbeit	www.gtz.de
DED, Deutscher Entwicklungsdienst gGmbH	www.ded.de
CIM, Centrum f. Internationale. Migration u. Entwicklung	www.cimonline.de
Nichtstaatliche Organisationen (NGO's)	
DRK, Deutsches Rotes Kreuz	www.drk.de
Ärzte ohne Grenzen e.V.	www.aerzte-ohne-grenzen.de
Ärzte der Welt e.V. - Médecins du Monde	info@aerztederwelt.org
Medair Germany	www.medair.org
Komitee Ärzte für die Dritte Welt e.V.	www.aerzte-dritte-welt.de
Arbeitsgemeinschaft Entwicklungshilfe e.V. AGEH	www.aegh.de
Evangelischer Entwicklungsdienst e.V. (EED)	www.eed.de
Komitee Cap Anamur/ Deutsche Notärzte e.V.	www.cap-anamur.org
Malteser International	www.malteser-international.org

sich der Bewerber für das Einsatzprofil eignet. Die Art der Einsätze ist sehr unterschiedlich. Der DED zum Beispiel schickt seine Mitarbeiter in der Regel für zwei Jahre ins Ausland. Gesucht werden dafür erfahrene Fachärztinnen und -ärzte, die möglichst schon über Auslandserfahrung verfügen. Das DRK hingegen kennt drei verschiedene Einsatztypen: 6 Wochen Kurzeinsatz in der Katastrophenhilfe – hier ist fachlich am wenigsten Spezialisierung erforderlich. Daneben gibt es etwa sechsmonatige Krankenhaus-Einsätze in Konfliktgebieten. Hier werden Fachärzte gesucht, die schon Erfahrung haben und konkret Hand anlegen. Darüber hinaus gibt es ein- bis dreijährige Einsätze in der Entwicklungszusammenarbeit; hier sind die Ärzte in einer koordinierenden Rolle und brauchen deshalb besondere Kenntnisse des Projektmanagements und Auslandserfahrung.

Bei „Ärzte ohne Grenzen“, die sich auf die medizinische Nothilfe in Krisen und Katastrophengebieten spezialisiert haben, beträgt die Dauer der Einsätze in der Regel sechs bis zwölf Monate. Nur schon erfahrenere und dann eher mit Leitungs- und Koordinationsaufgaben betraute Kräfte werden auch mehrjährig eingesetzt und erhalten dann ein richtiges Gehalt.

Faktisch entscheiden sich die meisten Interessenten für Einsätze zwischen sechs Monaten und zwei Jahren. Dann kehren sie nach Deutschland zurück, verbleiben aber im Personalpool ihrer

Entsendeorganisation. Viele entscheiden sich dann nach vielen Jahren noch einmal für eine erneute Auslandstätigkeit, manchmal schon im fortgeschrittenen Alter.

Und was bleibt?

Kehren Ärzte von einem Auslandseinsatz zurück, fragen sie sich oft, was von ihrem Engagement am Ende übrig bleibt. Was wird aus dem Projekt, wenn wir uns hier zurückziehen? Was wird aus den Menschen? Die Frage der Nachhaltigkeit ist die Achillesferse sämtlichen humanitären Engagements in der Welt. Natürlich wollen die Hilfsorganisationen nicht nur Feuerlöscher sein, sondern stabile Strukturen hinterlassen. Das nüchterne Fazit des Afrika-erfahrenen Berliner Gynäkologen Wolf-Dieter Hoffmann zeigt jedoch, wie schwierig das sein kann (siehe Kasten auf Seite 17). Nachhaltigkeit hängt letztlich davon ab, wie stabil die politischen Verhältnisse im Lande sind. Da das in der Regel nicht der Fall ist, versuchen Organisationen nicht selten, ihre Projekte von anderen internationalen Hilfsorganisationen weiterführen zu lassen, wenn sie sich selbst zurückziehen. Denn leider können die Helfer die Ursachen, die zur Zerstörung des Gesundheitswesens geführt haben, nicht selbst beheben. Sie sind in der Regel politischer und sozialer Natur.

Verfasserin:

Sybille Golkowski, Ärztekammer Berlin

X. Humanitärer Kongress

Theorie und Praxis der Humanitären Hilfe

Patients or Health System First – What should be the focus of Medical Humanitarian Assistance today?

Freitag, 24. Oktober und Samstag, 25. Oktober 2008,
Kaiserin-Friedrich-Haus, Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin

Programm und Anmeldung: www.humanitaererkongress.de

Freitag, 24. Oktober 2008		6 P
9:00 - 9:30	Keynote: 30 years Alma Ata, what's next?	
9:30 - 11:00	Whom are we treating? Patients or health systems?	
11:00 - 11:45	Break	
11:45 - 13:15	The future of health in humanitarian assistance – A British Perspective	
13:15 - 14:30	Lunch Break	
14:30 - 16:00	Years of aid programmes and people are still starving: Nutrition campaigns and prevention	
16:00 - 17:00	Break	
17:00 - 18:30	Impact of nutrition on health	How to get research into TB going?
18:30 - 19:30	Humanitarian Forum	
19:30 - 21:00	10th Humanitarian Congress Jubilee Reception Ärztekammer Berlin (only with personal invitation)	
22:00	10th Humanitarian Congress Jubilee Party In a bar to be defined (open to everyone)	
Samstag, 25. Oktober 2008		6 P
10:00 - 12:00	Tuberculosis and Multi Resistant Tuberculosis: What is the impact of the work of humanitarian agencies on national health services	
12:00 - 13:00	Lunch Break	Humanitarian Forum
13:00 - 14:30	TB as a consequence of the failure of health systems: Case studies	HIV/AIDS-TB and other co infections: Challenges, implementation strategies, treatments
14:30 - 15:30	Break	Humanitarian Forum
15:30 - 16:30	Disease-oriented aid vs. PHC: What should be done with the money?	Workshop on Women and Access to health
16:30 - 17:00	Break	Humanitarian Forum
17:00 - 18:30	System failure and exclusion: Chronic crisis and infectious diseases in Myanmar	
18:30	Closing Address	

Herzlichen Glückwunsch zum 10. Humanitären Kongress



Foto: privat

Zum zehnten Mal findet der Kongress für Humanitäre Hilfe statt und macht seinem Untertitel „Theorie und Praxis der

humanitären Hilfe“ alle Ehre. Es ist für jeden etwas dabei: Orientierung für junge Kollegen, die einen Auslandseinsatz planen, Updates für diejenigen, die schon Erfahrungen gesammelt haben, fachliche Informationen für die Kollegen, die einfach nur über die aktuellen medizinischen Probleme der Welt auf dem Laufenden sein wollen und nicht zuletzt tiefgehende Diskussionen über die politischen Implikationen von Krisen und die Rolle der humanitären Hilfe bei deren Überwindung. Die medizinischen Sessions sind hochwertig und vermitteln aktuelles Wissen. Genau so wichtig sind aber auch die politischen Beiträge. Denn eins ist klar – bei humanitärer Hilfe geht es nie „nur“ um medizinische Hilfe, sondern auch um das Agieren in politischen oder umweltpolitischen Krisenregionen. Und so hat sich der Kongress über die Jahre als die Plattform etabliert, auf der die verschiedenen Hilfsorganisationen und die einzelnen Helfer sich über die mannigfaltigen Herausforderungen und die Strategien zu ihrer Bewältigung austauschen können. Nicht umsonst ist dieses Jahr deshalb das Schwerpunktthema „Patient oder Gesundheitssystem – Was soll im Fokus der humanitären Hilfe stehen?“ gewählt worden. Denn genau diese Frage müssen die Organisationen und die vielen engagierten Helfer in der ganzen Welt täglich neu beantworten. Wir freuen uns, die Kongressteilnehmer auch dieses Jahr wieder in Berlin begrüßen zu dürfen.

Dr. med. Matthias Albrecht
Mitglied des Vorstandes der
Ärztekammer Berlin

Zum Tode von Heinrich Wiesener



Im 90. Lebensjahr ist am 10. Mai Professor Dr. med. Heinrich Wiesener verstorben. Er war Chefarzt i.R. des ehemaligen Städtischen Kinderkrankenhauses Charlottenburg,

das er zu einem Diagnose- und Behandlungszentrum für mehrfach behinderte Kinder ausgebaut hatte.

Wiesener wurde als viertes Kind des Stadtoberamtmannes Heinrich Wiesener und seiner Ehefrau Margarete geb. Kuhl in Recke/Westfalen am 30. November 1918 geboren, besuchte dort vier Jahre die Volksschule und dann das Staatliche Gymnasium in Duisburg, wo er 1937 das Abitur bestand. Er studierte nach Ableistung der Arbeitsdienstpflicht, unterbrochen durch Fronteinsätze – 1941 gehörte er zu den Fallschirmspringern auf Kreta – von 1938 bis 1942 als Angehöriger der Militärärztlichen Akademie in Berlin, legte 1943 das medizinische Staatsexamen ab und wurde promoviert.

1947 begann er an der Universität Bonn eine Weiterbildung in der Physiologischen Chemie, entschied sich dann aber für die Kinderheilkunde und ging 1949 an das Kaiserin-Auguste-Victoria-Haus in Berlin Charlottenburg, das vor dem ersten Weltkrieg als Reichsanstalt zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit gegründet und 1934 zu einer Kinderklinik wurde.

Nach Abschluss der Weiterbildung Kinderarzt übernahm er die Funktion des Oberarztes. 1954 wurde er von der medizinischen Fakultät der Freien Universität habilitiert.

Einer seiner wissenschaftlichen Schwerpunkte war die entstehende Neonatologie. 1961 zum Professor ernannt, übernahm er im gleichen Jahr die Position des Ärztlichen Direktors der Städtischen Kinderklinik Charlottenburg in der Rüsternallee. Hier hielt er auch nachmittags Sprechstunde für Eltern und Kinder. In privaten Aufzeichnungen ist vermerkt, „Für Kinder, deren Eltern beruflich bedingt unter der Woche keine Zeit hatten, wurde Sonntag vormittags Sprechstunde gehalten“. Hinter dieser Formulierung verbirgt

sich eine Aktivität, vornehmlich für Kollegenkinder, die später als Vorsorgeuntersuchungen bekannt wurden. Damals ungewöhnlich, agierte er in dieser Sprechstunde unter psychosomatischen Gesichtspunkten ohne weißen Kittel. Er gehörte zu den Pionieren der Sozialpädiatrie in der Praxis.

An der Klinik baute er gegen erhebliche Widerstände von den verschiedensten Seiten eine Giftnotrufzentrale für Kinder auf, die überregionale Bedeutung erhielt und später Vorbild für ähnliche Einrichtungen in anderen Bundesländern wurde.

Neben seiner amtlichen Tätigkeit war er an den verschiedensten Stellen ehrenamtlich tätig, hier sei nur der Vorsitz im Berliner Krippenverein genannt.

Anzumerken ist, dass er insbesondere in seiner Jugend ein begeisterter Segelflieger war. 1983 wurde er nach Erreichen der Altersgrenze in den Ruhestand versetzt. 1985 erlitt er einen Schlaganfall, dessen Symptome im Rahmen der Rehabilitation gebessert werden konnten. Mit seiner Frau lebte er zurückgezogen im Schwarzwald. Nach einer Oberschenkelhalsfraktur 2005 war er pflegebedürftig an einen Rollstuhl gefesselt.

Dr. med. Dr. phil. Manfred Stürzbecher

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
■ Bitte beachten: 01.09.–06.09.2008 10.11.–15.11.2008 15.12.–20.12.2008	Weiterbildungskurs „Ärztliches Qualitätsmanagement“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge des Eingangs berücksichtigt. (Näheres s. auch Textkasten auf der nächsten Seite)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1400 E-Mail: QM-Kurs2008@aekb.de	50 P pro Modul
■ 08.09.–17.09.2008 (Kursteil A1) 17.09.–26.09.2008 (Kursteil A2)	Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: E-Mail: aag@aekb.de Telefon: 40806-1301 Anmeldung erforderlich! Gebühren: Kurs A gesamt: 920 € Kurse A1 und A2 getrennt: je 460 €	
■ 27.09.2008	Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde im Strahlenschutz für die Röntgendiagnostik nach Röntgenverordnung (8 Stunden)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: E-Mail: aag@aekb.de Telefon: 40806-1301 Anmeldung erforderlich! Gebühren: 130 €	9 P
■ 12.09./13.09.2008	Behandlung psychisch reaktiver Traumafolgen bei traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern	Haus der Diakonie Paulsenstr. 55-56 12163 Berlin	Information: Frau Hofmann-Britz Psychotherapeutenkammer Berlin Tel.: 8871400 Fax: 88714040 Anmeldung bis zum 15.08.2008 erforderlich! Gebühren: 220 €	20 P
■ 10.10.–11.10.2008 (Teil A) 05.12.–06.12.2008 (Teil B) 07.11.–08.11.2008 (Teil C) 16.01.–17.01.2009 (Teil D)	Veranstaltungsreihe der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Suchtademie Berlin Brandenburg Erwerb der Zusatzweiterbildung Suchtmedizinische Grundversorgung Teil A: Allgemeine Grundlagen Teil B: Illegale Drogen Teil C: Alkohol, Nikotin und Medikamente Teil D: Motivierende Gesprächsführung	DRK Kliniken Mark Brandenburg Haus E Drontheimer Str. 39-40 13359 Berlin	Information: Ärztekammer Berlin Tel.: 40806-1301 / -1303 Anmeldung erforderlich! Teilnahmegebühr: 130 € je Kursteil (Ermäßigung für arbeitslose Ärzte, PJ-ler und Arzthelferinnen möglich)	15 P pro Kursteil
■ 17.10./18.10.2008	Diagnostik und Behandlungsaspekte bei traumatisierten Flüchtlingskindern und -jugendlichen (Weitere Informationen s. S. 12)	Haus der Diakonie Paulsenstr. 55-56 12163 Berlin	Information: Frau Hofmann-Britz Psychotherapeutenkammer Berlin Tel.: 8871400 Fax: 88714040 Anmeldung bis zum 15.09.2008 erforderlich! Gebühren: 220 €	20 P

■ 11.10.2008	Qualitätsmanagement – Basiskurs für Einsteiger (Weitere Informationen s. Anzeige unten)	Ärztchammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Frau Drendel Tel.: 40806-1402 E-Mail: r.drendel@aekb.de Anmeldung erforderlich! Gebühren: 90 €	10 P
■ 22.10.2008 (Auftaktveranstaltung)	Qualitätszirkel – Aufbau von Qualitätsmanagement in Praxen (Weitere Informationen s. Anzeige unten)	Ärztchammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Frau Drendel Tel.: 40806-1402 E-Mail: r.drendel@aekb.de Anmeldung erforderlich!	3 P (pro Veranstaltungstermin)

Qualitätszirkel (QZ) – Aufbau von Qualitätsmanagement in Praxen

Zur weiteren Unterstützung bei der Einführung von Qualitätsmanagement in Praxen bietet die Ärztekammer Berlin Interessenten einen Qualitätszirkel an: In ca. 8 Sitzungen im Abstand von ca. 4 Wochen werden Themen rund um die Einführung von Qualitätsmanagement in Praxen bearbeitet. Durch gegenseitige Unterstützung sowie eine sachkundige Moderation besteht die Möglichkeit, Unsicherheiten und Probleme, die bei der Einführung von Qualitätsmanagement auftreten, auszuräumen und Ihren eigenen Weg für ein gelungenes Qualitätsmanagement in Ihrer Praxis zu finden.

Starttermin: Mittwoch, 22.10.2008, 18.00 Uhr, **Ort:** Ärztekammer Berlin, **Moderation des QZ:** Julia Bellabarba

Weitere Informationen und Anmeldung: Tel.: 40806-1401, E-mail: r.drendel@aekb.de

Qualitätsmanagement-Basiskurs für Einsteiger

Qualitätsmanagement gewinnt in Kliniken und Praxen ständig an Bedeutung. Sei es, dass in den Kliniken vermehrt QM-Projekte durchgeführt werden, sei es, dass in Folge gesetzlicher Vorgaben alle Praxisinhaber verpflichtet sind, bis Ende 2009 konkrete QM-Maßnahmen in ihren Praxen einzuführen.

Um Ihnen den Einstieg in die Denk- und Arbeitsweisen des Qualitätsmanagements nahe zu bringen, bietet die Ärztekammer Berlin Ärztinnen und Ärzten sowie ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus Praxen und Kliniken einen Basiskurs Qualitätsmanagement an.

Wir wollen zeigen, wie sich mit Qualitätsmanagement die Arbeit positiv gestalten lässt. Sie lernen die Grundlagen für die Einführung von QM-Projekten kennen – unterstützende Faktoren ebenso wie Fallstricke. Vertreter aus Klinik und Praxis stellen ihre Projekte vor, von den Anfängen bis zur Umsetzung und stehen Ihnen für Ihre Fragen zur Verfügung.

In einer Einführung zum Thema Qualitätsdarlegung werden die Vor- und Nachteile der Zertifizierung beleuchtet. Anbieter von Zertifizierungsverfahren informieren über die jeweiligen Anforderungen und Wege zur Zertifizierung.

Termin: Samstag, 11.10.2008, 9.00 – 17.30 Uhr

Ort: Ärztekammer Berlin

Weitere Informationen und Anmeldung: Tel.: 40806-1401, E-mail: r.drendel@aekb.de

Weiterbildungskurs Pädiatrie zum Facharzt für Allgemeinmedizin

(nach WbO 1994 – 3)

Der Kurs ist Bestandteil der 5-jährigen WB Allgemeinmedizin (Ersatz für ein halbes Jahr Kinderheilkunde) und setzt sich zusammen aus:

1. 9 Stunden Theoriekurs
2. 40 Stunden Hospitation in einer Kinderarztpraxis
3. 60 Stunden Hospitation in einer Erste-Hilfe-Stelle der KV

Termine: 18.09.2008, 09.10.2008, 06.11.2008

Theoriekurs: jeweils donnerstags 19.00 – 21.15 Uhr

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Gesamtgebühr: 550,- Euro

Information und Anmeldung: Telefon: 030 40806-1203
E-Mail: a.hellert@aekb.de
nur noch wenig freie Plätze vorhanden

ANZEIGE



„Brot für die Welt“
das ist die Achtung der
Menschenwürde

www.brot-fuer-die-welt.de

Qualitätssicherung in der Schlaganfallversorgung

Das Berliner Schlaganfall-Register

Jedes Jahr erleiden etwa 7000-8000 Menschen in Berlin einen ersten Schlaganfall (85% Hirninfarkte/TIAs, 10% Hirnblutungen, 5% Subarachnoidalblutungen). Einschließlich der Rezidive ist sogar von jährlich 9.000-10.000 Schlaganfallpatienten auszugehen. Basierend auf neueren epidemiologischen Daten sind cerebrovaskuläre Akutereignisse mittlerweile mindestens ebenso häufig wie kardiovaskuläre. Da sich die ganz überwiegende Mehrheit vor allem ischämischer Schlaganfälle im höheren Lebensalter ereignet, ist aufgrund der demografischen Entwicklung sowie der Tatsache, dass Berlin mit fast 19% einen relativ hohen Bevölkerungsanteil > 65 Jahre hat, in den kommenden Jahrzehnten mit einer weiteren Zunahme der Inzidenz zu rechnen. Der Schlaganfall ist zudem die dritthäufigste Todesursache sowie die häufigste Ursache für eine erworbene Behinderung bei Erwachsenen, so dass ihm auch eine große sozioökonomische Bedeutung zukommt.

Durch die Behandlung auf einer Schlaganfall-Spezialstation (Stroke Unit) lässt sich die Prognose des Schlaganfalls nachweislich verbessern. In Berlin gibt es derzeit 14 Krankenhäuser mit neurologischer Abteilung, die eine Stroke Unit betreiben. Bereits 1999 gründete sich eine Arbeitsgemeinschaft (AG) Berliner Stroke Units als zunächst lockerer Verbund mit dem Ziel, ein Forum zur Koordination und Verbesserung der Schlaganfallbehandlung in Berlin sowie zur Fortbildung und Diskussion aktueller Themen zu schaffen.

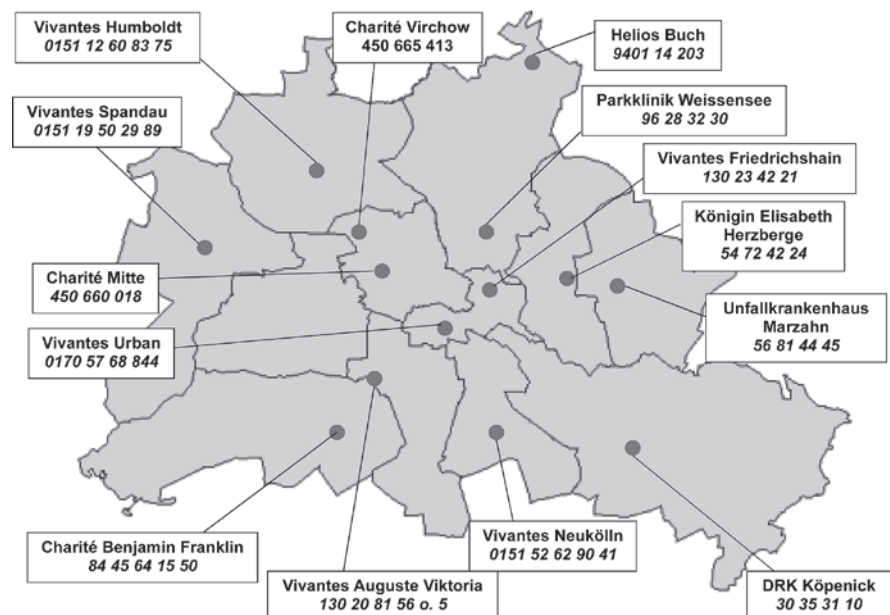
Auf Anregung der Senatsverwaltung für Gesundheit, Frauen und Soziales kooperiert die AG bereits seit Ende 2000 mit dem Referat QM/QS der Ärztekammer Berlin. Im September 2006 konstituierte sich aus der AG die an der Ärztekammer angesiedelte Berliner Schlaganfallkommission, die mittlerweile 14 Mitglieder hat und somit alle Stroke Units in Berlin umfasst (s. Abb.). Zu den ersten Beschlüssen zählte der Beitritt als Berliner Schlaganfall-Register (BSR) zur Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfallregister (ADSR), einem bundesweiten Netzwerk regionaler Schlaganfallregister, in dem bereits seit mehreren Jahren Daten zur Akutversorgung des Schlaganfalls erhoben werden. Grundlage ist ein einheitlicher Basisdatensatz, der Daten zu den Be-

reichen Prähospitalphase, klinischer Schweregrad, akute Diagnostik und Therapie, Komplikationen und frührehabilitative Maßnahmen erfasst. Primäres Ziel ist dabei nicht, die wissenschaftlich ohnehin belegte Überlegenheit einer Stroke-Unit-Behandlung nachzuweisen, sondern vielmehr die Erfassung von Struktur- und Prozessqualität, da die teil-

nehmenden Kliniken die Möglichkeit zum Vergleich untereinander sowie überregional erhalten.

In Berlin begann die systematische Datenerhebung im Rahmen des BSR an 13 Standorten im Frühjahr 2007, wobei bisher ausschließlich Daten zur Akutphase erhoben werden. Erfasst werden alle Patienten, die aufgrund einer innerhalb der letzten sieben Tage erlittenen TIA, eines Hirninfarktes, einer Hirn- oder Subarachnoidalblutung oder einer cerebralen Venenthrombose in einer der Stroke Units behandelt wurden. Da diese neurologisch bzw. neurologisch-internistisch oder in Kooperation mit der Anästhesie geführt werden, sind Hirn- oder Subarachnoidalblutungen unterrepräsentiert. Die Dokumentation erfolgt an allen Standorten EDV-basiert, was die alle sechs Monate erfolgende Auswertung erleichtert.

Obwohl nicht in allen Kliniken bereits am 1. Januar 2007 mit der Datenerhebung begonnen wurde, konnten die Daten von 5.659 Patienten ausgewertet und im April 2008 anlässlich der Jahrestagung der ADSR präsentiert werden. Mehr als die Hälfte der Patienten war über 70 Jahre alt (Median 71,5), in mehr



Standorte und 24h-Schlaganfall-Telefonnummern der 14 Berliner Stroke Units

Standorte Stroke Units	Adresse Zufahrt Rettungsstelle	24h-Schlaganfall- Telefon
Charité Benjamin Franklin	Einfahrt Klingsorstr., 12203 Berlin	84 45 64 15 50
Charité Mitte	Luisenstr. 65-66, 10117 Berlin	450 660 018
Charité Virchow Klinikum	Nordstr. 2, 13353 Berlin	450 665 413
DRK Köpenick	Salvador-Allende-Str. 2-8, 12559 Berlin	30 35 31 10
Ev. KH Königin Elisabeth Herzberge	Herzbergstr. 79, 10365 Berlin	54 72 42 24
Helios Klinikum Buch	Schwanebecker Chaussee 50, 13125 Berlin	9401 14 203
Parkklinik Weissensee	Schönstr. 80, 13086 Berlin	96 28 32 30
Vivantes Auguste Viktoria	Rubensstr. 125, 12157 Berlin	130 20 81 56/5
Vivantes Friedrichshain	Landsberger Allee 49, 10249 Berlin	130 23 42 21
Vivantes Humboldt	Am Nordgraben 2, 13509 Berlin	0151 12 60 83 75
Vivantes Neukölln	Rudower Str. 48, 12351 Berlin	0151 52 62 90 41
Vivantes Spandau	Neue Bergstr. 6, 13585 Berlin	0151 19 50 29 89
Vivantes Urban	Dieffenbachstr. 1, 10967 Berlin	0170 57 68 844
Unfallkrankenhaus Marzahn	Warener Str. 7, 12683 Berlin	56 81 44 45

als 90% der Ereignisse handelte es sich um cerebrale Ischämien (74% Hirninfarkte, 19% TIA). Jeder sechste Patient gelangte binnen 2 Stunden nach Erkrankungsbeginn in die Klinik, knapp 30% innerhalb von drei Stunden. Die Rate thrombolysierter Patienten (bezogen auf alle Patienten mit Hirninfarkt) betrug 6,4%. In mehr als 80% aller Fälle wurde innerhalb der ersten sechs Stunden nach Aufnahme ein CCT oder MRT durchgeführt, bei mehr als 90% erfolgte eine Evaluation der hirnversorgenden Gefäße mittels Ultraschall und/oder MRT. 87% der Patienten mit cerebraler Ischämie erhielten binnen 48 Stunden nach Aufnahme einen Thrombozytenfunktionshemmer, bei mehr als 90% der Patienten mit Vorhofflimmern war bei Entlassung oder Verlegung eine orale Antikoagulation eingeleitet bzw. empfohlen worden. Die Verweildauer lag im Median bei 7,8 Tagen und mit 4,3% war die Sterblichkeit während der stationären Behandlung niedrig. Ein Vergleich mit anderen Registern zeigt, dass die ganz überwiegende Mehrheit der Ergebnisse mit diesen vergleichbar war. Bei Auswertung der Qualitätsindi-

katoren „frühe Mobilisierung“, „Screening auf das Vorliegen einer Schluckstörung“ sowie „Einleitung frührehabitativer Maßnahmen“ (Logopädie, Ergo- und Physiotherapie) schnitten die Berliner Kliniken im Vergleich sogar deutlich besser ab. Die zwischen den einzelnen Berliner Kliniken festgestellten Unterschiede ließen sich ganz überwiegend auf regionale Merkmale (zum Beispiel Einzugsbereich) zurückführen. Mit der Anfang 2008 begonnenen, ganzjährigen Dokumentation in allen Zentren dürfte die Versorgungsqualität von etwa zwei Drittel aller Schlaganfälle in Berlin erfasst werden. Durch Kooperation mit der Berliner Feuerwehr wird daran gearbeitet, den Anteil der in einer Stroke Unit behandelten Schlaganfallpatienten zu erhöhen. Zudem wäre mittel- und langfristig eine Evaluation der Patienten auch im längeren Follow-up wünschenswert, was bisher aus Kapazitätsgründen nicht geleistet werden konnte. Durch eine geplante Kooperation mit dem Centrum für Schlaganfallforschung Berlin der Charité lässt sich dies aber möglicherweise realisieren.

Sprecher der Schlaganfall-Kommission

Priv.-Doz. Dr. Hans-Christian Koennecke
Chefarzt Neurologie am Ev. Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge
030/5472 4200
h.koennecke@keh-berlin.de

Georg Walter
Oberarzt Neurologie am Vivantes Klinikum
Spandau
030/130 13 2671
georg.walter@vivantes.de

A
N
Z
E
I
G
E

Wenn körperlich Kranke psychisch gestört sind

Verwirrte Patienten im Allgemeinkrankenhaus, agitiert oder auch unheimlich still; Alkoholranke, die „nur“ wegen Pankreatitis behandelt werden; Unheilbare, die mit ihrer schlechten Prognose nicht fertig werden: Was tun? Möglichst rasch den psychiatrischen Konsiliardienst oder gegebenenfalls den Liaison-Psychologen um Mitbehandlung bitten.

Eine Patientin der Inneren hat ganz plötzlich Verwirrtheitssymptome. Sie ist desorientiert, stammelt Unverständliches, geistert nachts umher, stört alle anderen, wird zum Schrecken der Station. Eine Haloperidol-Injektion bessert ihre Agitiertheit, wirkt aber nicht kausal gegen das Delir, wie man jetzt international akute Verwirrtheit gleich welcher Ursache nennt.

Ein Patient der Chirurgie, schon in der Rehabilitationsphase, stellt abrupt die Gehübungen mit seiner „neuen Hüfte“ ein, bleibt im Bett, spricht kaum noch. Die Ärzte denken an eine Depression, aber das Antidepressivum nützt nichts, verschlimmert sogar noch den Zustand des lethargischen Patienten. Er hat ein hypoaktives Delir. Das werde häufig mit einer Depression verwechselt, und es

sei ein Kunstfehler, es mit Antidepressiva zu behandeln – wegen des Risikos einer Verschlechterung, meint Albert Diefenbacher. Der



Foto: privat

Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge in Lichtenberg befasst sich seit langem wissenschaftlich und praktisch mit den Problemen der oft unzureichenden Diagnostik und Therapie psychischer Störungen bei primär körperlich Kranken. Er hat mit seinem Team einen umfangreichen Konsiliardienst aufgebaut, außerdem eine Liaisontätigkeit für die Schmerzambulanz und die Epileptologie. Das Lichtenberger Sana Klinikum wird konsiliarpsychiatrisch mitversorgt.

In Konsiliardiensten werden die Psychiater oder Psychotherapeuten nur von Fall zu Fall auf Anforderung tätig, im Liaisondienst sind sie regelmäßig in die somatische Station eingebunden und beraten auch das Personal. Zusammenfassend spricht man oft nur von Konsiliarpsychiatrie. Als Co-Leiter des Referats „Verhaltensmedizin und Konsiliarpsychiatrie“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde tritt Diefenbacher seit langem für psychiatrisch-psychosomatische Konsiliardienste im Allgemein-Krankenhaus ein.

Es gibt sie ja auch, aber sie werden viel zu wenig genutzt.

Öfter und schneller den Konsil-Psychiater rufen

Man schätzt, dass mindestens zehn Prozent der akut körperlich Kranken eines Allgemeinkrankenhauses wegen einer psychischen Begleitkrankheit eine fachliche Mitbehandlung brauchen, alte Patienten noch viel häufiger, sagte Diefenbacher uns bei einem Besuch in seiner Klinik; aber nur ein bis zwei Prozent erhalten sie tatsächlich. Dieses Versäumnis führt zu komplizierten Verläufen, schlechteren Behandlungsergebnissen, längeren Klinikaufhalten und höheren Kosten.

Alkoholranke zum Beispiel werden oft wegen der somatischen Folgen ihres Missbrauchs stationär behandelt, ohne dass man ihr Leiden kausal angeht oder die Ursache auch nur zur Sprache bringt. Dabei sind körperlich kranke Alkoholiker durchaus dafür zugänglich. Diefenbacher berichtete über eine Studie, wonach von 80 Alkoholpatienten, deren Folgekrankheiten wie etwa Pankreatitis stationär behandelt wurden, nur ein einziger das Gesprächsangebot des Konsiliar-Psychiaters ablehnte – eine erstaunliche Akzeptanzrate.

Verwirrtheit oft kausal behandelbar

Bei der psychiatrischen Komorbidität im Allgemeinkrankenhaus dominieren – neben der Alkoholkrankheit und den Anpassungsstörungen (als meist depressive Reaktion auf belastende Erlebnisse oder eingreifende Veränderungen) – vor allem akute Verwirrheitszustände (Delir, hirnanorganisches Psychodrom) in ihren verschiedenen Spielarten und Mischformen zwischen agitiert und hypoaktiv, mit Störungen der Kognition, der Aufmerksamkeit oder des Bewusstseins. Wie Diefenbacher betonte, sind sie oft gut zu behandeln, wenn man unter den zahllosen möglichen Ursachen die richtige herausfindet.

ANZEIGE

Vieles kann dahinterstehen: Drogen, Alkohol, vielerlei Medikamente und ihr Entzug, eine fieberhafte Infektion, eine metabolische, endokrine, kardiovaskuläre oder neurologische Störung, so dass der Psychiater den somatischen Kollegen manchmal zu bestimmten Untersuchungen rät. Hat eine Operation samt Narkose den Patienten aus dem psychischen Gleichgewicht gebracht oder war es die ungewohnte Umgebung des Krankenhauses? Häufig handelt es sich, besonders bei alten Patienten, schlicht um eine Exsikkose, die erstaunlicherweise oft verkannt wird, wie Diefenbacher feststellte. Eine erfolgreiche Delir-Diagnostik und -Therapie sollte multidisziplinär sein.

Hilfe zur Krankheitsbewältigung

Viele schwer und wahrscheinlich unheilbar Kranke, besonders oft Krebspatienten, bedürfen aber auch stützen-

der psychotherapeutischer Maßnahmen als Hilfe zur Krankheitsbewältigung. Meist wird sie von Psychologen angeboten und in der Regel akzeptiert, sagte Diplompsychologe Hans-Jürgen Kraux. Zu seinen Aufgaben gehört auch die psychologische Fortbildung des Personals. Er sprach beim psychiatrisch-psychosomatischen Konsiliarworkshop im Elisabeth-Herzberge-Krankenhaus über die psychologische Mitbehandlung von Krebspatienten. Dabei geht es zum Beispiel um das Wecken der lebenswichtigen Hoffnung – wenn schon nicht mehr auf Heilung, so zumindest auf eine möglichst schmerzfreie letzte Lebenszeit.

Kraux gehört zum Mitarbeiterstab des Sana-Klinikums Lichtenberg und ist dort dem Ärztlichen Direktor zugeordnet. Regelmäßig nimmt er zum Beispiel Kontakt zu allen Brustkrebspatientinnen auf. Wartet der Psychologe, bis er von Ärzten oder Pflegekräften geholt wird, ist es oft viel zu spät. Vor Jahr-

ANZEIGE

zehnten war in Berlin das Krankenhaus Moabit die große psychoonkologische Ausnahme. Heute sind Liaison-Psychologen in Berliner Kliniken fast die Regel. Und manche Ärzte, Schwestern und Pfleger haben sich auch selbst psychologische Kompetenzen erworben. Aber Fachleute – und Patienten – halten die Krankenhäuser noch immer für psychologisch und psychiatrisch unterversorgt.

Rosemarie Stein

Babylons Medizin

zwischen Magie und Wissenschaft

Der Codex Hammurapi aus dem 18. Jahrhundert v. Chr. enthält auch eine sozial abgestufte Gebührenordnung für Ärzte: Zehn Silber-Schekel zum Beispiel für die gelungene Operation eines Bürgers. Verursacht der Arzt aber durch den Eingriff den Tod des Patienten, „so soll man ihm eine Hand abhacken“. Das ist meist so ziemlich alles, was Laien über babylonische Medizin wissen. Dabei hat die fürchterliche Drohung wahrscheinlich nie Konsequenzen gehabt. Babylons Ärzte waren international hoch angesehen.

Eine Art Rote Liste gab's auch im alten Mesopotamien schon. In der großen Ausstellung „Babylon – Mythos und Wahrheit“ ist auch das hier abgebildete Tontäfelchen zu sehen, jener Teil der Liste anorganischer, pflanzlicher und tierischer Wirkstoffe und Drogen, die Amulett-Steine und ihre Eigenschaften in Keilschrift verzeichnet. Auch sieht man Medizin- oder Zauberschalen, innen eng beschrieben mit Beschwörungsformeln. Sie kamen erst in der babylonischen Spätzeit auf, blieben aber nicht zwischen Euphrat und Tigris. Auch Juden, Christen und Muslime benutzten sie später, letztere noch im 19. Jahrhundert. Die hineingeschriebenen Koranverse und Allah-Anrufungen lösten sich im Wasser auf, das die Kranken dann tranken.

Ausgestellt sind auch medizinische Instrumente wie Knochenspatel oder –skalpelle, ein scharfer Löffel, eine Spiegelsonde aus Bronze, wahrscheinlich aus dem 1. Jahrhundert v. Chr. Erhalten hat sich eine zwei Jahrtausende ältere Quittung für einen Arzt, der 480 Gramm Bronze für 23 (sicher sehr feine) Instrumente brauchte. Chirurgisch behandelt wurden offenbar nur Wunden, Frakturen und Flüssigkeitsansammlungen, jedenfalls keine inneren Organe.

Die spektakuläre Babylon-Ausstellung zeigt nicht nur Kunst der frühen Hochkultur, sondern erstmals auch Alltagsobjekte, die die Archäologen früher links

liegen ließen. Eigentlich sind es zwei Ausstellungen: Der Teil „Mythos“ illustriert die Rezeptionsgeschichte mit den meist falschen Vorstellungen von der mesopotamischen Metropole Babyloniens (etwa auf dem Gebiet des heutigen Irak). Der Hauptteil, „Wahrheit“, räumt damit auf. Er zeigt, wie die Kultur des Landes und seiner Hauptstadt sich mit Hilfe von Objekten der Kunst und des Alltags sowie zahlreicher Keilschriftzeugnisse rekonstruieren lässt.



Foto: Katalog

Der Rundgang – leider durch Baumaßnahmen gestört – beginnt beim großartigen Ishtar-Tor und der Prozessionsstraße des Schöpfungsgottes Marduk und führt durch sieben thematische Sektionen: Königtum, Architektur, Religion, Recht, Arbeitswelt, Alltag und Wissenschaft. Nur auf die letzte, und hier besonders auf die Medizin, können wir noch ein paar Schlaglichter werfen. Vertiefen sollte man die Eindrücke der Ausstellung unbedingt

mit Hilfe des vorzüglichen Begleitbuchs (Band 1, „Wahrheit“), dessen Beiträge den Forschungsstand gut lesbar wiedergeben.

Aus der Blütezeit der babylonischen Heilkunde (2. und 1. Jahrtausend v. Chr.) sind Hunderte von Keilschrifttexten auf Tontafeln erhalten. Ein umfangreiches Diagnostik-Handbuch auf 40 Tafeln (das im Kapitel Geburtsmedizin schon den Moro-Reflex schildert) beschreibt den Untersuchungsgang: Der Arzt soll den unbedeckten Patienten im Liegen, Stehen und Gehen von Kopf bis Fuß inspizieren, nötigenfalls auch Urin und Stuhl, und erst dann die Anamnese erheben. Unerlässlich war es zu ermitteln, zu welchem der Götter das Verhältnis des Patienten gestört war, weshalb ihm die

Krankheit geschickt wurde um ihn mit diesem Gott zu versöhnen. Der Kranke sollte also nicht nur symptomatisch, sondern kausal behandelt werden.

Texte zur Therapie sind ebenfalls zu Hunderten erhalten; spätestens im 1. Jahrtausend v. Chr. wurden auch sie zu einem systematischen Handbuch zusammengestellt. Die in den Rezepten aufgeführten Heilpflanzen konnten erst zum kleineren Teil identifiziert werden. Medizin und Magie: Der Arzt trat immer zusammen mit dem Beschwörer oder Exorzisten auf, der für die Beziehung zu Göttern und Geistern zuständig war. Aber die Tätigkeitsfelder der beiden Heilkundigen überschneiden sich. Und Babylons Spaßmacher, der Aluzinnu, verspottete die Exorzisten mit ihren komplizierten Ritualen: Er selber würde als Beschwörer – nach dem Aufstellen des Weihwasserbeckens, dem Anbinden des Sündenbocks und dem Ausstopfen einer Eselshaut mit Stroh – schließlich das Haus anzünden, in das sich der Dämon samt Skorpion und Schlange eingenistet hat. – Operation gelungen, Patient tot.

Rosemarie Stein

Pergamon-Museum, bis 5. Oktober, sonntags bis mittwochs 9-18, donnerstags bis sonntags 9-22 Uhr.

Millionen für die Charité!

Zum 100. Todestag von Friedrich Althoff (1839-1908), dem heimlichen Kultusminister Preußens

Die Berliner Hochschulmedizin und ihre ungeliebten Verbündeten, die akademischen Lehrkrankenhäuser, sehen sich seit Jahren in der Krise und befinden sich inzwischen auch dort. Dies ist nicht neu. Neu ist allerdings der letale ökonomische Würgegriff der Kostenträger im deutschen Gesundheitswesen, der der Forschung und der Ausbildung die Luft nimmt. Manchmal lohnt sich deshalb der Blick zurück in jene „gute alte Zeit“, die auf uns Deutschen in ihrer goldenen Verbrämung so schwer lastet, die Zeit der glänzenden Erfolge, die Zeit, als die Nobelpreise in schöner Regelmäßigkeit an deutsche Wissenschaftler gingen, als die Amerikaner in Berlin, Leipzig und Heidelberg studierten und Deutsch eine akzeptierte Wissenschaftssprache war. Die Rede ist vom späten Kaiserreich und ein wenig auch von den gar nicht „goldenen“ 20er Jahren. Diese Erinnerung – und sei sie nur dazu da, um Mut zu machen – zeigt jedoch eines: Nichts war kostenneutral. Einer der Protagonisten jener ruhmreichen Zeit, Paul Ehrlich, fasste seine Erfahrungen mit dem heiklen Gut „Erfolg in der Wissenschaft“ in einem frommen Wunsch pointiert zusammen: Geld, Glück und Geduld.

Von Andreas D. Ebert und Matthias David

Verkörpert wurde der nachhaltige preußisch-deutsche Erfolg in der Wissenschaft durch Friedrich Theodor Althoff (Abb. 1), der grauen Eminenz im Ministerium für geistliche, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten, dem unsere Charité, wenn auch nicht alles, so doch viel mehr verdankt, als es das kleine Althoff-Denkmal hinter ihrem Eingangportal Glauben macht (Abb. 2).

Wer war Friedrich Althoff?

Althoff wurde 1839 in Dinslaken als Sohn des königlichen Domänenrates Theodor Althoff geboren. Mit 17 Jahren begann er 1856 in Bonn Jura zu studieren und wurde fröhlicher Korpsstudent bei den Bonner Sachsen, was ihm viele Freunde, keine Schmisser, aber zahlreiche Karzer-Besuche eintrug. Zur Komplettierung seiner Ausbildung wechselte er 1857 an die Friedrich-Wilhelm-Universität zu Berlin, wo er schon im November derart mit der Universitätsgerichtsbarkeit in Konflikt kam, dass man ihn – etwas unglücklich in der Härte – mit dem Universitätsverweis (consilium abeundi) nebst einer 14-tägigen Karzerstrafe belegte. „So unwohl wie in Berlin habe ich mich noch nie gefühlt. Nichts ist dort als

Ungemütlichkeit“, schrieb er frustriert. Mit Glück konnte er dennoch sein Studium ab 1859 in Bonn beenden, nachdem 1858 der zuständige Minister der keinesfalls selbstverständlichen Wiederimmatrikulation zugestimmt hatte.

1870 meldete er sich freiwillig sofort zu den Waffen, wurde aber wegen mangelhafter körperlicher Leistungsfähigkeit zurückgewiesen. Also ging er als Delegierter des Johanniter-Ordens nach Frankreich und pflegte gemeinsam mit v. Cuny und dem Mathematiker Felix Klein auf den Schlachtfeldern Verwundete.

Nach der Rückkehr von der Front trat Althoff am 5. Mai 1871 in die Zivilverwaltung von Straßburg ein, wo er ab 1872 als Referent des Oberpräsidenten für Elsaß-Lothringen und als Mitarbeiter des Kommissars des Reichskanzlers für die Universitätsgründung aktiv wurde. Nebenbei lehrte Althoff – als Studenten-vater geehrt – an der neu gegründeten Reichsuniversität Straßburg und wurde am 6. Juni 1872 von der juristischen Fakultät zum Doctor honoris causa promoviert nachdem er bereits am 7. März 1872 zum Professor extraordinarius ernannt worden war. Althoff hatte selbstkritisch aufgrund des fehlenden schriftlichen Œuvres auf die



Abb. 1: Friedrich Theodor Althoff

ihm angetragene sofortige Berufung zum Ordinarius für französisches Zivilrecht verzichtet. Diese Karrierestufe folgte erst 1880 – nach harten Kämpfen mit der eigenen Verwaltung. Der Erfolg der zehnjährigen Arbeits- und Lernphase in Straßburg führte letztlich zu seiner Berufung zum Leiter des Universitätsreferats im Preussischen Kultusministerium, das er am 21. Oktober 1882 antrat [6]. In dieser Funktion er- und überlebte Friedrich Althoff bis

ANZEIGE

1907 mehrere Minister, entwickelt sein umstrittenes „System“, drohte bei Bedarf mit dem eigenen Rücktritt und lehnte auch schon mal die eigene Berufung zum Minister ab.

Althoff sah seine Aufgabe darin, Mittel zu mobilisieren, Personen zu positionieren und effiziente Strukturen zu schaffen, um die akademische Verwaltungsaufgabe seiner Zeit zu meistern – die Überleitung der anheimelnden lokalen Universität in einen wissenschaftlichen Großbetrieb. Heute steht dieser universitäre Großbetrieb nun bereits im globalen Wettbewerb um Ressourcen, wird aber weiter überwiegend lokal gestaltet, verwaltet und finanziert.

Das Geld war immer knapp, auch im preußisch-deutschen Universitätswesen. Sparen war eine eiserne preußische Maxime, aber kein Selbstzweck, keine alles überlagernde „Vision“. Das junge deutsche Reich war bezüglich seiner wirt-



Abb. 2: Das Althoff-Denkmal in der Charité, Campus Mitte, Eingang Charité-Platz 1

tig ausgegeben werden zu können. Krankenhäuser, speziell die Universitätskliniken, wurden nie als „Profit-Center“ verstanden, wohl aber immer als gesell-

schaftlichen Ressourcen keinesfalls vergleichbar mit England und seinen damaligen Kolonien. Das Geld musste bereits damals an der richtigen Stelle gespart oder eingeworben werden, um an der richtigen Stelle für die richtigen Strukturen und die richtigen Personen rechtzei-

tschaftliche Prestigeobjekte. Auch damals waren Universität und Forschung bereits sehr teuer.

Der über ein Vierteljahrhundert in seiner Position wirkende Althoff setzte hier auf den preußischen Staat, aber auch auf unterschiedlich motiviertes Mäzenatentum. Überliefert ist, dass die preußischen Finanzminister auch im Urlaub nicht vor ihm sicher waren (während heute scheinbar die lokalen oder nationalen Finanzminister die „Jäger“ sind) – und dass Orden, Titel und Nobilitierungen von Althoff durchaus als Lohn für den „Sponsor“ verstanden und gezielt eingesetzt wurden. Er ergänzte diesen Bund für die Universitäten jedoch vor allem durch die direkte Allianz mit der Industrie. Hoechst, Bayer, Krupp, Cassela investierten in Institute und Universitäten und bildeten später zusammen mit anderen Unternehmen und Personen die finanzielle Basis der noch von Althoff mitkonzipierten Kaiser-Wilhelm-

Gesellschaft. Heute stehen wir in Deutschland vor dem Dilemma, dass deutsche Firmen in globalen Konzernen aufgehen, deren Zentralen oft im Ausland liegen und deren Manager keine Absolventen einer deutschen alma mater waren. Obwohl wir in Deutschland niemanden mehr nobilitieren können, sollte es primär eine Ehre und kann es sekundär auch von Nutzen sein, die deutsche Universität materiell zu fördern. Das gilt auch für die deutschen Krankenkassen, die mehr Rücklagen für Universitätskliniken und akademische Lehrkrankenhäuser bilden müssen, für die sinnvolle Anpassung des DRG-Systems und seine fiktive Leitwährung, den Basisfallwert.

Geld ist durchaus nicht alles - aber ohne Geld ist an der Universität alles nichts. Um die richtigen Privatdozenten oder Extraordinarien zu vernünftig dotierten Professoren mit Potenzial und Freiräumen berufen zu können, umgab sich Althoff mit einem Stab von „inoffiziellen“ Mitarbeitern – ihm privat seit langem bekannten, teilweise berühmten Wissenschaftlern, die tief in der jeweiligen Materie standen und ihn eingehend berieten. Gleiches galt für wissenschaftliche Strömungen und Entwicklungen. So mancher Gelehrter wurde gegen den ausdrücklichen Willen der entsprechenden Fakultät berufen – erinnert sei exemplarisch an Emil v. Behrings Berufung nach Marburg – und diese war später sehr stolz auf ihren lieben, oktroyierten Kollegen. Viele Nobelpreisträger, so P. Ehrlich, E. v. Behring und R. Koch, wurden von Althoff direkt gefördert. Wichtiger noch: Die zahlreichen Lehrer von späteren deutschen Nobelpreisträgern verdankten Althoff oft unmittelbar Position und Stellung. In seiner (langfristigen) Funktion war er somit wahrscheinlich der Begründer einer modern agierenden Wissenschaftspolitik, die sich aus der traditionell reagierenden Wissenschaftspflege bildete, wie wir sie heute wieder wahrnehmen [2]. Politisch korrekt war Althoff selten. Wirkliche Freunde erwarb er sich durch seine Aktivitäten nur wenige – offene Feinde zu Lebzeiten jedoch auch nicht [5]. „Es sind die schlechtesten Früchte nicht, an denen die Wespen nagen“, widmete ihm Wilhelm II. eigenhändig.

Warum steht die Büste Althoffs in der Charité?

Die wohl schönste Beschreibung der Verdienste Friedrich Althoffs um die Charité stammt von seinem Mitarbeiter Wilhelm Abb: „An dem Niedergang des einstigen Musterinstituts des Berliner Charité-Krankenhauses und der mit ihm verbundenen Universitätskliniken nahm Althoff schmerzlichen Anteil. Langjährige Vorverhandlungen mit dem Finanzministerium und der Stadt Berlin wegen des Baulandes für die Erweiterungspläne waren auf dem toten Punkt angelangt. Obwohl er an der zur Medizinalverwaltung gehörigen Sache nur als Koreferent beteiligt war, entschloß er sich, sie persönlich in die Hand zu nehmen. Eines Tages ging er mit mir zum Charitédirektor, der die Situation darlegte, aber keinerlei Hoffnung auf einen Ausweg aus der Sackgasse

machte. Etwas gönnerhaft stellte er dabei Althoff ein Denkmal in der Charité in Aussicht, falls ihm Erfolg beschieden wäre. Auf dem Heimweg meinte Althoff, das wäre so eine Aufgabe für uns, des Schweißes der Edlen wert, und beurlaubte mich auf drei Tage zum gründlichen Aktstudium. Der daraus hervorgegangene Vorschlag einer neuen Verhandlungsbasis war von Erfolg gekrönt. Als aber das Projekt schließlich an den mehr als 10 Millionen betragenden Kosten zu scheitern drohte und Althoff mit der Frage beschäftigt war, die durch Mangel an Licht und Luft bedrohte Zukunft des Botanischen Gartens in Schöneberg zu sichern, kam er eines Abends auf mein Bureau mit dem freudigen Ausruf: „Heureka! Ich habe die einfachste Lösung der beiden großen Fragen gefunden. Wir verlegen den Botanischen Garten nach Dahlem – die alte Stadtdomäne wird uns der Finanzminister

Tabelle 1: Während der Amtsführung Friedrich Althoffs (1882-1908) durchgeführte Sanierungen, Gründungen oder Neubauten von Universitäts- oder Charité-Einrichtungen bzw. mit der medizinischen Fakultät eng verbundener Institutionen.

Jahr	Medizinische Fakultät	Anmerkung
1885	Hygienisches Institut	1904 Neubau
1886	Hygiene-Museum	
1888	II. Anatomisches Institut	Ab 1897 Anatomisch-Biologisches Institut
1891	Institut für Infektionskrankheiten	1901 Neubau
1896	Institut für Untersuchungen mit Röntgenstrahlen	
1899	Pathologisches Museum	
1902	Neurobiologisches Laboratorium	Oscar Vogt
1904	Staatliche Sammlung ärztlicher und zahnärztlicher Lehrmittel	Seit 1906 untergebracht im Kaiserin-Friedrich-Haus für das ärztliche Fortbildungswesen
1905	Neubau des Pathologischen Institutes	
1906	Einweihung des Kaiserin-Friedrich-Hauses für das ärztliche Fortbildungswesen	heute Sitz der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie & Geburtshilfe (DGGG) sowie der 1844 gegründeten Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe in Berlin (GGGB)
Klinische Universitätsanstalten, teils verbunden mit der Charité		
1884	Zahnärztliches Institut	
1890	Poliklinik für orthopädische Chirurgie	
1893	Klinik für Ohren- und Nasenkrankheiten	1901 Poliklinik; bis 1911 nur für Ohrenkrankheiten
1893	Klinik für Hals- und Nasenkrankheiten	1887 Poliklinik
1897	Beginn des Charité-Umbaus	bis 1908
1897	Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten	1901 Abteilung für Lichtbehandlung
1898	Chirurgische Poliklinik	
1899	Poliklinik für Lungenleiden	
1900	Poliklinik für Nervenkrankheiten	
1900	Mechano-Therapeutische Anstalt	
1900	Kommité für Krebsforschung	
1901	Hydro-Therapeutische Anstalt	1905 verlegt in das Poliklinische Institut für Innere Medizin, später III. Medizinische Klinik
1901	Klinik und Poliklinik für Augenkrankheiten	Vorher bekannt als nicht-klinische Abteilung für Augenkrankheiten
1903	Institut für Krebsforschung	Ernst v. Leyden
1907	Ambulatorium für Sprachstörungen	

sicher freigeben – verkaufen den Schöneberger Grund und Boden und decken aus den vielen Millionen die Kosten der Verlegung des Botanischen Gartens und des Umbaus der Charité.“ Mit seinen listigen Augen blinzelnd setzte er noch hinzu: „Es ist zwar sehr schade, dass die gute Lunge verloren geht; die Schöneberger können ja aber tüchtig schreien und ein mehr oder weniger großes Stück des Botanischen Gartens als Parkanlage zu erhalten suchen. Das ist dann Sache des Finanzministers und der Stadt Schöneberg und geht uns nichts an.“ Bei der bald darauf folgenden Besichtigung des Dahlemer Terrains sagte er noch: „Was meinen Sie wohl, um wie viele Millionen die vor uns liegenden Privatgrundstücke als Umgebung des künftigen Botanischen Gartens steigen werden? Wenn wir nun ordinäre Menschen wären, könnten wir durch unsere Wissenschaft eine große Spekulation machen und mehrfache Millionäre werden.“ [1] Betrachtet man nur die zahlreichen Gestaltungsaktivitäten an der Medizinischen

Fakultät der Friedrich-Wilhelm-Universität und den Charité-Kliniken (Tabelle 1), so werden die bleibenden Verdienste des allmächtigen Ministerialdirektors für die Berliner Universitätsmedizin eindrücklich klar. Ähnliche Listen ließen sich für die anderen preußischen Universitäten und die anderen Fakultäten erstellen. Heute hat die permanente kostenträger-dominierte Reformation des Gesundheitswesens – universitär wie außeruniversitär – ihre andauernden Spuren in den Fundamenten der Hochschule hinterlassen. Völlig kostenneutral natürlich.

Am 21. Oktober 1908 starb Friedrich Althoff, der wohl wichtigste Wissenschaftspolitiker des deutschen Kaiserreiches, dessen Bedeutung für die deutsche Wissenschaft sowie die nationale und internationale Wissenschaftsorganisation sich nur mit der Wilhelm von Humboldts vergleichen lässt [3, 4]. In seinem geliebten Botanischen Garten in Dahlem steht das Grab von Professor Dr. h. c. mult. Friedrich

Theodor Althoff und seiner Frau Marie, die ihm einst ins Stammbuch schrieb:

Große Wünsche für Dich habe ich nicht mehr, genug der Erfolge, genug der Ehr! Nur ein paar Jahre zwischen Gott und der Welt, zu leben wie Du es Dir vorgestellt. Das wäre für mich wieder glückliche Zeit, nach zwanzigjähriger Einsamkeit.

„In Omnibus Caritas“ steht auf dem Grab. In allen Dingen Liebe. Nur wenige Berliner Kolleginnen und Kollegen wissen es.

Verfasser:
Prof. Dr. med. Dr. phil. Dr. h.c. Andreas D. Ebert
Vivantes, Humboldt-Klinikum
andreas.ebert@vivantes.de

Dr. med. Matthias David
Charité, Campus Virchow-Klinikum
matthias.david@charite.de

Literatur bei den Verfassern