

Wir Schafe – umzingelt von Leitlinien...



Foto: privat

Dr. med. Thomas Hering
ist Landesvorsitzender des
Berufsverbandes der Pneumologen
Berlin/Brandenburg

Den Kalauer von den Leitlinien, die eigentlich Leidlinien sind, muss keiner mehr bemühen. Wir Ärztinnen und Ärzte werden von allen Seiten – einer Schafherde gleich, die von Hirtenhunden bellend in mal die, mal jene Richtung gesteuert wird – zur Ordnung gerufen, um ihre Behandlung so oder so auszurichten.

Dürfen die das? Wer sind eigentlich unsere Leitliniengeber? Wie kann es kommen, dass zu ein und derselben Volkskrankheit eine Vielzahl an Leitlinien Anspruch auf Umsetzung in unserem klinischen Alltag erhebt? Warum soll ich, wenn ich Asthma bronchiale behandle, der Nationalen Versorgungsleitlinie Asthma bronchiale folgen und nicht etwa der hiervon durchaus unterschiedlichen (und im Konzept moderneren) GINA-Leitlinie? Was ist mit der Asthma-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie? Es gibt doch nur ein Asthma bronchiale – warum dann so viele Leitlinien – jede für sich die Wahrheit und Evidenzbasiertheit beanspruchend? Warum setzen sich so viele hin und schreiben so unterschiedliche Leitlinien. Und: wer legitimiert die eigentlich?

Ist es nicht so, dass letztlich jede Leitlinie auch Interessen-gesteuert ist? Wäre es nicht notwendig, nicht nur bis ins Detail die Evidenzbasiertheit jeder einzelnen Leitlinien-Unteraussage zu dokumentieren, sondern vielmehr jeder Leitlinie eine Offenlegung der ggf. vorhandenen Interessenkonflikte der beteiligten Autoren anzuhängen, wie dies für wissenschaftliche Publikationen inzwischen Standard ist? Es drängt sich der Eindruck auf: Leitlinien werden geschaffen und

geformt, um persönliche Denkmäler zu setzen, Karriereschübe zu beschleunigen, Arzneimittel zu lancieren... Der Kliniker hat sich herumzuschlagen mit schwartendicken Produkten, denen im günstigen Fall noch eine „Kitteltaschenversion“ beigelegt wurde. Wie groß sollen die Kitteltaschen sein, damit allzeit die passende Leitlinie bei der Hand ist? Wer prüft, ob die „evidenzbasierten“ Erkenntnisse, die Leitlinienformulieren zu Grunde gelegt werden, unter tatsächlich praxisgerechten Bedingungen erhoben wurden und nicht vielmehr im abgeschotteten Milieu künstlicher Studienszenarios?

Nicht selten: aufwendiges Daherkommen mit dürftigen Aussagen. In der Leitlinie „Nicht erholsamer Schlaf“ der Deutschen Gesellschaft für Schlaforschung und Schlafmedizin ist – man reibt sich die Augen – der eigentliche Gegenstand „Nicht erholsamer Schlaf“ nicht definiert. Oder: ein DMP-COPD, in dem die entscheidenden Elemente evidenzbasierter Therapie – Tabakentwöhnung und Bewegungstraining – zwar aufgeführt, aber nicht zur verpflichtenden Anspruchsberechtigung des Patienten eingeführt sind. Was soll die Evidenz, wenn der Anspruch auf ihre Umsetzung nicht eingelöst wird? Der Kaiser – er hat gar keine Kleider an... Es kann nicht sein, dass Leitlinien unterschiedlichster Provenienz und intransparenter Legitima-

tion zum Pressionsinstrument werden, mit dem Fachgesellschaften, Industrie, Politik, Krankenkassen unsere Arbeitswirklichkeit im Patienten-Arzt-Verhältnis steuern.

Können wir uns zur Wehr setzen gegen den Leitlinien-„Overkill“? Was benötigt wird: Leitlinien, die breit konsentiert sind und bei denen in der Konsensbildung Patientenbeteiligung nicht nur ein Schlagwort bleibt. Praxisorientiertheit, einfache einheitliche Darstellung und gesicherte Aktualisierung auf der Basis einer aktuellen Versorgungsforschung. Und: pro Krankheitsbild sollte eine Leitlinie genug sein – oder? Wäre es nicht Zeit, für einen von uns Anwenderärzten gesteuerten „Leitlinien-TÜV“, der Ordnung, Transparenz und Eindeutigkeit schafft und die Spreu vom Weizen trennt?

Bis dahin werden wir uns auf uns selbst und auf den Hippokratischen Eid zu besinnen haben, der da beginnt: „Ich schwöre und rufe Apollon, den Arzt, und Asklepios und Hygeia und Panakeia und alle Götter und Göttinnen zu Zeugen an, dass ich diesen Eid und diesen Vertrag nach meiner Fähigkeit und nach meiner Einsicht erfüllen werde“

Nach Ihrer Fähigkeit und Ihrer Einsicht!

Meint

Thomas Hering

MEINUNG.....

Wir Schafe – umzingelt von Leitlinien...

Von Thomas Hering.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*.....6**Aut idem-Regelung auch bei Schmerzplastern anwendbar**

Informationen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte

..... 11

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK

Großer Aufwand für eine gute Ausbildung

Die Prüfungen der/des Medizinischen Fachangestellten stellen die Ärztekammer Berlin vor neue Herausforderungen.

.....22

„Ziel ist die Allround-Helferin“

Interview mit Regine Held, Vorsitzende des Ausschusses Medizinische Fachberufe

Ärzte wehren sich endlich gegen den Einfluss der Pharmaindustrie

Bericht von der Podiumsdiskussion „Einfluss der Pharmaindustrie auf Arzt und Patient“ in der Ärztekammer Berlin.

Von Rosemarie Stein 25

Leserbriefezum Editorial „Verwilderung der Sitten“
Von Elmar Wille.....27

.....TITELTHEMA

SALUTOGENESE – Die Freude an der Arbeit erhalten

Der ärztliche Beruf spielt sich heutzutage in einem starken Spannungsfeld ab. Dabei kann die Lust an der Arbeit auf der Strecke bleiben. Wie gelingt es Ärztinnen und Ärzten, ihre berufliche Welt nicht zum Gesundheitsrisiko werden zu lassen? BERLINER ÄRZTE zeigt Beispiele, wie Ärztinnen und Ärzte bewusst oder unbewusst ihre salutogenen Ressourcen nutzen.

Von Ulrike Hempel.....14

Krankheit, Alter, Tod – und wir

Charité-Gespräch zu Simone de Beauvoirs Aktualität

Von Rosemarie Stein.....30

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen.....10**Fortbildungskalender**

Fortbildungsveranstaltungen der Ärztekammer Berlin

PERSONALIEN

Bestandene Facharztprüfungen

März bis April 2008.....32

BUCHBESPRECHUNGEN...

Handbuch Medikamente.

Stiftung Warentest.....9

Die Leber wächst mit ihren Aufgaben. Von Hirschhausen.....31

FEUILLETON.....

Artenvielfalt im Naturkundemuseum

Von Rosemarie Stein 34

Impressum..... 42

Hauptstadtkongress

Leserbrief

„Branchentreffen des Jahres“



Rund 7.000 nationale und internationale Teilnehmer werden beim diesjährigen Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit erwartet.

Vom 4. bis 6. Juni ist das ICC Treffpunkt für rund 7.000 Klinikmanager, Ärzte, Pflegekräfte sowie Vertreter aus Politik, Wissenschaft, Wirtschaft und Verbänden. Unter einem Dach finden drei Fachkongresse und

das allen Besuchern offene Hauptstadtkongress Forum der Versicherungen statt.

Erwartet werden mehr als 150 Aussteller und über 500 Referenten, zu denen auch Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, Bundesarbeitsminister Olaf Scholz und EU-Industriekommissar Günter Verheugen gehören. Für Kongresspräsident,

Berlins früheren Gesundheitssenator Ulf Fink, ist der Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit das „Branchentreffen des Jahres“.



Fink, der auch Vorsitzender des Vereins „Gesundheitsstadt Berlin“ ist, will mit dem Kongress

die Weichen für die „Zukunftsbranche Gesundheit“ stellen. Mit etwa 4,3 Millionen Beschäftigten und rund 260 Milliarden Euro Jahresumsatz ist die Gesundheitsbranche mittlerweile größer als die Automobil- oder Elektroindustrie.

Weitere Informationen sowie das Programm finden Sie im Internet unter www.hauptstadtkongress.de

BERLINER ÄRZTE 5/2008 Editorial „Sie haben es bestanden!“

Im letzten Heft 5/2008 beschreibt der Kollege Stephan Kurz seine Erfahrungen als Student und Assistent, die wir in ähnlicher Form auch alle erlebt haben. Eine Tatsache aber entspricht nicht der Wirklichkeit: „Ein Assistenzarzt hatte vor 30 Jahren 4.000 DM netto im Monat.“

Als ich mich am 1.4.1978 in der Praxis niederließ, hatte ich für den März 1978 als Oberarzt (BAT 1 b) bei 5 Nachtdiensten und 10 Rufbereitschaften 3.400 DM brutto, entsprechend 2.000 DM netto.

10 Jahre zuvor im April 1968 bekam ich für den Nachtdienst und die Betreuung von Rudi Dutschke im damaligen Albrecht Achilles Krankenhaus für die Zeit von 16 Uhr bis zum nächsten Morgen 8 Uhr (16 Stunden) 18 DM. Unsere Vorgesetzten mussten wiederum 10 Jahre zuvor alle Nachtdienste umsonst durchführen.

Mir scheint, dass unter den jungen Kollegen einige sehr „idyllische“ Vorstellungen über die früheren Arbeitssituationen bestehen.

Dr. med. Fred Reiß
14169 Berlin



Personalie

Dekan Paul verlässt Charité



Foto: Charité

Der Dekan der Charité, Professor Martin Paul, verlässt Berlin. Er folgt dem Ruf auf einen Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie und als Dekan der Fakultät für Medizin und Lebenswissenschaften an die Universität Maastricht. Zehn Jahre ist der 50-jährige Pharmakologe als Dekan im Amt und ist damit einer der dienstältesten Dekane Deutschlands: zunächst an der FU Berlin, nach der Fusion mit der Charité

wurde Paul 2004 Dekan und Vorstandsmitglied der Charité – Universitätsmedizin Berlin. „Ich habe mir die Entscheidung nicht leicht gemacht. Aber Maastricht ist eine junge Universität, die neue spannende Wege bestreitet.

In Sachen Bologna-Reform haben die Niederländer dort bereits eine Modell-Universität auf die Beine gestellt. Auch in der Forschungsstruktur und -förderung werden innovative Wege bestritten. Eine solche berufliche Herausforderung kann man nicht ablehnen“, erklärte Paul. Intensive Bleibeverhandlungen führten im Vorfeld nicht zum Erfolg. „Unser Aufsichtsratsvorsitzender Senator Zöller hat alles getan, um gemeinsam mit dem Vorstand den Ruf abzuwehren“, sagte Charité-Vorstandsvorsitzender Professor Detlev Ganten. „Professor Paul wird in der Charité eine große Lücke hinterlassen, aber wir respektieren seine Entscheidung.“ Bis zum Herbst bleibt Paul der Charité noch erhalten.

Klinikführer

Umfrage des „Tagesspiegel“

Auch in diesem Jahr wird der „Tagesspiegel“ gemeinsam mit Gesundheitsstadt Berlin wieder einen Vergleich Berliner Kliniken veröffentlichen und in diesem Rahmen eine Befragung von niedergelassenen Ärzten durchführen. Darin werden die Mediziner um ihre Klinikempfehlungen für bestimmte stationäre Behandlungen gebeten, diesmal schwerpunktmäßig für Schilddrüsen- und HNO-Erkrankungen sowie Psychiatrische Störungen und geriatrische Behandlungen. Im vergangenen Jahr beteiligten sich rund 1.450 Mediziner an dieser Umfrage, die unter anderem von der Ärztekammer Berlin, der KV Berlin und den Berufsverbänden unterstützt wird. Die kurzen Fragebögen mit jeweils zwei

Fragen zu drei Indikationen wurden in diesen Tagen an die Mediziner der Fachgebiete Innere Medizin, Psychiatrie und HNO versandt mit der Bitte, diese auszufüllen und mit dem beiliegenden Freiumschlag zurückzusenden. Zusätzlich werden Mitarbeiter des „Tagesspiegel“-Callcenters telefonisch bei Ärzten um ihre Klinikempfehlungen bitten. Sollten Sie als niedergelassener Arzt der oben genannten Fachrichtungen keinen Fragebogen erhalten haben und an der Befragung teilnehmen möchten, so können Sie diese Unterlagen anfordern. Bitte wenden Sie sich dann per E-Mail an den das Projekt betreuenden „Tagesspiegel“-Redakteur Ingo Bach: ingo.bach@tagesspiegel.de

Ärztliche Praxis

Lob für Vater und Sohn

Öffentliche Anerkennung für die ärztliche Arbeit ist selten, Kritik dafür leider umso häufiger. Umso erfreulicher ist es, wenn sich ausnahmsweise Patienten an die Ärztekammer Berlin wenden, um einen Arzt zu loben. In diesem Fall sind es sogar zwei – genauer Vater und Sohn. BERLINER ÄRZTE erlaubt sich, aus dem Brief des Ehepaares Totz (beide Rentner) aus Weißensee an Kammerpräsidenten Dr. med. Günther Jonitz zu zitieren. Darin bedanken sie sich für jahrelange gute ärztliche Versorgung durch den Vater Dr. med. Klaus Hoppe (Facharzt für Physiotherapie) und den Sohn Dr. med. Stefan Hoppe (Facharzt für Allgemeinmedizin). „Der Gesund-

heitszustand für beide (das Ehepaar Totz) ist gegenwärtig als sehr zufriedenstellend einzuschätzen, weil wir durch die beiden Ärzte und ihre Mitarbeiter dankenswerterweise richtig, vorsorglich und behutsam behandelt worden sind. (...) Ohne die vorbildliche ärztliche Versorgung meiner Frau durch Senior Dr. Hoppe in einem sehr langen Zeitabschnitt zu verschiedenen ernsthaften Erkrankungen auf Lebenszeit, wäre sie heutzutage ein Pflegefall.“

BERLINER ÄRZTE wollten seinen Leserinnen und Leser diese – leider seltene – Anerkennung nicht vorenthalten.

ANZEIGE

Verbände

Neue Arbeitsgemeinschaft gegründet



Der Berufsverband Deutscher Pathologen hat sich mit den Berufsverbänden der Fachgebiete Radiologie, Nuklear- und Laboratoriumsmedizin zur Arbeitsgemeinschaft Ärztlicher Methodenfelder (AGMF) zusammengeschlossen. Mit ihrem Spezialwissen betreuen diese Querschnittsfächer

eigenen Angaben zufolge Patienten aller anderen Gebiete im haus- und fachärztlichen Bereich. Ihre Leistungsfähigkeit wirke sich entscheidend auf die Qualität der gesamten ärztlichen Versorgung aus. Die ärztlichen Methodenfelder insgesamt böten der Medizin ein hohes Innovationspotenzial.

Das Feld der molekularen Untersuchungsmethoden werde ständig weiterentwickelt.

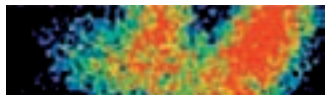
Die Zukunft der Patienten liegt laut AGMF in der immer früheren, präziseren und vor allem individuelleren Erkenntnis von Krankheitsfaktoren und der spezifischen Behandlung.

Angesichts dieser Aufgaben und der Verantwortung will sich die AGMF für ein Höchstmaß an Transparenz und Qualität in der Weiter- und Fortbildung sowie der fachärztlichen Berufsausübung einsetzen.

Weitere Informationen im Internet unter: www.agmf.de



Berufsverband Deutscher
Pathologen e.V.



Berufsverband Deutscher
Nuklearmediziner e.V.



Berufsverband Deutscher
Radiologen e.V.



Berufsverband Deutscher
Laborärzte e.V.

ANZEIGE

Unabhängige Arzneimittel- information für Arzt und Patient

**Stiftung Warentest (Hrsg.):
Handbuch Medikamente. Berlin
2007, 1.360 S., geb. 39 Euro**

Dieses Buch macht Ihre Arzneimitteltherapie erfolgreicher und sicherer, vorausgesetzt, Sie empfehlen es Ihren Patienten. Nicht allen, denn es ist recht anspruchsvoll (und deshalb auch ein sehr brauchbares Nachschlagewerk für den Arzt); vielmehr denen, die den entsprechenden IQ haben, besser über den Umgang mit ihrer Krankheit aufgeklärt sein wollen, Ihnen deshalb Löcher in den Bauch fragen, aber auf die Schnelle natürlich nicht alles verstehen können. Das Handbuch kann dem Arzt viel Zeit ersparen, ohne jedoch die Patienten zu stümperhafter Selbstbehandlung zu verführen. (Für die Selbstmedikation von Befindlichkeitsstörungen mit rezeptfreien Mitteln gibt's von der Stiftung Warentest ein Extra-Handbuch.)

Nicht ohne Arztbesuch

Dass das „Handbuch-Medikamente“ ärztlichen Rat nicht ersetzen kann, wird schon auf der ersten Seite betont. Es verweist immer wieder auf den Arzt, zum Beispiel bei den Wechselwirkungen. Sie werden in dieser Auflage (der 7. seit 2000) erstmals in zwei Kategorien eingeteilt: Weniger bedeutend und leicht vermeidbar oder – wie zum Beispiel bei der durch verschiedene Substanzen verstärkten Untereuckerung oder Gerinnungshemmung – potenziell lebensbedrohlich. Also zum Arzt (regelmäßige Überwachung, evtl. Dosisreduktion).

Dieses unabhängige, wissenschaftlich fundierte, aber verständlich geschriebene Buch enthält Informationen über alle wichtigen verordnungspflichtigen Präparate und ermöglicht auch Preisvergleiche. Gegliedert ist es nach den Krankheiten der verschiedenen Organe oder Funktionssysteme, ein Register der Wirkstoff- und Handelsnamen ermöglicht andere Zugänge. Zuerst weist es immer auf nichtmedikamentöse Behandlungsmöglichkeiten hin. Die Medikamente werden mit Expertenhilfe kritisch bewertet, je nach dem Nutzen-Risikoverhältnis als „Geeignet“, „Auch geeignet“, „Mit Einschränkung geeignet“ oder „Wenig geeignet“ (wie es zur Prozessprophylaxe statt „Ungeeignet“ heißt). Vorm selbstständigen Absetzen eines Mittels ohne Gespräch mit dem Arzt wird gewarnt. – Unsere Bewertung des Buchs in dessen nüchterner Sprache: „Geeignet“.

Bestellnummer Y 0801-T 804,
www.test.de/shop

Die ständig aktualisierte Datenbank mit Informationen über 9000 Arzneimittel www.medikamente-im-test.de ist, außer für AOK-Mitglieder, kostenpflichtig (3 Euro pro Krankheit oder Themenkreis).

R. Stein

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

*Knoblauch***Interaktion mit Saquinavir**

Das BfArM hat verfügt, Knoblauchpräparate mit mehr Gehalt an Knoblauch als es 0,8 g frischem Pflanzenmaterial entspricht mit Warnhinweisen zu versehen, dass bei gleichzeitiger Einnahme die Wirksamkeit von Saquinavir (Invirase®) vermindert wird. Nach amerikanischen Erfahrungen nehmen bis zu 35 % der AIDS-Patienten

gleichzeitig Knoblauchzubereitungen ein. Die Aufnahme von zweimal täglich 4 g frischem Knoblauch ergab einen um 54 % erniedrigten Plasmaspiegel des Proteinkinase-Inhibitors. Auf diese mindestens seit 2002 bekannte Interaktion wird in der ausführlichen Fachinformation zu Saquinavir 2007 hingewiesen. Bei Arzneimittelverordnungen sollte immer auch an mögliche, überwiegend individuell ausgeprägte Interaktionen mit pflanzlichen Arznei- oder Nahrungsmitteln gedacht werden.

Quelle: Pharm. Ztg. 2008; 153: 101

*Komplementäre Behandlungsmethoden***Spezifische Gefahren in der Onkologie**

Im Gegensatz zu Anwendung komplementärer Behandlungsmethoden bei chronischen, nicht akut lebensbedrohlichen Erkrankungen wie z.B. rheumatoide Arthritis kann eine alleinige Anwendung dieser Methoden in der Onkologie eine Heilungschance für immer verstreichen lassen.

Die Autoren weisen auf folgende spezifische Risiken hin:

Methode	Spezifische Gefahren
Akupunktur	Verletzungen und Infektionen
Antioxidantien	Positive Wirkung ungesichert, zum Teil krebsfördernd
Eigenbluttherapie	Übertragung von Viren (Hepatitis B, HIV)
Immunstimulantien	Paradoxe Reaktionen mit Stimulation des Tumorwachstums oder Veränderung des Metastasierungsverhaltens
Krebsdiäten, nicht ausgewogen	Mangelernährung mit Gewichtsabnahme, Leistungsminderung und Abwehrschwäche
Misteltherapie	Allergischer Schock
TCM (traditionelle chinesische Medizin)	Undeklarierte Zusatz hochwirksamer Arzneistoffe, karzinogene Inhaltsstoffe
Thymus-/Milzextrakte vom Kalb	Übertragung von BSE
Vitamintherapie, hochdosiert	Hypervitaminosen
Zelltherapie	Allergischer Schock

Darüber hinaus verweisen die Autoren auf Interaktionen von Phytotherapeutika mit Zytostatika (z.B. Johanniskraut, Grapefruit, Phytoestrogene generell), die die Wirkung, aber auch die unerwünschten Wirkungen wie Nephro- oder Hepatotoxizität der Zytostatika vermindern oder verstärken können.

Es gibt zu denken, dass nach einer Studie im Gegensatz zu anderen

europäischen Ländern in Deutschland Ärzte die wesentlichen Promotoren komplementärer Heilmethoden sind. Trotz eines subjektiv eingeschätzten niedrigen Kenntnisstandes der Ärzte über die jeweiligen Methoden wird ihnen ein vergleichsweise hoher Nutzen beigemessen.

Quelle: Der Internist, Sonderheft März 2008, 12

Dr. Günter Hopf, ÄK Nordhein, Tersteegenstr. 31, 40474 Düsseldorf
Telefon: 0211 4302-1560, Fax: 0211 4302-1588, E-Mail: dr.hopf@aekno.de

Aut idem-Regelung auch bei Schmerzplastern anwendbar

Der Austausch wirkstoffgleicher opiathaltiger Schmerzmittel durch den Apotheker - nach erfolgter ärztlicher Verschreibung auf Betäubungsmittelrezept - ist seit dem Inkrafttreten der Rabattverträge nach § 129 SGB V zum 1.4.2008 kontrovers diskutiert worden:

In diesem Zusammenhang wurde insbesondere die Frage gestellt, ob Pflaster mit unterschiedlicher quantitativer Wirkstoffzusammensetzung bei gleicher Freisetzungsrate als bioäquivalent und damit als „aut-idem-fähig“ einzustufen sind.



Das Bundesministerium für Gesundheit hat jetzt fachlich wie rechtlich klargestellt, dass der Austausch von opiathaltigen Schmerzmitteln durch Generika entsprechend den rechtlichen Vorgaben der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) grundsätzlich möglich ist:

Ein Austausch BtM-haltiger Pflaster kommt – bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen - aber nur in Betracht, wenn auch die gesamte Wirkstoffmenge („Beladungsmenge“) der Pflastersysteme identisch ist. Insofern kann ein Austausch BtM-haltiger Pflaster nur vorgenommen werden, wenn die Dosisstärken („Freisetzungsraten“) und die Wirkstoffmengen (Beladungsmenge) der Pflaster übereinstimmen.

1. Die Abgabe durch die Apotheke richtet sich nach § 12 BtMVV. Zwar darf der Apotheker erst nach Rücksprache mit dem verschreibenden Arzt das BtM-Rezept ändern oder ergänzen, wenn ein erkennbarer Irrtum des verschreibenden Arztes vorliegt, das Rezept unleserlich oder unvollständig bzw. falsch ausgefüllt ist. Will der Arzt jedoch aut idem ermöglichen und kreuzt deshalb das Aut-idem-Kästchen

gewollt nicht an, so liegt kein Irrtum oder sonstiger Zweifelsfall vor. Der Apotheker darf vielmehr in der Regel davon ausgehen, dass der Arzt mit einem Austausch einverstanden ist. Ein zusätzliches Risiko für die BtM-Sicherheit birgt der Austausch eines BtM durch ein in Wirkstärke identisches nicht.

2. Die gesetzlich geforderte lückenlose Dokumentation (§§ 13, 14 BtMVV) wird gewährleistet. Sie dient dazu, den Verbleib der BtM und die

Erfüllung der Pflichten aller Teilnehmer am BtM-Verkehr nachzuweisen. Die Dokumentation beim Arzt soll nachweisen, dass er seine Pflichten erfüllt hat, also u.a. dieses BtM an diesen Patienten in dieser Menge (Höchstmengenregelung) verschreiben durfte. Sie soll nicht belegen, dass die Apotheke das verschriebene Mittel abgegeben hat. Die Abgabe wird mithilfe der Teile 1 und 2 des BtM-Rezeptes dokumentiert, auf dem der Apotheker, im Falle von aut-idem, das tatsächlich abgegebene BtM vermerkt.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass im Rahmen der „aut idem Regelung“ z.B. transdermale Pflastersysteme insbesondere nur dann ausgetauscht werden können, wenn nicht nur

- die pro Zeiteinheit aus dem System freigesetzte Menge (Freisetzungsrate) sondern auch
- die Gesamtmenge an enthaltenem Wirkstoff (deklarierter Wirkstoffgehalt, Beladungsmenge) identisch ist.

www.bfarm.de



Fotos: Stiebitz

Dr. med. Matthias Albrecht



Dr. med. Werner Wyrwich

Qualität und Patientensicherheit: Spät, aber gründlich

Der weltweit größte Kongress zum Thema Qualität und Patientensicherheit, das „International Forum on Quality and Safety in Healthcare“ des British Medical Journal kommt 2009 nach Berlin. Die ÄKB-Vorstandsmitglieder Dr. med. Matthias Albrecht und Dr. med. Werner Wyrwich arbeiten aktiv an der Vorbereitung mit.

Sie beide haben den Kongress gerade in Paris besucht. Welchen Eindruck nehmen Sie mit nach Hause?

Wyrwich: Das Interesse am Thema steigt weltweit. Der Kongress zählte 2.200 Besucher aus 60 Nationen, so viele wie noch nie zuvor. Es waren vor allem Entscheider aus dem Gesundheitswesen, aber auch viele ärztliche Kollegen mit Verantwortung und besonderer zusätzlicher Qualifikation in der Qualitätssicherung und Patientensicherheit dort.

Albrecht: Die Themenbreite war enorm. Im Vordergrund stand die Frage: „Wie kann man den richtigen Patienten das Richtige zur richtigen Zeit auf die richtige Art zur Verfügung stellen?“ Aber auch Fragen rund um die Patientensicherheit, die Fehler- und Sicherheitskultur gehörten dazu. Im Detail gab es eine große Bandbreite: Von der Organisation der Notfallversorgung im ländlichen Raum bis hin zu vergleichenden Analysen der Schlaganfallprävention oder neuesten Studienpräsentationen zum Zusammenhang zwischen eingesetzten Kosten und Versorgungsqualität konnte man alles finden. Sehr spannend ist

es, Menschen aus anderen Versorgungssystemen zu treffen, die sich mit den gleichen Problemen herumschlagen wie man selbst.

Gab es Länder, die auffällig weit sind?

Albrecht: Staatlich organisierte Gesundheitssysteme wie England, Spanien oder Polen verfügen oft über eine gute Datenlage und können deshalb sehr gut analysieren, was sie tun. Ob dabei für den Patienten allerdings mehr herauskommt als in Systemen wie dem unseren, bleibt offen. In der Qualitätssicherung stark sind die skandinavischen Staaten, aus denen auch eine große Zahl von Teilnehmern kam. Wir Deutschen haben zwar relativ spät angefangen, dafür machen wir die Sache jetzt aber recht gründlich.

Waren viele deutsche Kollegen auf dem Kongress?

Wyrwich: Es gab nur 16 Anmeldungen aus Deutschland, zwei davon kamen von uns. Wahrscheinlich ist der Kongress im deutschsprachigen Raum noch nicht so bekannt. Das wird sich nächstes Jahr ändern.

sygo

Vom 18. bis 20 März 2009 findet der Kongress im ICC Berlin statt. Weitere Informationen finden Sie unter: www.internationalforum.bmj.com

Runder Geburtstag: Kammerpräsident wird 50

Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz feiert am 19. Juni seinen 50. Geburtstag. Der Chirurg ist seit 1999 Präsident der Ärztekammer Berlin. Zuvor war er vier Jahre Vizepräsident. Als Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer ist er für die Qualitätssicherung ärztlicher Tätigkeit zuständig.

Schwerpunkte der berufspolitischen Arbeit von Dr. Jonitz sind Qualitätssicherung, Patientensicherheit, Fehlermanagement und Evidenzbasierte Medizin. In diesen Arbeitsfeldern ist er in allen Spitzengremien der Bundesrepublik Deutschland vertreten. Außerdem ist er auf internationaler Ebene tätig, so ist er in zwei internationalen Projekten auf EU-Ebene und innerhalb des Commonwealth Fund offizieller Vertreter der Bundesregierung. Als 2. Vorsitzender des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V. sorgte Jonitz kürzlich für Aufsehen, als er sich in einer Broschüre des Aktionsbündnisses



neben anderen prominenten Medizinern zu einem Behandlungsfehler bekannte. Daneben gilt sein besonderes Interesse der Arzt-Patienten-Kommunikation. Berufspolitisch engagiert ist Dr. Jonitz außerdem im Marburger Bund, wo er dem Vorstand des LV Berlin/ Brandenburg angehört.

Kurzer Lebenslauf:

- 1958 in München geboren
- Medizinstudium in Bochum und Berlin
- 1990 Gastarztstätigkeit in Japan
- 1994 Facharzt für Chirurgie (Schwerpunkt minimal-invasive Chirurgie und chirurgische Endoskopie)
- 1996 Promotion
- 1995 – 1999 Vizepräsident der Ärztekammer Berlin
- Seit 1999 Präsident der Ärztekammer Berlin

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Ärztekammer Berlin gratulieren Dr. Jonitz herzlich zu seinem runden Geburtstag.

Ratgeber

Die Suche nach der guten Praxis

Die Suche nach einer guten sprich passenden Arztpraxis stellt Patienten nicht selten vor Probleme. Zu unterschiedlich sind die Ansprüche neben dem berechtigten Wunsch nach fachlicher Kompetenz.

Helfen soll die Checkliste „Woran erkennt man eine gute Arztpraxis?“, die das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) jetzt in der dritten, überarbeiteten Auflage herausgibt. Der Leser erfährt den Angaben zufolge nicht nur, welche Anforderungen eine gute Arztpraxis erfüllen sollte, sondern auch, woran man erkennen kann, ob diese Anforderungen auch erfüllt werden. Dazu gehören ver-

ständige Information und Beratung, Einbeziehung in Entscheidungen, respektvoller Umgang und Zugang zu Patientenunterlagen.

In der dritten Auflage neu hinzugekommen sind hilfreiche Ratschläge zur Vorbereitung des Arztbesuches und des Arzt-Patienten-Gesprächs. So erfährt der Patient zum Beispiel, was er zum Arztbesuch mitbringen sollte und bekommt Anregungen, welche Fragen er seinem Arzt stellen kann.

Dabei ist die Broschüre nicht als Kontrollinstrument zu verstehen, sondern als Hilfestellung für den Patienten, den aus seiner Sicht „richtigen“ Arzt für

sein gesundheitliches Problem zu finden und selbst dazu beizutragen, dass der Arztbesuch zur Zufriedenheit aller verläuft. Die Checkliste wurde von Vertretern der Patientenselbsthilfe und der ärztlichen Selbst-

verwaltung erarbeitet. Die Liste ist im Internet abrufbar unter: www.arztcheckliste.de

Außerdem ist sie jetzt in Broschürenform über den Buchhandel für 8,80 Euro erhältlich.



Salutogenese

Die Freude an der Arbeit erhalten

„An manchen Tagen macht mich die Klinik wirklich krank, dann könnte ich mein ganzes Arztsein sofort an den Nagel hängen“, sagte neulich eine Assistenzärztin am Rande einer Fachveranstaltung. Trotz der Widrigkeiten und der zunehmend erschwerten Arbeitssituation in Praxis und Klinik gelingt es einigen Ärztinnen und Ärzten, die Freude an ihrem Beruf nicht zu verlieren. Steigender ökonomischer Druck, dauerhafte Stressbelastung, viele Ruf- und Bereitschaftsdienste, Verbürokratisierung der Arbeitsabläufe, hohe Erwartungen der Patienten und der Vorgesetzten, ungeklärte rechtliche Sachverhalte von Seiten der Politik, immer weniger Gratifikation – die einen macht das System krank, die anderen bleiben gesund. Wie gelingt es Ärztinnen und Ärzten, ihre berufliche Welt nicht zum Gesundheitsrisiko werden zu lassen? Vier Ärzte sprechen über ihre salutogenen Ressourcen, die in ihrer Ausprägung in vielerlei Hinsicht durch das Wesen des Einzelnen und dessen Bedürfnisse bestimmt sind.

Von Ulrike Hempel



Glück und Erfolg organisieren

Oberarzt Dr. med. Jan-Peter Siedentopf (37) hat auch heute die 20 Minuten von zuhause bis zur Klinik für Geburtsmedizin Charité Campus Virchow-Klinikum mit dem Fahrrad zurückgelegt. Aus der Puste ist er deshalb nicht, denn das macht er täglich und bewusst. Wenn er sich darüber ärgert, dass er einer Patientin in der Klinik nicht so zur Seite stehen konnte, wie er es sich gewünscht hätte, dann ist der Rückweg eine gute „Pufferzone“ zwischen Berufs- und Privatleben. Es geht um regelmäßige körperliche Bewegung, manchmal um Stressabbau. Der Gynäkologe Siedentopf sagt: „Ich habe den schönsten Job überhaupt.“ Stolz zeigt er auf die Pinnwand, an der jede Menge Babyfotos hängen. Die Frauen, die von ihm während der Schwangerschaft medizinisch betreut wurden, bittet er zur Untersuchung sechs Wochen nach der Geburt unbedingt ein Foto des Kindes mitzubringen. Siedentopf bezeichnet das von ihm eingeführte Ritual als „selbst organisierten Lohn für getane Arbeit und einen Vorteil der Geburtsmedizin“.

Siedentopfs Bitte und die damit verbundene Stärkung seines Lebensgefühls ist für ihn auch eine gesundheitserhaltende Maßnahme. Die zufriedenen Mütter mit den Fotos ihrer Kinder führen dem Arzt vor Augen, dass sein Tun Sinn macht. Es weckt bei ihm das Gefühl der Bedeutsamkeit und Sinnhaftigkeit seiner Arbeit. Das kommt ihm in emotional belastenden Momenten in der Klinik sehr zugute. Etwa wenn er einer Frau sagen muss, dass ihr Baby keine Herztöne mehr hat. „Wir erleben hier auch sehr traurige Situationen, die für den Arzt ebenfalls belastend sein können“, sagt Siedentopf. Er nimmt sich die Zeit, mit der betroffenen Patientin zu reden, obwohl es nur wenige Worte

gibt, die man sagen kann. „In solchen Momenten bin ich sehr authentisch und sage, dass das wirklich traurig ist. Ich verdrehe mich nicht, sondern bleibe mir treu und setze mich für das ein, was mir wichtig ist.“ Denn nichts sei für ihn unerträglicher im Arzt-Patienten-Verhältnis, als Emotionen, die nicht rauskommen. „Wenn die Wahrheit nicht auf dem Tisch ist, das ist das wirklich Belastende für mich.“ In Krisen ist es für Siedentopf wichtig, sich der Situation zu stellen, sich an Erfolge zu erinnern und dann wieder an die Arbeit zu gehen. Alles Weitere empfindet man sonst als Last und Qual. Siedentopf ist imstande, sich mit belastenden Situationen auseinanderzusetzen, dabei seine Autonomie zu bewahren und zwischen verschiedenen Verhaltensmöglichkeiten zu wählen. Er trifft Entscheidungen, für die er auch Verantwortung übernimmt, weil er das grundlegende Vertrauen hat, dass er die Situation bewältigen wird. Nach dem Motto: Das werde ich schon schaffen! Er verhindert, dass sich Spannung in eine dauerhafte Belastung verwandelt. Diese Belastungen können, im Zusammenspiel mit anderen Faktoren wie etwa Krankheitserregern und körperlichen Schwachpunkten, die Gesundheit gefährden.

Siedentopf wendet mit seinen Strategien, die unmittelbar aus seiner Alltagsgestaltung erwachsen, implizit Prinzipien der Salutogenese an.

Das Konzept Salutogenese

Das Konzept der Salutogenese wurde von dem amerikanisch-jüdischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (1923-1994) in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts entwickelt. Er stellte die Fragen: Wie entsteht Gesundheit? Wie wird sie bewahrt? Welche Faktoren ermutigen Gesundheit? Die Salutogenese (salus = gesund, genese = Entstehung) fragt nicht wie die Pathogenese (pathos = Leid, Krankheit, genese = Entstehung) nach der Entstehung von Krankheit, sondern nach den Gründen von Gesundheit. Der salutogenetische Ansatz betrachtet Gesundheit und Krankheit zusammen. Die beiden Faktoren bilden Pole einer Linie: Auf der einen Seite „Gesundheit/ körperliches Wohlbefinden“ und auf der anderen Seite „Krankheit/ körperliches Missempfinden“. Zwischen diesen beiden Polen bewegt sich der Mensch hin und her, ist also nicht nur krank oder nur gesund. Jeder Gesunde hat nach Antonovskys Modell kranke Anteile in sich

Aaron Antonovsky

Der amerikanisch-jüdische Medizinsoziologe Aaron Antonovsky wurde 1923 in Brooklyn, USA, geboren und starb 1994 in Beer Sheva, Israel.

Nach seinem Militärdienst im zweiten Weltkrieg studierte er Soziologie. 1960 emigrierte er nach Israel und arbeitete dort am Institut für Angewandte Soziologie in Jerusalem.

Er beschäftigte sich u.a. mit Studien über Frauen, die zwischen 1914 und 1923 in Zentraleuropa geboren wurden und teilweise in Konzentrationslagern inhaftiert waren. Antonovsky fiel auf, dass 29 Prozent der ehemals inhaftierten Frauen sich trotz der traumatisierenden Bedingungen, denen sie während ihrer Inhaftierung ausgesetzt waren, in einem relativ guten psychischen Zustand befanden. Er stellte sich die Frage, wie es den Frauen gelungen war, gesund zu bleiben. Daraus entwickelte sich das Konzept der Salutogenese.

Seine Hauptwerke sind „Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being“ (San Francisco 1979) und „Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well“ (San Francisco 1987).

und jeder Kranke wiederum auch gesunde. Die Stärkung der gesunden Ressourcen ist ein zentraler Punkt des Konzepts. Die Frage, so Antonovsky, ist also nicht, ob jemand gesund oder krank ist, sondern wie nahe bzw. wie entfernt von den Endpunkten Gesundheit und Krankheit.

Der gute Schwimmer

Um den dynamischen Prozess zwischen den Polen von Gesundheit und Krankheit hervorzuheben, hat Antonovsky das Bild des Menschen im Fluss benutzt. Die wesentliche Frage für ihn: Wie wird man in dem Fluss, wo auch immer man sich in ihm befindet, zu einem guten Schwimmer? Antonovsky sieht den Fluss als Strom des Lebens. Der Mensch übersteht die Gefahr im reißenden Wasser letztlich nur, wenn er über Widerstandskraft (persönliche Ressourcen) und Überlebenswillen (Grundeinstellung) verfügt. Diese Fähigkeiten fasst der Medizinsoziologe in dem Begriff „Kohärenzgefühl“ zusammen.

Das Kohärenzgefühl

Das Kohärenzgefühl ist die wichtigste Voraussetzung, um gesund zu werden, gesund zu sein und gesund zu bleiben. Kohärenz (Zusammenhang, Stimmigkeit) ist eine gewisse Art „in der Welt zu stehen“, eine allgemeine Grundhaltung, die Welt als zusammenhängend und sinnvoll zu erleben. Das Kohärenzgefühl setzt sich nach Antonovsky aus drei Komponenten zusammen:

- **Gefühl der Verstehbarkeit (sense of comprehensibility)**
Damit ist die Fähigkeit des Menschen gemeint, Einflüsse aus der Umwelt so zu ordnen und zu strukturieren, dass sie sinnvoll interpretiert und verarbeitet werden können.
- **Gefühl der Handhabbarkeit/ Machbarkeit (sense of manageability)**
Benennt die Überzeugung und den Glauben, Probleme aktiv bewältigen zu können, indem man entweder auf innere Ressourcen wie Zuversicht, Selbstver-

trauen, Erfahrungen oder auf externe Ressourcen wie soziales Umfeld, Umwelt zurückgreift.

- **Gefühl der Sinnhaftig- und Bedeutsamkeit (sense of meaningfulness)**
Beschreibt die Dimension, in der das Leben als sinnvoll erlebt wird und die Bereitschaft, Herausforderungen zu bewältigen, weil es einen Sinn hat bzw. ergibt. Ein Mensch, mit einem stark ausgeprägten Kohärenzgefühl, kann auf Herausforderungen flexibel reagieren und Ressourcen entsprechend der Situation aktivieren.

Stress und Stressabbau

Der Lebensalltag ist nun aber bei weitem kein ruhiger Fluss – um bei Antonovskys Bild zu bleiben. Fortwährend setzt man sich mit Dingen und Gegebenheiten auseinander, die das Gleichgewicht beeinflussen. Als Schwimmer müssen Stromschnellen, Wasserfälle und Untiefen überwunden werden, d.h. laut Antonovsky, dass die zentrale Aufgabe des Organismus die Bewältigung von Stress- und Spannungszuständen ist. In der Stressforschung nennt man alle Reize und Stimuli, die Stress erzeugen, Stressoren. Antonovsky definiert Stressoren als „eine von innen oder außen kommende Anforderung an den Organismus, die sein Gleichgewicht stört und die zur Wiederherstellung des Gleichgewichtes eine nicht-automatische und nicht unmittelbar verfügbare, energieverbrauchende Handlung erfordert.“ (Antonovsky, 1979, S.72)

Wie mit unvermeidbaren Stressoren umgegangen wird, hängt entscheidend von dem Kohärenzgefühl ab. Ist eine Herausforderung eine Aufgabe, die gelöst werden kann oder ein Problem, das zur Resignation führt? Ein starkes Kohärenzgefühl bewirkt Flexibilität, aktive Auseinandersetzung und ein positives Verarbeitungsmuster. Der Stressfaktor wird nicht mehr negativ bewertet, die von ihm hervorgerufenen Spannungen werden gelöst und das Gesundheitsrisiko gemindert.

„Ich empfinde eine gute Stressbewältigung sogar als einen gesundheitsfördernden Prozess“, meint Professor Dr. med. Christof Müller-Busch (fast 65 Jahre), Anästhesist und Palliativmediziner im Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe. Erklärend führt er aus, dass er den täglichen Stress sogar ganz gerne hat, weil er ihm gut tut. Das hängt damit zusammen, dass er das, was andere vielleicht als Stress erleben würden, nicht als solchen empfindet. Für ihn sind Herausforderungen eine Bereicherung. Die Arbeit in dem Bereich der Palliativmedizin führt Müller-Busch mit Menschen zusammen, die in Anbetracht ihrer Krankheits- bzw. Lebenssituation ganz besondere Fragen haben: Was ist wirklich wichtig und bedeutend? Warum wird der eine wieder gesund während der andere stirbt? Deshalb braucht man Verständnis für den Menschen in seiner Gesamtheit, nicht nur für seine Schmerzen. Ängste, Sorgen und Nöte des Patienten müssen erkannt und in der Behandlung berücksichtigt werden. Das ist jedoch letztlich nur im Gespräch möglich.

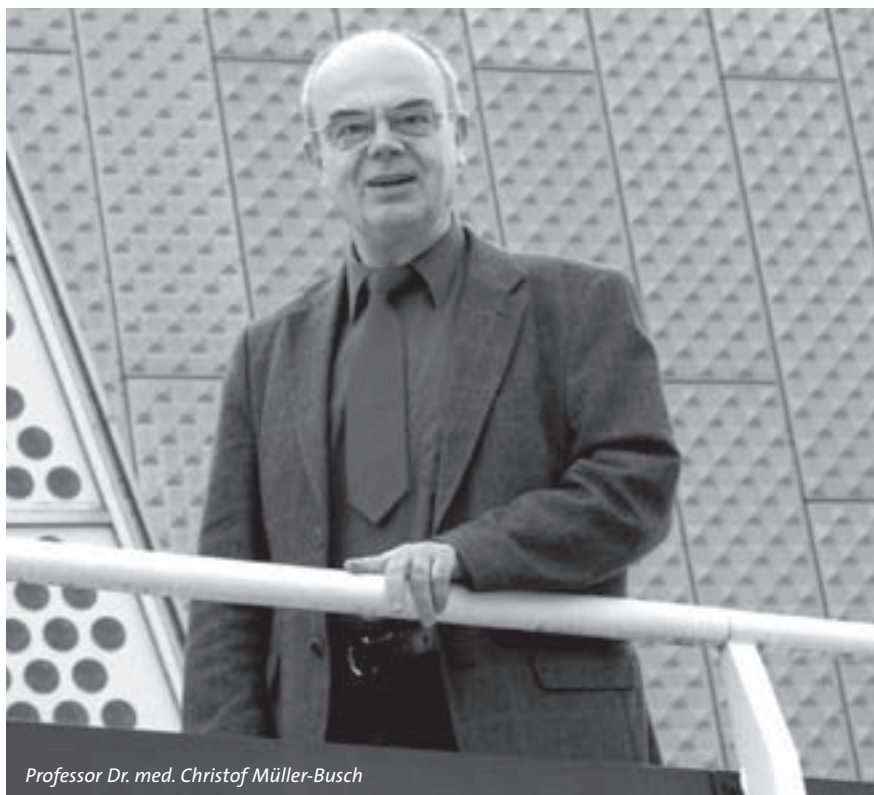
Müller-Busch: „Ich lasse mich von den Patienten anregen. Immer wieder werde ich mit der Frage nach dem Sinn meines Arztseins konfrontiert. Das lässt das Interesse an meinem Beruf und die damit verbundene Faszination nie versiegen.“ Natürlich gibt es auch Angriffe auf sein Wohlbefinden und seine Gesundheit. Etwa durch den Umstand, dass die ökonomischen Anforderungen das Arzt-Patienten-Verhältnis verändern. Das von der Sorge um den kranken Menschen bestimmte Denken verändert sich im Zeitalter der DRG's gezwungenermaßen zum Denken in Bewertungsrelationen. Müller-Busch zur Planbarkeit im Bereich der Palliativmedizin: „Wie soll ich einen Plan aufstellen, dass ich genau 280 Patienten im Jahr mit unheilbaren Erkrankungen aufnehme, die eine Liegezeit von 14,2 Tagen haben?“ Eine Punktlandung machen, nur um gut dazustehen, das empfindet er als bedrückend und es belastet ihn. Trotz-

dem geht er jeden Tag gern ins Krankenhaus und wird diesen Alltag vermissen, wenn er in wenigen Wochen pensioniert wird.

Müller-Busch verfügt über Ressourcen und Fähigkeiten, die ihn davor schützen, die spannungserzeugenden Stressoren als wirklich bedrohlich zu empfinden. Negativen Faktoren wie etwa dem ständigen Rechtfertigungsdruck oder den belastenden bürokratischen Verwaltungsaufgaben setzt er ein starkes Motiv entgegen, das ihm hilft, in seinem Beruf aktiv und gesund zu bleiben: „Ich stehe diesem Abenteuer Leben – auch als Arzt – immer wieder ehrfürchtig gegenüber.“ Er bewahrt sich die Fähigkeit des Staunens und Erstaunens, weil unter anderem die Ausübung seines Berufs sein Leben mit Sinn erfüllt. Grundsätzlich ist ihm wichtig, Gesundheit nicht nur als völliges geistiges, körperliches und soziales Wohlempfinden zu begreifen, sondern auch als eine Befähigung, mit Einschränkungen, wie zum Beispiel einer Krankheit, glücklich zu leben. Um sich selbst gesund zu erhalten, entspannt sich Müller-Busch gern und regelmäßig bei Konzertbesuchen in der Philharmonie. Allgemein geht es auch ihm um die drei Dinge, die Kant gegen die Mühseligkeiten des Lebens empfiehlt: den Schlaf, die Hoffnung und das Lachen.

Die Ressourcen des Menschen

Antonovsky findet für die Ressourcen, auf die jemand zur Spannungsbewältigung zurückgreifen kann, den Begriff der Generalisierten Widerstandsquellen (generalized resistance resources). Dafür einige Beispiele: Wissen und Intelligenz, Ich-Identität, Rationalität, Flexibilität und Weitsichtigkeit bei Problemlösungen, materieller Wohlstand etc. Einen systematischen Überblick über die Ressourcen des Menschen bietet die Biochemikerin und Autorin Dr. Verena Steiner in dem Buch „Energiekompetenz“ (Pendo Verlag, Zürich 2005) an:



Professor Dr. med. Christof Müller-Busch

Ich-Bereich		
physisch	emotional	mental
Atmung Schlaf Rhythmus Gesundheit Fitness Ernährung Sinne	Selbstachtung Selbstvertrauen Stimmung Lebensfreude Optimismus Sozialkompetenz (mit Sich-Einfühlen- Können in andere und Beziehungsfähigkeit)	Wille Selbstdisziplin Konzentration Realitätssinn geistige Offenheit fachliche Kompetenzen
Beziehungs-Bereich		
zu Menschen	zur Arbeit	zu Dingen
Partnerschaft Familie, Freundschaft Gemeinschaft	Interesse Commitment Arbeitsfreude	Achtsamkeit Ordnung, Ästhetik Vollendung
Perspektiven und Lebenssinn		
Ziele Herausforderungen Träume Hoffnung	Engagement für die Gesellschaft Reflexion Philosophie Religion, Spiritualität	

Ressourcen des Menschen, Quelle: Verena Steiner, Energiekompetenz, 2005

Familie und Kollegen

Christian Busse, (Name geändert) arbeitet als Assistenzarzt in einer Klinik im Norden der Stadt. Seitdem er Vater von zwei Kindern ist, hat sich seine Einstellung zum Arztberuf geändert. Als Single frustrierte ihn das Arztsein oft. Sein Kopf war vollgestopft mit Wissen aus Vorträgen, Vorlesungen, Büchern, Fachblättern, Internet und dem, was ihm die Patienten von sich erzählten. „Ich fühlte mich dumm, überfordert und machtlos. So kurz vor dem Ertrinken, denn ich bekam die ganzen Informationen nicht mehr sortiert.“ Das Familienleben gab seinem Leben jedoch recht bald einen anderen Rhythmus vor. Wenn er Dienstschluss hatte, dann hatte er Dienstschluss und verließ auch wirklich die Klinik. Die Stärke, eine Grenze zu ziehen und loszulassen, gab ihm die Kraft, nach Lösungsmöglichkeiten für den Umgang mit der täglich über ihn hereinbrechenden Informationsflut zu suchen. Beim Spaziergehen mit dem Kinderwagen entwickelte er für sich einen genauen Managementplan. Der beinhaltete feste Zeiten, Rituale und Strukturen, die ihm halfen, systematischer zu werden.

„Hinter dem Problem steckte aber noch etwas anderes: Ich wollte nämlich unbedingt der perfekte Arzt sein“, gibt Busse zu. Nach dem Schema: Lesen, hören, verstehen, anwenden, vollständig heilen. Aber umso intensiver ihn die Familie zu Hause brauchte, desto offensichtlicher wurde seine völlig übertriebene Idealvorstellung vom Arzt. „Ein ganz guter Arzt zu sein, statt ein ausgezeichneter, ist auch okay“, stellt Busse fest. Und noch besser sei es, wenn man das mal laut in einer Gruppe von Ärztinnen und Ärzten sage. Das hat er in der Balint-Gruppe gemacht, die er seit einigen Monaten besucht. Er redete dort mit Kollegen aus den unterschiedlichsten Fachbereichen über medizinische Probleme, mögliche Lösungsansätze, aber eben auch das eigene Selbstwertgefühl als Arzt. „Seitdem bin ich mir der Kraft und der Qualitäten eines Arztes, aber

auch der unrealistischen Forderungen an ihn, bewusster“, sagt er zufrieden und fügt hinzu, dass andere Ärztinnen und Ärzte auch so ihre Probleme hätten. Das zu merken, schafft ein Zusammengehörigkeitsgefühl.

Für Siedentopf spielen die Kollegen ebenfalls eine wesentliche Rolle, um sich bei der Ausübung seines Berufs wohlfühlen. Ein gutes Team ermöglicht dem Arzt, dass er auch in privaten Krisen in

der Klinik Unterstützung findet. „Bei uns wird da nicht viel geredet. Einer bekommt mit, dass zuhause was nicht so läuft. Er kommt und fragt, ob er den Nachtdienst machen soll“, erzählt er. Von sich aus würde er wohl eher nicht um Hilfe bitten. Deshalb tut ein Kollege mit seinem Angebot doppelt gut. Es ist eine echte Entlastung und eine Wertschätzung der eigenen Person. Man wird nicht nur wegen seiner Stärken, sondern auch mit seinen Schwächen gemocht.



Dr. med. Jan-Peter Siedentopf

Lehrtätigkeit und Mitbestimmung

„Um eine Herausforderung befriedigend bewältigen zu können, muss meines Erachtens die Aufgabe als wirklich wichtig empfunden werden. Und sie sollte auch erfüllbar sein“, meint Professor Dr. med. Vittoria Braun, niedergelassene Ärztin, Lehrstuhlinhaberin am Institut für Allgemeinmedizin der Charité und Vorstandsmitglied der Ärztekammer Berlin. Braun weiß genau wovon sie spricht, denn sie ist eine der Berliner Ärztinnen, die eine C3 (entspricht W2)-Professur innehaben. Der Weg nach oben war kein leichter, aber, so Braun: „Ich bin grundsätzlich heiter, gelassen und kämpferisch.“

Wenn man Brauns Entwicklung verfolgt, dann fällt auf, dass sie immer nach Herausforderungen gesucht hat, die für sie mit Freude und Erfüllung verbunden waren. „Das Wichtigste im Zusammenhang mit der Professur an der Charité ist der Spaß an der Lehrtätigkeit“, sagt sie. Gleichzeitig verbindet sich mit dem persönlichen Anliegen ein gesundheitspolitisches Ziel. Brauns Entschluss zu habilitieren erwuchs aus der Überzeugung, dass es unbedingt notwendig ist, die Allgemeinmedizin an die Hochschule zu bringen. „Ich sehe das bei den vielen Weiterbildungsassistenten, die ich in den letzten 30 Jahren zum Facharzt für Allgemeinmedizin geführt habe. Sie wussten nach sechs Jahren kompliziertem Medizinstudium mit dem ambulanten Patienten wenig anzufangen.“ Die Professorin ist zutiefst davon überzeugt, dass die medizinische Grundbetreuung der Bevölkerung nur durch einen breit qualifizierten Allgemeinarzt durchzuführen ist, der eine gut strukturierte fünfjährige Weiterbildung absolviert hat.

Die Ärztin konnte die Hürden der Medizinerlaufbahn nehmen, weil es ihr gelang und gelingt, den Beruf mit einer erfüllenden Partnerschaft, einem beglückenden Familienleben und individueller Freizeitgestaltung zu vereinba-



Professor Dr. med. Vittoria Braun

ren. „Gut“, erklärt sie, „ich habe eine 60- bis 70-Stunden-Woche. Aber das ist nicht so schwerwiegend, weil es interessant ist und ich etwas bewege. Man muss lernen, die wenige Zeit, die bleibt, zu kultivieren.“ Nach Antonovsky sind das genau die drei Komponenten der Salutogenese: eine Aufgabe, für die es sich lohnt zu leben, Ressourcen, um diese Aufgabe zu erfüllen und das entsprechende Verhältnis von Arbeit und Freizeit.

Kreative Ressourcen

Wie sie das alles schafft und trotzdem gesund bleibt? Wenn Braun keine Kraft mehr hat, setzt sie sich in ihr Arbeitszimmer und schreibt eine Geschichte oder ein Gedicht. Ihre Liebe zur Literatur bewog sie, gemeinsam mit ihrem Mann und einigen Freunden, den „Braun’schen Salon“ zu gründen. Etwa 12 Personen, darunter Medienschaffende, Geologen, Ärzte und wissenschaftliche Assistenten wählen die gemeinsame Lektüre aus. Auf dem Programm standen schon Marukami, Aitmatow und Nooteboom. Nach dem drei- bis vierstündigen Gespräch servieren die Gastgeber ein mehrgängiges Menü. „Manchmal

kochen mein Mann und ich schon zwei Tage vorher“, erzählt Braun begeistert. Letztlich muss sich ihrer Meinung nach Zufriedenheit aus dem realisierten Lebenssinn ergeben, egal ob im Beruf oder im Privatleben. „Eine Chance zu haben und die auch zu nutzen, das ist es, was gesund erhält“, bringt Braun ihr Konzept auf den Punkt.

Siedentopfs Schicht in der Klinik für Geburtsmedizin ist zu Ende. Freudestrahlend schiebt er sein Rad schon mal in Richtung Ausgang. Bevor er seinen Arztkittel auszieht, dreht er sich noch mal um und ruft: „Ich entspanne am liebsten auf meinem Balkon. Ist das auch eine salutogene Ressource?“

Verfasserin:
Ulrike Hempel, Medizinjournalistin

LITERATUR:

Antonovsky, Aaron: Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being, San Francisco, 1979.

Antonovsky, Aaron: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke, Tübingen, 1997.

Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese. Diskussionsstand und Stellenwert: Jürgen Bengel, Regine Strittmatter und Hildegard Willmann im Auftrag der BZgA.

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: NEUER KURS 01.09.–06.09.2008 10.11.–15.11.2008 15.–12.–20.12.2008	Weiterbildungskurs „Ärztliches Qualitätsmanagement“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge des Eingangs berücksichtigt. (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
■ Veranstaltungsreihe jeweils donnerstags; NEU/ BITTE BEACHTEN: Beginn um 19:00 Uhr	Fachspezifische Fortbildungsreihe Innere Medizin: Schwerpunktthema Hämatologie und Internistische Onkologie 05.06.2008: Supportive Therapie 12.06.2008: Bronchialkarzinom 19.06.2008: Spezielle Therapien 26.06.2008: Multimodale Diagnostik und Therapie 03.07.2008: Leukämien und myeloische Syndrome 10.07.2008: Gammopathien	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1206 E-Mail: fobi-zert@aekb.de Teilnahme kostenlos, Anmeldung nicht erforderlich	3 P je Veranstaltungstermin
■ Veranstaltungsreihe jeweils 14-tägig dienstags NEU/ BITTE BEACHTEN: Beginn um 19:00 Uhr	Interdisziplinäre Fortbildungsreihe 03.06.2008: Naturheilverfahren 17.06.2008: Enge in der Brust 01.07.2008: Ernährung 15.07.2008: Impfen	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1206 E-Mail: fobi-zert@aekb.de Teilnahme kostenlos, Anmeldung nicht erforderlich	3 P je Veranstaltungstermin
■ 09.06.–11.06.2008 11.06.–13.06.2008 13.06.2008	Grundkurs im Strahlenschutz Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik Spezialkurs im Strahlenschutz bei interventioneller Radiologie	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1301; 40806-1303 E-Mail: aag@aekb.de Anmeldung erforderlich! Gebühren: Grundkurs: 230 € Spezialkurs/ Röntgendiagnostik: 200 € Spezialkurs/ Interventionelle Radiologie: 60 €	Grundkurs: 21 P Spezialkurs/ Rö.-diagnostik: 20 P Spezialkurs/ Intervent. Radiologie: 60 P
■ 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

Kursangebot der Ärztekammer Berlin **Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)**

Der 200-Stunden-Weiterbildungskurs Qualitätsmanagement nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin im Herbst 2008 als Kompaktkurs veranstaltet. Die drei intensiven Wochen der Präsenzphase werden durch eine 50-stündige Phase des Selbststudiums ergänzt. Fachärzte haben die Möglichkeit, durch die Teilnahme an diesem Weiterbildungskurs und an einer anschließend erfolgreich abgelegten Prüfung vor der Ärztekammer Berlin die Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ zu erwerben.

Im Interesse einer vertrauensvollen und intensiven Arbeitsatmosphäre ist die Teilnehmerzahl begrenzt. Das methodisch-didaktische Konzept des Kurses sieht eine Ausrichtung der theoretischen Inhalte auf die praktischen Tätigkeiten der Teilnehmer vor. Im Kurs werden wesentliche Kenntnisse über die Instrumente des Qualitätsmanagements, die Steuerungselemente in Gesundheitssystemen sowie über ökonomische Modelle und Theorien und deren wirksame Anwendung vermittelt. Die Teilnehmer werden in die Lage versetzt, die strategische Bedeutung des Faktors Qualität in Gesundheitssystemen einzuschätzen und mit den im Kurs vorgestellten Instrumenten methodisch zu bearbeiten.

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

Termine und Inhalte:

01.09.2008 bis 06.09.2008; Inhalte z.B.: Einführung in das Qualitätsmanagement; Gesetzliche Regelungen; Qualitätsmanagement-Instrumente / Zertifizierung; Budgetierung / Controlling; Qualitätsberichte; Projekt- / Veränderungsmanagement

10.11.2008 bis 15.11.2008; Inhalte z.B.: Training zum TQM-Assessor nach EFQM (European Foundation for Quality Management); Gesundheitsökonomie; Externe Qualitätssicherung; Moderations- / Präsentationstechniken; EbM, Leitlinien / Behandlungspfade; Gesundheitsökonomie

15.12.2008 bis 20.12.2008; Inhalte z.B.: Patientensicherheit; Fehlermanagement; Vorstellung erfolgreicher Praxisprojekte, Qualität aus Patientensicht, berufsübergreifende Versorgung

Weitere Informationen erhalten Interessenten: telefonisch unter Tel.: 40 806-1400 und per E-Mail: QM-Kurs2008@aekb.de

Gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen der Ärztekammer Berlin
und der Apothekerkammer Berlin

Wundversorgung – Workshop für Ärzte und Apotheker

Weit über drei Millionen Menschen leiden in Deutschland unter chronischen Wunden, wie offenen Beinen, Druckgeschwüren und dem Diabetischen Fußsyndrom. Über 30.000 Amputationen werden dadurch bedingt jährlich durchgeführt – Tendenz steigend. Diese Wunden stellen gleichermaßen eine enorme Belastung für den Patienten und eine Herausforderung an die pflegerische und ärztliche Therapie dar. Nicht erfolgreiche oder falsche Versorgung beeinträchtigen die Lebensqualität der Patienten, demotivieren die Versorger und kosten das Gesundheitswesen jährlich dreistellige Millionenbeträge. Neue Wundauflagen und moderne Konzepte versprechen bessere Therapieergebnisse bei geringeren Ausgaben. Ärzte und Apotheker sind wichtige Ansprechpartner für Patienten und Pflegende.

Der interprofessionelle Workshop widmet sich der abgestimmten Anschlussversorgung von Patienten im stationär-ambulantem Grenzbereich. Die Themen werden mit ärztlichen Kollegen und Apothekern gemeinsam erarbeitet und Ansätze der Zusammenarbeit diskutiert. Für Ärzte und Apotheker stehen je 15 Seminarplätze zur Verfügung.

Referenten:

Dr. med. Helga Münzberg, Fachärztin für Allgemeinmedizin, Klinik für Allgemein-, Visceral- und Transplantations-Chirurgie/ Charité – Campus Virchow-Klinikum, Berlin

Werner Sellmer, Fachapotheker für klinische Pharmazie, Hamburg

Termin: Samstag, 13.09.2008, 15.00-18.30 Uhr

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Anmeldung erforderlich

Ärztekammer Berlin, Tel. 40 80 6-1207, E-Mail: fobi-zert@aekb.de

Teilnehmergebühr: 50,00 EUR

Die Veranstaltung ist ein gemeinsames Projekt der Apothekerkammer Berlin und der Ärztekammer Berlin zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit. Die Teilnahme an dem Workshop ist mit 5 Punkten für das Fortbildungszertifikat anrechenbar.

Hypertonie: Therapeutische Aspekte 2008

Fortbildungs-Symposium für Berliner Ärzte am 14. Juni 2008
von 10:00 bis 12:30 Uhr in Saal 3 des ICC Berlin

anlässlich des Kongresses der European Society of Hypertension und der International Society of Hypertension in Berlin, 14. – 19. Juni 2008

Vorsitz:	K. H. Rahn (Universitätsklinikum Münster) D. C. Novak (Ärztekammer Berlin)
10.00 – 10.15 Uhr	Begrüßung und Einleitung
10.15 – 10.35 Uhr	F. Messerli (Columbia University, New York): Antihypertensive Therapie bei Patienten mit Koronarer Herzkrankheit.
10.35 – 10.45 Uhr	Diskussion
10.45 – 11.05 Uhr	J. Scholze (Charité, Berlin): Antihypertensive Therapie bei Patienten mit Diabetes mellitus.
11.05 – 11.15 Uhr	Diskussion
11.15 – 11.45 Uhr	Kaffeepause
11.45 – 12.05 Uhr	M. Anlauf (Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, Berlin): Entstehung und Implemen- tierung von Leitlinien.
12.05 – 12.15 Uhr	Diskussion
12.15 – 12.30 Uhr	Zusammenfassung
Anmeldung	Eine Anmeldung zur Veranstaltung ist nicht notwendig, die Teilnahme ist kostenlos.
Veranstaltungsort	International Congress Center ICC – Saal 3, Eingang Neue Kantstrasse/Ecke Messedamm, Berlin
Fortbildungspunkte	Die Veranstaltung ist mit 2 Punkten für das Fortbildungszertifikat anerkannt.
Barcode-Aufkleber	Tragen Sie sich bitte mit Ihrem Barcode-Aufkleber in die ausliegende Teilnehmerliste ein.

Großer Aufwand für eine gute Ausbildung

Ärztinnen und Ärzte sind auf gut ausgebildete Arzthelfer/innen und Medizinische Fachangestellte (MFA) angewiesen. Ohne sie ginge in vielen Praxen nichts. Besonders die Einführung der MFA stellt an die Ausbildung und die Prüfungen neue Anforderungen. Der personelle, organisatorische und finanzielle Aufwand, den die Ärztekammer Berlin und deren Ausschüsse dafür leisten müssen, ist hoch. BERLINER ÄRZTE stellt die aktuellen Tätigkeits- und Problemfelder vor.

Die Ärztekammer Berlin ist die nach dem Berufsbildungsgesetz zuständige Stelle für die Ausbildung der Medizinischen Fachangestellten und Arzthelfer/innen.

Zu den Aufgaben der Ärztekammer gehören:

- die Prüfung und Registrierung der von den Auszubildenden zur Eintragung in das Kammerverzeichnis eingereichten Berufsausbildungsverträge.
- die Planung und Durchführung der Zwischen- und Abschlussprüfung der Auszubildenden.
- die Beratung der Auszubildenden und der Auszubildenden sowie an dem Ausbildungsgang interessierter Personen.
- die Überwachung der Einhaltung der für die Ausbildung maßgeblichen Rechtsvorschriften.
- die Koordination der Fort- und Weiterbildung der Medizinischen Fachangestellten und Arzthelfer/innen.

Die Grundzüge der Berufsausbildung der Medizinischen Fachangestellten und Arzthelfer/innen werden von dem durch die Ärztekammer Berlin errichteten Berufsbildungsausschuss (BBiA) auf der Grundlage des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) mitgestaltet. Dem BBiA gehören jeweils sechs Beauftragte der Arbeitgeber, der Arbeitnehmer und der Lehrkräfte an berufsbildenden Schulen an, wobei die Lehrkräfte eine nur beratende Stimme haben. Die Beauftragten der Arbeitgeber werden auf Vorschlag der Ärztekammer, die der Arbeitnehmer auf Vorschlag der im Bezirk der zuständigen Stelle bestehenden Gewerkschaften und die der Lehrkräfte von der zuständigen Senatsverwaltung längstens für vier Jahre als Mitglieder berufen. Die Tätigkeit im BBiA ist ehrenamtlich. Der

BBiA wählt aus den eigenen Reihen eine/n Vorsitzende/n und eine/n Stellvertreter/in.

Aktuell bekleidet das Amt der Vorsitzenden Kammervorstandsmitglied Dr. med. Regine Held, Fachärztin für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde und Vorsitzende des Ausschusses Medizinische Fachberufe der ÄKB. Ihre Stellvertreterin ist Margret Urban, Arzthelferin und zweite stellvertretende Präsidentin des Verbandes Medizinischer Fachberufe e.V. Der BBiA tagt mindestens drei Mal pro Jahr und ist in allen wichtigen Angelegenheiten der beruflichen Bildung zu unterrichten und zu hören. Es können zusätzlich Unterausschüsse gebildet werden, die sich mit speziellen Fragestellungen beschäftigen und beratende Funktion haben.

Paritätisch besetzte Prüfungsausschüsse

Für die Erstellung, die Auswahl und den Beschluss von schriftlichen und mündlichen Prüfungsaufgaben und die Abnahme der mündlichen Prüfungen errichtet die Ärztekammer Prüfungsausschüsse (PA) in der erforderlichen Anzahl. Diese setzen sich ebenfalls paritätisch aus ehrenamtlich tätigen Mitgliedern zusammen mit jeweils einem Vertreter der drei verschiedenen Berufsgruppen: den Arbeitgebern (Ärzte/innen), den Arbeitnehmern (Arzthelfer/innen) und den Berufsschulvertretern (Lehrer/innen).

Die Prüfungsordnung (PO) regelt wichtige Punkte wie zum Beispiel die Zulassungskriterien zur Prüfung, die Gliederung der Prüfung in einen schriftlichen und mündlichen Teil, die Bewertungsmaßstäbe, die Erteilung der Prüfungszeugnisse, die Folgen von Verstößen gegen die PO und die Wie-

derholungsprüfung. Die PO bedarf der Genehmigung der zuständigen obersten Landesbehörde und ist vom Berufsbildungsausschuss zu beschließen. Erst dann wird sie von der Ärztekammer Berlin erlassen, so geschehen bei der neuen Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf des/der Medizinischen Fachangestellten am 27. September 2006.

Zwei Prüfkampagnen pro Jahr

Mit der bereits am 1. August 2006 in Kraft getretenen neuen Verordnung über die Berufsausbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellten waren aufwändige Anpassungen in der Organisation und Koordinierung des Prüfungswesens verbunden. In einer Übergangszeit von circa drei Jahren besteht ein Parallelbetrieb der Prüfungen für Arzthelfer/innen und Medizinische Fachangestellte.

Die Arbeitseinheit „Medizinische Fachberufe“ – jetzt unter dem Namen „Berufsbildung“ Teil der Abteilung 3 der Ärztekammer Berlin – hat für die erforderlichen Verwaltungsarbeiten fünf Mitarbeiterinnen zur Verfügung. Für beide Gruppen von Auszubildenden werden jeweils zwei Prüfkampagnen pro Jahr durchgeführt. Wobei jede Prüfkampagne aus einer schriftlichen Zwischenprüfung im Frühjahr und Herbst und einer schriftlichen und mündlichen Abschlussprüfung im Sommer und Winter besteht. Nach Prüfung der Zulassungskriterien nahmen an der Abschlussprüfung im Sommer 2007 357 (davon 1 MFA) Prüfungskandidaten/innen teil und im Winter 2007/08 163 (davon 19 MFA) Prüfungskandidaten/innen. Die Prüfungen finden alleamt in den Räumlichkeiten der Ärztekammer Berlin statt, die auch die erforderlichen Prüfungsutensilien für den praktischen Teil der Prüfung, wie zum Beispiel Reanimationspuppen, EKG-Geräte, „stumme Schwestern“ mit Verbands- und Labor material zur Verfügung stellt.

Aufwändige Einzelprüfung

Die mündliche Prüfung der Arzthelfer/innen dauert 45 Minuten für drei Prüfungskandidaten zusammen. In Abweichung davon ist die neu eingeführte Prüfung der



Maria Heinze mit einem Probanden bei der Abschlussprüfung zur Medizinischen Fachangestellten.

Medizinischen Fachangestellten als Einzelprüfung konzipiert und wird von drei Prüfungsausschussmitgliedern (Arzt/Ärztin, Arzthelfer/in, Lehrer/in) gemeinsam in einer Prüfzeit von 75 Minuten abgenommen. Die Prüfungsteilnehmer sollen in dieser Zeit eine komplexe praktische Aufgabe bearbeiten und hierüber ein Fachgespräch führen. Allein die zusätzliche Prüfzeit stellt die Ärztekammer Berlin vor neue organisatorische Aufgaben. Die Prüfkampagne zieht sich entweder bei gleicher Anzahl von Prüfungsausschüssen zeitlich in die Länge oder erfordert die Etablierung mehrerer neuer Prüfungsausschüsse. Ungeachtet dessen müssen sich die PA-Mitglieder bei Eintritt des Massengeschäftes der MFA-Prüfung ab der Prüfkampagne im Winter 2008/09 auf längere Prüfungstage und -kampagnen einstellen.

Größere Anforderungen an Ausschussmitglieder

Des Weiteren umfasst die Arbeit der Prüfungsausschüsse neben der Abnahme und Bewertung der mündlichen Prüfungen auch die Erstellung, Auswahl und den Beschluss von schriftlichen und praktischen Prüfungsaufgaben. Insbesondere bei der Erstellung von Prüfungsaufgaben und der Gestaltung der mündlichen Prüfungen müssen sich die ehrenamtlichen Mitglieder auf einen neuen Prüfungsansatz einstellen.

Ziel der Ausbildung ist es nämlich, durch die Abschlussprüfung festzustellen, ob der/die Prüfungskandidat/in die „berufliche Handlungsfähigkeit“ erworben hat. Im Verlauf ihrer Ausbildung sollen die Auszubildenden lernen, selbständig Arbeitsabläufe zu planen, komplexe Arbeitsaufgaben durchzuführen und zu kontrollieren und damit die für ihren Beruf erforderliche „Handlungskompetenz“ erwerben. Diese beinhaltet nicht nur Fachkompetenz, sondern auch methodische und soziale Kompetenz. Da eine Prüfung immer auch die Evaluation von Lernzielen ist, müssen

diese Anforderungen in der Form von „Handlungsorientiertheit“ auch inhaltlich und methodisch in einem neuen Prüfungskonzept umgesetzt werden, welches sich an praxisgerechten Aufgaben und Arbeitsprozessen orientiert.

Die praktische Umsetzung dieser in der neuen Prüfungsordnung festgeschriebenen Ausbildungsziele stellt sowohl die Mitarbeiter/innen der Kammer als auch die ehrenamtlichen Mitglieder in den Ausschüssen vor neue Herausforderungen. Eine konstruktive Zusammenarbeit mit kontinuierlichem Erfahrungsaustausch und Abstimmung untereinander ist hierbei ganz wesentlich, um im Interesse der Auszubildenden eine gute Qualität der Prüfungen zu gewährleisten.

Die schriftliche Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte gliedert sich in drei Bereiche:

- Behandlungsassistenten
- Betriebsorganisation und -verwaltung
- Wirtschafts- und Sozialkunde

Sie wird in programmierter Form (Multiple-Choice-Verfahren) durchgeführt. Im Fach Behandlungsassistenten und im Fach Betriebsorganisation und -verwaltung müssen die Prüflinge jeweils 50 Fragen in 120 Minuten bearbeiten, im Fach Wirtschafts- und Sozialkunde sind es 25 Fragen in 60 Minuten. Auch in der schriftlichen Prüfung sollen die Prüfungsteilnehmer praxisbezogene Aufgaben bearbeiten. Dies gelingt zum

Beispiel durch so genannte Verständnisfragen in Form von „Situationsaufgaben“, die im Gegensatz zu reinen Wissensfragen eine Transferleistung vom Prüfling verlangen.

Seminar für Ausschüsse

Die Ärztekammer Berlin hat erkannt, dass die Erarbeitung solcher Prüfungsaufgaben auf dem Boden der neuen Ausbildungs- und Prüfungsordnung im Vergleich zu den Abschlussprüfungen von Arzthelfern/innen sehr aufwändig ist. Zu diesem Thema fand deshalb ein Seminar mit Schulungscharakter zur Erstellung von MC-Fragen im September 2007 in der ÄKB statt, welches insbesondere die methodisch-technischen Aspekte der Fragerstellung zum Inhalt hatte. Des Weiteren wurde dem Mehraufwand der Prüfungsausschussmitglieder bei der Entschädigung Rechnung getragen. Die Ärztekammer Berlin bedankt sich für das Engagement und die Flexibilität des Ehrenamts bei der Umsetzung des Prüfungswesens für die Medizinischen Fachangestellten.

Abteilung 3
Berufsbildung

ANZEIGE



Foto: privat

INTERVIEW

mit Dr. med. Regine Held

Frau Dr. Held, die 75-minütigen Einzelprüfungen für Medizinische Fachangestellte stellen hohe personelle, organisatorische und finanzielle Anforderungen an die Ärztekammer Berlin. Ist dies überhaupt auf Dauer leistbar?

Held: Schwierig ist es allemal. Wenn in der Prüfung für Arzthelferinnen in 45 Minuten 3 Auszubildende gleichzeitig geprüft werden und neu nur eine Anwärtlerin zur Medizinischen Fachangestellten in 75 Minuten geprüft wird, dann ergibt sich schon im Durchlauf der Unterschied von vorher 12-15 Prüflingen gegenüber maximal 5-6 an einem Tag bei einem Prüfungsausschuss. Das bedeutet in Zukunft eine deutlich längere Prüfungszeit oder die Einrichtung zusätzlicher Prüfungsausschüsse. Des Weiteren entstehen Raumprobleme und nicht zu vernachlässigen ist der steigende finanzielle Aufwand durch die Vergütung von Prüfungszeit und Praxis- oder Arbeitsausfall für Ärzte, Arzthelferinnen und Lehrer. Organisatorisch befinden wir uns noch in der Probephase. Die Kammer ist für die Abnahme der Prüfungen zuständig. Ich bin aber zuversichtlich, dass die Kammer dies leisten kann!

Ist eine Besserung der Lage in Sicht, wenn die Prüfungen für Arzthelferinnen auslaufen?

Held: Im Moment besteht natürlich eine enorme Doppelbelastung. In den schriftlichen Prüfungen ist der Aufbau der Prüfungsfragen für Auszubildende zur Arzthelferin ein anderer

„Ziel ist die Allround-Helferin“

als für Auszubildende zur Medizinischen Fachangestellten. Das bedeutet einen doppelten Aufwand für die Erstellung der Prüfungsfragen und für die konkrete Auswahl, die durch einen bestimmten Prüfungsausschuss erfolgt. Für die praktischen Prüfungen müssen auch vor allem komplexe Prüfungsaufgaben erarbeitet werden, auf die man später vielleicht entspannter zurückgreifen kann. Auf der einen Seite haben wir jetzt die Doppelbelastung, aber nach Auslaufen der Arzthelferinnenprüfungen wird es trotzdem für alle Beteiligten weiterhin noch mehrere Jahre einen großen Aufwand an Zeit und Organisation geben.

Es ist immer wieder zu hören, dass durch den Unterrichtsausfall und den Lehrermangel an den Berufsschulen die Ausbildung leidet bzw. die Prüfungen in Mitleidenschaft gezogen werden. Können Sie das bestätigen?

Held: Die theoretische Ausbildung findet in den Berufsschulen statt und die praktische Ausbildung in den Arztpraxen sowie während der überbetrieblichen Ausbildung. Den Unterricht in der Schule können wir leider nicht beeinflussen. Uns ist schon bekannt, dass die Schulen sehr mit einem Lehrermangel kämpfen. Man ist dort aber wirklich bemüht, das Ausbildungsziel für die Schülerinnen trotzdem zu erreichen.

Welche Vorteile sehen Sie durch das hohe Ausbildungsniveau der Angestellten für die ärztliche Praxis?

Held: Eine kompetente Angestellte macht sehr viel aus für den Praxisablauf und auch für die Patientenzuwendung. Ziel der neuen Ausbildung ist ja die Allround-Helferin, die dem Arzt mit Fachwissen zur Hand gehen kann, Informationen, Aufklärung und Verhaltensregeln an Patienten vermitteln kann, aber auch in Kommunikation und Praxismanagement Fähigkeiten besitzen soll.

Allerdings möchte ich unbedingt noch hinzufügen, dass meines Erachtens ein hohes Ausbildungsniveau nicht mit der Länge oder dem Inhalt einer Abschlussprüfung erreicht werden kann, sondern nur mit einer vernünftigen Ausbildung.

Welche Anforderungen werden durch die geänderten Prüfungen an die Ausschussmitglieder gestellt?

Held: Die Ausschussmitglieder mussten sich erst einmal in einem Seminar über die Erarbeitung von handlungsorientierten Fragen schulen lassen. Die Ausarbeitung an sich wird wieder sehr viel Zeit, Engagement und Intuition in Anspruch nehmen. Zusätzliche Treffen, Einrichtung von E-Mail-Portalen sowie die Anwendungserprobung in den jeweiligen praktischen Situationen werden notwendig werden.

Ganz wichtig ist, alle Beteiligten mit ins Boot zu nehmen. Wir sind vor allem auf die fachlichen Zuarbeiten von den Berufsschullehrern angewiesen. Die Zusammenarbeit mit den Arzthelferinnen klappt jedenfalls schon ganz gut.

Um den hohen Wissensstand der Medizinischen Fachangestellten zu gewährleisten, müssen diese kontinuierlich fortgebildet werden. Sollten diese Fortbildungen aus ihrer Sicht durch die Ärztekammer Berlin und/oder externe Anbieter angeboten werden?

Held: Es geht hier um die Fortbildung zur ehemaligen Arztfachhelferin, wofür mit der Einführung der Medizinischen Fachangestellten noch ein anderer Name gefunden werden muss. Die BÄK ist dabei, Curricula zu erarbeiten, woran sich die einzelnen Kammern orientieren können. Aus meiner Sicht sollte die ÄKB externe Anbieter heranziehen, wie zum Beispiel medizinische Fachverbände oder private Bildungsträger. Hier müssen noch Verträge erarbeitet werden mit vorgegebenen Kriterien zur Qualitätssicherung, wie Mindeststandards bei Personal- und Infrastruktur, Evaluationsverpflichtung, Offenlegungspflichten usw.

Vielen Dank für das Gespräch.

Dr. med. Regine Held (Fachärztin für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde) ist Vorsitzende des Ausschusses Medizinische Fachberufe und Mitglied des Vorstandes der ÄKB.

Das Interview führte Sascha Rudat.

Ärzte wehren sich endlich

gegen den Einfluss der Pharmaindustrie

Bisher war es nur eine kleine Widerstandsgruppe: Ärzte wehrten sich gegen den allgegenwärtigen Einfluss der Pharmaindustrie, der sich nun auch auf die Patienten erstreckt. Nach einer langen und leidenschaftlichen Diskussion im überfüllten Konferenzsaal der Ärztekammer Berlin sieht es so aus, als folgten zahlreiche Kollegen dem Aufruf eines Hausarztes aus dem Auditorium, endlich – wie schon lange im Ausland – eine „kritische Masse“ zu bilden und sich diesem Einfluss zu entziehen.

„Habe den Mut, dich deines eigenen Verstandes zu bedienen!“ Kants Aufklärungs-Appell stand quasi als Motto über diesem ungewöhnlichen Fortbildungsabend, zitiert von dessen Initiator Günther Jonitz. Der Berliner Kammerpräsident kündigte gleich zu Beginn der Podiumsdiskussion „Einfluss der Pharmaindustrie auf Arzt und Patient“ am 7. Mai an, die Kammer werde diese Diskussion fortführen. An ihrem Auftakt beteiligten sich zwei bewährte Mitstreiter: Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, für die, als Nachfolger des langjährigen Vorsitzenden Bruno Müller-Oerlinghausen, nun Wolf-Dieter Ludwig das Fähnlein der Freiheit von Industrieinflüssen hochhält, und das Patientenblatt „Gute Pillen – Schlechte Pillen“, das sich bemüht, die Laien ebenso evidenzbasiert zu informieren wie dessen vier Herausgeber (arznei-telegramm, Arzneiversorgung in der Praxis, Arzneimittelbrief und Pharma-Brief) die Ärzte.

Es sind weiße Raben. Wie sehr fast alle Gebiete des Gesundheitswesens vom (oft gut verhüllten) Pharma-Marketing durchdrungen sind, ist denen, die es wissen wollen, bekannt. Sogar in der seriösen Laienpresse wird der „Medizinisch-industrielle Komplex“ kritisch auseinandergenommen. Aber, so Ludwig, die vielen Bücher und Fachzeitschriften mit sorgfältigen Studien über diese Einflüsse und ihre Folgen sind fast alle im englischen Sprachraum erschienen. Die deutsche Medizin, die sonst immer vor allem auf Amerika blickt, scheint hierbei ziemlich retardiert, ebenso die Politik.

Die Gesundheitskommission des britischen Unterhauses hingegen beschrieb in dem von Ludwig erwähnten Bericht

„The influence of the pharmaceutical industry“ schon 2005 das aggressive Marketing für neue Medikamente, deren Nutzen-Risiko-Relation bei der Zulassung noch weitgehend unbekannt ist. Er zitierte aber auch den Satz: „The industry is by no means solely to blame... The regulators and prescribers are also open to criticism.“ Dazu Ludwig: „Wir dürfen es uns also nicht so leicht machen, einfach nur die böse Pharmaindustrie zu schelten.“ Er mahnte, „auch eigene Defizite, unzureichende Sensibilität für existierende Probleme, Verdrängungsmechanismen wie ‚gefühlte Unabhängigkeit‘ oder Negierung persönlicher Beeinflussung“ offen zu diskutieren, ebenso Systemfehler im Gesundheitswesen.

Fühlen Sie sich resistent?

„Gefühlte Unabhängigkeit“ – hierzu der australische Allgemeinarzt, Hochschuldozent und Mitarbeiter des National Institute of Clinical Studies Peter R. Mansfield: „Weil wir in einem See aus Arzneimittel-

promotion schwimmen wie die Fische im Wasser, merken wir gar nichts mehr davon.“ Die meisten Ärzte hielten sich selbst, im Unterschied zu ihren Kollegen, für werbungsresistent – ein Irrtum, wie Studien aus aller Welt immer wieder zeigten. Psychologen sprechen von „the illusion of unique invulnerability“. Diese Illusion erhöht die Anfälligkeit noch, denn wer sich allzu sicher ist, verliert das gesunde Misstrauen und lässt sich erst recht verführen.

Natürlich investieren die Firmen nur deshalb Unsummen in die Produktpromotion aller Spielarten, weil es sich lohnt, sagte Mansfield. Nicht Korruption, etwa durch Geschenke und Einladungen, sei aber das wichtigste Problem, sondern unabsichtliches, ja unbewusstes Fehlverhalten als Folge irreführenden Marketings. Er definierte es als irreführend dann, wenn für die Therapieentscheidung des Arztes relevante Informationen unterdrückt werden oder wenn Überredungstechniken zur Irreführung beitragen sollen.

Jetzt auch Patienten als Zielgruppe

Wenn selbst Ärzte so wenig resistent gegen die Einflüsse der Pharmaindustrie sind: Welch leichtes Spiel hat sie mit ihren psychologisch elaborierten Methoden erst bei den Patienten? Auch für Verordnungspflichtiges wird – unter Verstoß gegen das Heilmittelwerbegebot – mehr oder weniger larviert bei Laien geworben, vor allem auch im Internet. Ein Beispiel analysierte Hedwig Diekwisch von der



Acht Experten diskutierten mit dem Publikum.

Fotos: Rudat

Die Podiumsdiskussion stieß auf großes Interesse.



BUKO-Pharma-Kampagne in Bielefeld: Die Werbung bei jungen Frauen für Kontrazeptiva wie Belara (ebenso wie Balanca Östrogen kombiniert mit dem antiandrogenen Gestagen Chlormadinon), Valette (Östrogen kombiniert mit dem antiandrogenen Gestagen Dienogest) oder petibel (wie Aida, Yasmin und Yasminelle eine Kombination von Östrogen mit dem von Spironolacton abgeleiteten Gestagen Drospirenolone). Für Belara wird mit dem „Beauty effect“ geworben (rosiger Teint, schönes Haar). Diese Mikropille habe „kaum Nebenwirkungen“. Dass sie zum Beispiel bei bis zu 30 Prozent der Frauen zu Depressionen führe, werde verschwiegen, sagte die Referentin. Noch schlimmer nannte sie die Online-Werbung für Valette: Viele Mädchen nähmen es nur für die Schönheit von Haut und Haar, heißt es da, auch ohne Verhütungsindikation.

Werbung für Verordnungspflichtiges bei Kranken künftig legal?

Für die gesetzlich verbotene Direktwerbung nutze die Industrie neben dem Internet auch Zeitungen und Zeitschriften (Schleichwerbung im redaktionellen Text), Patientenratgeber und Merkblätter. Verbreitet sei auch das Sponsoring von Selbsthilfegruppen und Patientenorganisationen, um gezielt an die chronisch Kranken heranzukommen. Es zahlt sich aus, sagte Hedwig Diekwisch, „jeder Dollar, der für Werbung direkt beim Patienten ausgegeben wird, beschert Firmen einen zusätzlichen Umsatz von 4,20 US-Dollar.“ Laienwerbung für verordnungs-

pflichtige Medikamente ist bisher nur in den USA und in Neuseeland erlaubt. Gegen das Verbot in der Europäischen Union kämpft die Pharmaindustrie seit langem an – unter heftigen Protesten. Inzwischen gibt es wieder einen Vorstoß auf EU-Ebene. Jetzt will man nur „informieren“.

Proteste von Ärzten und Patienten

Erneut gab's energische Proteste, auch bei einer öffentlichen Anhörung. In einer Stellungnahme lehnt auch die Arzneimittelkommission diese „Information“ strikt ab. Sie hält es nicht für möglich, Werbeaussagen durch einen Kriterienkatalog von Sachinformationen unterscheiden zu können und befürchtet „eine massive Aushöhlung des bisherigen Werbeverbots und die Schaffung eines Freiraums für die pharmazeutische Industrie zu ungehemmter Einflussnahme auf das Verbraucherverhalten, die Fehlinformationen, Fehlgebrauch und Missbrauch zum Schaden der Patienten zur Konsequenz hat.“ Hingegen plädiert die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft – auch in einer gemeinsamen Stellungnahme mit anderen Ärzte- und Patienten-Organisationen – für eine Stärkung und Vernetzung der schon bestehenden unabhängigen Arzneimittelinformationen für Patienten.

Aus dem Plenum meldete sich ein Patientenvertreter zu Wort: „Wir Patienten durchschauen die Werbestrategien der Hersteller nicht. Wie werden nicht nur informiert, sondern zugleich beeinflusst.“

Wir sollten von einer unabhängigen Institution informiert werden, wie zum Beispiel von der Stiftung Warentest.“ (Lesen Sie dazu die Besprechung des „Handbuch Medikamente“ auf Seite 9.)

Wer zieht dem Wolf den Schafspelz aus?

Sponsoring – besonders der Fortbildung –, Pharma-Einflüsse auf die Selbsthilfegruppen und Marketing, darauf konzentrierte sich die Podiums- und Plenumsdiskussion. „Die ärztliche Fortbildung ist weit von Unabhängigkeit entfernt“, sagte Wolfgang Becker-Brüser, Herausgeber des arznei-telegramm. Die Firmen seien oft nicht als Veranstalter oder Sponsoren kenntlich, weil viele eine PR-Agentur oder eine selbst gegründete Fortbildungsfirma einschalteten. „Die Industrie würde nicht Hunderte von Millionen für ärztliche Fortbildung ausgeben, wenn es sich nicht für sie lohnte“, meinte Becker-Brüser. „Diese Fortbildung ist eingekleidetes Marketing – der Wolf im Schafspelz.“

Er konzidierte, dass manchmal auch gute Veranstaltungen geboten würden. „Aber wenn's zum Thema Therapie kommt, werden die Inhalte manipuliert, zum Beispiel durch die Auswahl der Studien oder der Referenten.“ Dazu Günther Jonitz: „Die Pharmaindustrie kauft sich einfach, was sie braucht“ – oder wen. Jörg Schaaber, Chefredakteur des Pharma-Brief, zitierte das alte Spottwort von den „Mietmäulern“.

Zwar hat es sich eingebürgert, in der angesehenen Fachpresse Interessenkonflikte offenzulegen. Aber Vortragende weisen bisher nur selten auf Verbindungen zu Arzneimittelherstellern hin, bemängelte Walter Thimme, Mitherausgeber des Arzneimittelbrief. Nun bekommen die Ärzte ihre Punkte ja nur, wenn die betreffende Fortbildung zertifiziert ist; und verkaptem Marketing müsste das Zertifikat natürlich verweigert werden. Bei bis zu 1000 Fortbildungsveranstaltungen pro Monat in Berlin komme die Kammer mit der Detailprüfung aber an ihre Grenzen, räumte Jonitz ein.

Zum Thema Marketing mahnte Thimme: „Fassen wir uns an die eigene Nase!“

Warum lässt man sich beispielsweise dazu überreden, als innovativ angepriesene Medikamente zu verordnen, die um ein Vielfaches teurer sind als die bewährten, aber kaum einen Zusatznutzen, dagegen mangels Langzeitstudien und -erfahrungen ein unberechenbares Nebenwirkungsrisiko haben?

Vertreten Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen heute immer Patienteninteressen? Das bezweifelte Jörg Schaaber. „Manche verstecken ihre Sponsoren gut“. Als bekanntes Negativbeispiel für pharmagesteuerte, zum Marketing missbrauchte Patientenzusammenschlüsse erwähnte er den Deutschen Diabetikerbund, außerdem einen neuen Fall: Die Brustkrebs-Organisation Europa Donna, die zu 86 Prozent von der Industrie finanziert werde, weshalb das Europa-Parlament ihr die Zusammenarbeit aufgekündigt habe. Noch gibt es aber auch industrie-unabhängige Patientengruppen. Dennoch besteht laut Schaaber die Gefahr, dass aus „Grassroot – Kunstrasengruppen werden“.

Verbote nutzlos – eigene Einstellung ändern!

Wie kann die Ärzteschaft sich und die Patienten besser vor dem Einfluss der Pharmaindustrie schützen? Das wurde am Ende dieses langen Abends in einem lebhaften Brainstorming debattiert. Mehr Regeln, Gesetze, Vorschriften, Selbstverpflichtungen, Codices? Gibt es ja alles, nützt nur nichts, weil Sanktionen weitgehend fehlen. Beispiel Heilmittelwerbegesetz: Verstöße werden gar nicht oder oft erst mit großer Verzögerung geahndet, selbst wenn man sie meldet und dann nachbohrt, wie die Pharma-Kampagne dies tat.

Für ethische Codices gilt Gleiches: Keiner hält sich dran, nicht die Industrie und auch nicht die Ärzteschaft. In der Berufsordnung, die ja seit langem den hippokratischen Eid ersetzt, ist das Verhältnis Arzt-Industrie klar geregelt (§§ 33-35). „Aber viele Kollegen haben sie nicht einmal gelesen“, stellte die Hausärztin Adelheid Lühtrath fest. Mehrfach beherzigten die ärztlichen Teilnehmer an dieser außergewöhnlichen Fortbildungsveranstaltung

die Mahnung, sich an die eigene Nase zu fassen. „Wir müssen selbst mit gutem Beispiel vorangehen, und wir müssen unser Problembewusstsein schärfen“, rief der Kammerpräsident in den Saal.

Kritische Masse bilden, gemeinsam aktiv werden

Die Industrie zu schelten sei ohnehin fruchtlos, meinte der Hausarzt Rolf Kühne. „Sie tut, was sie muss: Geld verdienen und an die Gesundheit ihrer Aktionäre denken, die erst zufrieden sind, wenn 90 Prozent der Bevölkerung als Hypertoniker gelten.“ Sein Vorschlag: Sich zusammenschließen (siehe Kasten) und eine kritische Masse bilden, die der Größe des Problems gerecht wird.

Becker-Brüser forderte die Ärzte auf, sich daran zu gewöhnen, selbst für ihre Fortbildung zu zahlen wie andere Berufsgruppen auch. „Wir müssen einen eigenen Topf bilden.“ Andere könnten auch etwas hineintun, sofern das die Freiheit der Fortbildung nicht gefährde. Weitere Vorschläge reichten von der Forschung (mehr öffentliche Mittel für unabhängige Arzneimittelstudien) über die Ausbildung (angehende Ärzte sensibilisieren) bis zur Politik (beim verantwortlichen EU-Kommissar Verheugen massiv gegen eine Freigabe der Direktwerbung protestieren) – ob dieser Diskussionsabend eine „Befreiungsbewegung“ in Gang gesetzt hat?

Rosemarie Stein

Hier können Sie dazustoßen

Eine Vereinigung, die irreführende Arzneimittelwerbung bekämpft, hat Peter Mansfield schon 1983 gegründet. 2001 erweiterte sie ihre Aktivitäten auch auf Forschung und Ausbildung und nennt sich seither „Healthy Skepticism Inc.“ Die Ziele: Wirksame, sanktionsbewehrte Regeln fürs Marketing, bessere – evidenzbasierte – Entscheidungsfindung für die Therapie, veränderte Anreizsysteme für alle, die mit der Arzneimittelanwendung befasst sind. (Keine Vergünstigungen durch die Industrie!) Die Vereinigung hat Mitglieder in 46 Ländern und finanziert sich hauptsächlich durch deren Beiträge, durch Subskriptionen und durch Serviceleistungen für Organisationen wie z.B. das Royal Australian College of Physicians oder Consumers International. Peter Mansfield lud alle interessierten Personen und Institutionen zur Kontaktaufnahme ein: www.healthyskepticism.org

Und noch eine deutsche Anlaufstelle für kritische Ärzte: www.mezis.de

MEZIS heißt „Mein Essen Zahl' Ich Selbst“, wobei „Essen“ für alle geldwerten Zuwendungen der Pharmaindustrie steht. MEZIS ist Teil des weltweiten „No free Lunch“-Netzwerks, dessen deutsche Maschen seit Januar 2007 dezentral geknüpft werden. Erarbeiten will man Strategien, um „den allgegenwärtigen Beeinflussungen der Pharmaindustrie etwas entgegenzusetzen“.

ANZEIGE

Leserbriefe

zum Editorial „Verwilderung der Sitten“

Zum Editorial „Verwilderung der Sitten“ von Dr. med. Elmar Wille in Heft 4/2008 sind in der Redaktion von BERLINER ÄRZTE zahlreiche Leserbriefe eingegangen. Eine Auswahl sowie eine Reaktion des Autors finden Sie hier. Wir bitten um Verständnis, dass wir aus Platzgründen nicht alle Leserbriefe im vollen Umfang abdrucken können.

Im Bericht der Ärzteversorgung vom November 2007 (...) steht die gute Nachricht, dass wir Ärzte älter werden, sowohl im Vergleich zu früheren Jahren als auch zum Bevölkerungsdurchschnitt. Die Folge ist, dass wir mehr für die Rente einzahlen müssen. In BERLINER ÄRZTE 1/2008 steht nun genau das Gegenteil: Ärzte werden gerade mal so alt wie der Durchschnitt. Welcher Statistik ist nun zu trauen? Wer will hier mit statistischen Tricks an unser Geld?

Dr. med. Rainer Köberle
10247 Berlin

Gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaften werden für Kollegen Wille zu „Fällen“, die die im Versorgungswerk versicherten Ärzte gigantische Beträge kosten. Dabei sind diesen „Fällen“ sehr wahrscheinlich die heterosexuellen statistischen Daten zugrunde gelegt, nämlich dass die weibliche Partnerin 10 Jahre jünger ist und den dahingegangenen Ehemann (Versicherten) noch dazu um 10 Jahre überleben wird: ein vermutlich absurdes Szenario für gleichgeschlechtliche Paare, aber es gibt eben noch keine relevanten Zahlen. (...)

Ich bleibe als Berliner Arzt in der Hamburger Ärzteversorgung. Ich bin gerne bereit, für meine Partnerschaft auf den dortigen Ledigenzuschlag von 30% zu verzichten (so wurde nämlich früher in allen Ärzteversorgungen die Hinterbliebenenrenten gesteuert).

Dr. med. Christian Messer
10961 Berlin

Auch ich bin über die Anmaßung von Frau Schmidt verärgert. Aber Ihre ablehnende Haltung bei der Hinterbliebenenversorgung für gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaften zeugt von mangelnder Sensibilität für Gerechtigkeit, die sich in einer kalten Sprache äußert: „mangelnde Prioritätensetzung“, kein soziales Problem oder gar „Fälle“. Über die Notwendigkeit von Hinterbliebenenversorgungen kann man vielleicht geteilter Meinung sein, aber nicht über die diskriminierende Vorenthaltung von Versorgungsansprüchen gegenüber homosexuellen Paaren. Denn jahrzehntelang haben lesbische und schwule Ärzte ins Versorgungswerk Beiträge gezahlt, aus denen heterosexuelle Hinterbliebenenansprüche befriedigt wurden. Natürlich gehört diese Ungerechtigkeit abgeschafft.

Gordon Weinberg
10713 Berlin

Ihr Artikel ist tendenziös, diskriminierend und verwirrend. Worum geht es Ihnen – um die Abwehr der angeblichen Anmaßung durch Frau Ulla Schmidt – oder um die Abwehr und Negierung der Gleichstellung von Gleichgeschlechtlichen mit so genannten „normalen“ Paaren? Während Sie offenbar nichts dagegen haben, dass Witwen/Witwer aus heterosexuellen Beziehungen, in denen keine Erziehungsleistung erbracht werden/wurden, Hinterbliebenenrenten beziehen, äußern Sie sich angesichts eines möglichen Rentenanspruchs von Hinterbliebenen aus gleichgeschlechtlichen Partnerschaften ausgrenzend und dro-

hen mit Verarmung der Berliner Ärzteschaft. (...)

Zusätzlich sei nur nebenbei bemerkt, dass es sich bei der Berliner Ärzteversorgung um eine Pflichtmitgliedschaft und gleichzeitig um Kapitalertragsgesellschaft handelt – dies gibt es in keinem anderen Beruf. Gäbe es diese Pflichtversicherung nicht, würden mit Sicherheit sämtliche gleichgeschlechtlich lebenden BeitragszahlerInnen aussteigen, in die BfA einzahlen und parallel die hohen Monatsbeiträge (pro Jahr ca. 12.000 €!) selbst anlegen und dann auf ihre Partnerin/Partner übertragen. (...)

Wir verlangen die Gleichstellung: nicht nur in den Pflichten, sondern auch in den Rechten.

Dr. med. Annegret Bayerl
Dr. med. Regina Lutterbeck
Claudia Herzler
Berlin

1. Offensichtlich sind die vom Berliner Senat „veranlassten“ Änderungen unseres Kammergesetzes in Kraft getreten; hat es von unserer Seite einer Zustimmung bedurft, wenn ja, durch wen oder ging dies par ordre de Mufti?

2. Falls erzwungen – wurde oder wird diese Änderung juristisch angegriffen? Wenn nein, weshalb nicht, bei diesen juristischen Inkompatibilitäten?

3. Ist die bei uns vollzogene Änderung identisch mit der kritisierten „Anregung“ unserer Gesundheitsministerin, deren Folgen Kollege Wille so plastisch beschreibt?

4. Falls ja und unwiderruflich in Kraft getreten – weshalb regen uns dann Frau Schmidts Ungereimtheiten überhaupt noch auf?

Dr. med. Johannes Decker
10969 Berlin

Erwiderung von Dr. med. Elmar Wille:

Zu Dr. Köberle, Thema Längerlebigkeit:

Ich bedaure, dass in BERLINER ÄRZTE 1/2008 dazu Falsches berichtet wurde. Tatsächlich ist eine deutlich höhere Lebenserwartung bei Ärztinnen und Ärzten im Vergleich zur Gesamtbevölkerung Deutschlands gegeben. Dies geht eindeutig aus den aktuellsten Richttafeln für Mitglieder berufsständischer Versorgungswerke des größten versicherungsmathematischen Büros (Prof. Heubeck, Köln) hervor.

Zu Hr. Weinberg und Dr. Messer; Thema „Fälle“:

Aus meiner Sicht ist dies ein neutraler Begriff (siehe „Fallpauschalen“ im Bereich der KH-Finanzierung etc.). Er hebt sich geradezu positiv von anderen Termini ab, wie etwa dem Begriff „Sterbegewinn“, den die Versicherungsmathematiker verwenden.

Zu Dr. Messer, Thema „Zahlen zu Altersunterschied Homo-/Heterosexuelle“:

Zum Altersunterschied von BÄV-Mitgliedern und ihren Partnern, verheiratet oder mit Partner, gibt es bisher keine großen Statistiken. Aber „absurdes Szenario“ für gleichgeschlechtliche Paare, bei denen der Altersunterschied mehr als 10 Jahre beträgt, ist sicher falsch. Der Ärzteversorgung liegen

Anträge vor, bei denen es eine Altersdifferenz von über 30 Jahren gibt. Der angesprochene Ledigenzuschlag ist eine Hamburger Besonderheit und war keineswegs in allen Ärzteversorgungen möglich. In Berlin gab es ihn noch nie und in Hamburg soll er gerade abgeschafft werden!

Zu Bayerl et al., Themen „Diskriminierung“ und „Pflichtmitgliedschaft“:

Zunächst einmal ging es um die Einmischung einer nicht zuständigen Bundesministerin in die Selbstverwaltung. Wenn morgen der Verkehrsminister ein Rundschreiben durch die ganze Republik schickt und die Anrechnung der Wehrpflichtzeit auf die Ärzteversorgungsrente fordern würde und ein Senat durch einen „dynamischen Verweis“ dies analog dem SGB VI wie bei der Deutschen Rente Bund der BÄV auferlegen würde, gäbe es unsererseits dieselbe Abwehr. Thema ist der Systembruch in unserer ureigensten Selbstverwaltung! Ich denke, es darf mich und den Verwaltungsausschuss zornig machen, dass uns verordnet wird, was man selbst im Landesbeamtengesetz nicht geregelt bekommt – natürlich weil das Geld fehlt. Wenn es nichts kosten würde, wäre es längst geregelt. Dort, wo sich die „guten Taten“ durch andere finanzieren lassen, da schlägt Rot-Rot zu. Verlangen Sie doch auch dort die „Gleichstellung“!

Im übrigen irren die Kolleginnen Bayerl et al., was die Pflichtmitgliedschaft angeht. Sie hätten bei Berufsbeginn in der BfA Mitglied bleiben können. Sie sind nur auf ihren eigenen Antrag hin aus der damaligen BfA-Mitgliedschaft entlassen worden. Ohne diese eigene Entscheidung wäre nur ein Mindestbeitrag monatlich an die BÄV von zur Zeit rund 100 Euro zu leisten. Allerdings wäre der Rentenanspruch gegenüber der BfA bei gleichen Beiträgen wie zum Versorgungswerk nach derzeitiger Rechtslage nur etwa halb so hoch!

Zu Dr. Decker, Thema „Änderung des Kammergesetzes“:

Die 9. Änderung des Berliner Kammergesetzes, die u.a. die Gleichstellung von homosexuellen Lebenspartnern mit heterosexuellen Ehepartnern in der BÄV vorschreibt, ist noch nicht in Kraft, weil das Gesetz vor dem Berliner Verfassungsgericht angefochten wird. Dabei geht es um Eingriffe des Landesgesetzgebers ins Wahlrecht. Die o.a. Gleichstellung kann nach der Berliner Verfassung nicht angefochten werden, weil das Versorgungswerk nicht Träger von Grundrechten ist.

Dr. med. Elmar Wille
Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der Berliner Ärzteversorgung
Vizepräsident der Ärztekammer Berlin

Neues von Dr. med. Eckart von Hirschhausen

Dr. med. Eckart von Hirschhausen:
„Die Leber wächst mit ihren Aufgaben“,
192 Seiten, mit Cartoons von Erich
Rauschenbach, ISBN 978 3 499 62355 4,
EUR 9,95 (D), April 2008 im Rowohlt
Taschenbuch Verlag, Reinbek bei
Hamburg erschienen

Eckart von Hirschhausen ist dann doch ein Phänomen! Niemand scheint sich ernsthaft daran zu stören, dass dieser studierte Mann der Medizin und des Wissenschaftsjournalismus unermüdlich die Karriereleiter erklimmt. Warum, verdammt noch mal, hat der von Hirschhausen Ideen, auf die jeder kommen könnte, aber nicht kommt?

Als sein Buch „Die Leber wächst mit ihren Aufgaben“ per Post ankam, war es mit einer dicken Mullbinden-Schleife umwickelt. Das provozierte schon den ersten Lacher, bevor man überhaupt eine Zeile zu Gesicht bekommen hatte. Weiter ging es mit dem Fast-Vorwort von Harald Schmidt und hörte eigentlich bis zum Nachwort nicht mehr auf. Beim Thema „Komik am Knöchelrand“ (S. 148) kam fast Dankbarkeit auf, denn die Mullbinde hätte auch eine Arztsocke als Protest gegen den „Sockenerlass“ in der Grafschaft Lancashire werden können.

Glück ist nicht Gerechtigkeit, heißt es im Volksmund. Das lässt sich bei Hirschhausen an drei Beispielen belegen.

1. Anhand der Neuerscheinung: Bleichsüchtige Schriftsteller buckeln sich vor den Eingangstüren der Verlage die Rücken rund und Herr Dr. med. von Hirschhausen hat eine talentierte Managerin „die dieses Buch dem Rowohlt Verlag verkauft hat, bevor es existierte“. Ist das Glück, ist das gerecht?

Übrigens fällt dem aufmerksamen Rezipienten sehr wohl auf, dass das Buch in 13 Kapitel unterteilt ist. Die kleine Zugabe „Wein – Die Leber wächst mit ihren

Aufgaben“ zählt nicht, weil sie titelgebend ist. Hirschhausen sagte mal so nebenbei: „Durch die Zauberei habe ich ganz viel über die Psychologie gelernt“. Aha!

2. Anhand seiner Figur: Der erfolgreiche Arzt, der seine Approbation mit „magna cum laude“ hingelegt hat, gesteht in seinem Comedy-Programm „Glücksbringer“ unter künstlichem Sternenhimmel, dass er mit einer Tafel Schokolade nicht allein sein kann, ohne sie sofort zu vernaschen. Dabei hält er – selbst gertenschlank und rank – eine Tafel Vollmilchschokolade hoch. Hirschhausen könnte sich wenigstens in diesem Punkt den neuesten Erkenntnissen der Diätköche unterordnen, nur hochwertige Bitterschokolade mit mindestens 60 Prozent Kakao ist erlaubt und macht nicht dick. Ist das Glück, ist das gerecht?

3. Anhand des Verhaltens seiner Kollegen: Obwohl Hirschhausen auch in dem neuen Buch seine Späße über Ärzte macht, mailen ihm Kollegen Arzt-Patienten-Geschichten und laden ihn als Kabarettisten und Redner zu Veranstaltungen ein. Des Weiteren konnte Hirschhausen sich mit seinem humorvollen Langenscheidt-Sprachführer „Arzt-Deutsch / Deutsch-Arzt“ auf die Spiegel-Bestsellerliste schreiben, mit „Die Leber wächst mit ihren Aufgaben“ stieg er auf Platz 7 ein. Anstandslos bekam er auch seine eigene Rubrik „Hirschhausen-Akademie“ in der Late-Night-Show „Schmidt & Pocher“. Ist das Glück, ist das gerecht?

Fazit: Die Welt macht für Hirschhausen Platz auf der Überholspur. Aber warum?

Eventuell liegt es an der angenehmen Komposition seiner Primäreigenschaf-

ten: gutes Aussehen, messerscharfe Intelligenz, allgemeine Unverkrampftheit mit der nötigen Portion Humor. Er stellt sich nicht als Sieger in die Arena. Nein, der traut sich eben auch mit seinem inneren Schweinehund Gassi zu gehen. Er hat (s)ein Maß gefunden. „Ich bin ein assoziativer, kreativer und nicht besonders gut organisierter Typ“, sagt er von sich selbst. Das war früher im Krankenhaus sehr hinderlich. Die Freude an Wortspielen, die war mit dem Diktieren von zwanzig Arztbriefen unvereinbar. Sein Medium ist die Bühne und wie sich nun zeigt, auch immer mehr das geschriebene Wort. Er hat Spaß, weil andere mit ihm Spaß haben. Verkürzt heißt sein Konzept: Zugewandtheit + Spaß + medizinisches Fachwissen + sprachliche Brillanz = Glaubwürdigkeit + Erfolg + Lachen.

Für den Leser des neu erschienen rororo-Bändchens gilt der Tipp, den Hirschhausen sich in seiner „weißen Periode“ in der geschlossenen Psychiatrie selbst gegeben hat: Cool bleiben und weiteratmen.

Ulrike Hempel



Krankheit, Alter, Tod – und wir

Charité-Gespräch zu Simone de Beauvoirs Aktualität

„Und das ist der Grund, weshalb ich dieses Buch schreibe: um die Verschwörung des Schweigens zu brechen. Die Konsumgesellschaft... muss aus ihrer Ruhe gerissen werden. Denn gegenüber den alten Menschen ist sie nicht nur schuldig, sondern kriminell.“ Das schrieb Simone de Beauvoir in der Einleitung ihres 800-Seiten-Essays „Das Alter“ (deutsch als Rowohlt-Taschenbuch), erschienen schon 1970, aber im wesentlichen leider noch sehr aktuell.

Darauf wies die Charité-Gerontologin Adelheid Kuhlmeier hin, die in der Virchow-Ruine eine Podiumsdiskussion zum 100. Geburtstag von Simone de Beauvoir moderierte. Auch jetzt noch würden die Alten ausgegrenzt. „Wir haben heute zwar ein nicht mehr ganz so negatives Bild vom Alter. Aber noch immer bemühen wir uns eher ums Anti-Aging als ums Pro-Aging“ – als dessen Vorkämpferin sie die Beauvoir bezeichnete.

Jens Reich nannte das Buch eine „geballte Sammlung“ von Mitteilungen über das Altern von Prominenten aller Zeiten. Zudem werden die biologischen, ethnologischen und soziologischen Aspekte des Alterns und seiner Bewältigung untersucht. „Alles hängt davon ab, wie die Gesellschaft mit ihren Alten umgeht.“ Reich hält es, ebenso wie Adelheid Kuhlmeier und Ulrich Frei (Intensivmediziner und Ärztlicher Direktor der Charité) für „nicht unbedingt wünschenswert, das Leben immer noch weiter zu verlängern“ – und damit immer mehr Altersleiden zu induzieren.

„Wir alle werden alt, aber die Jungen scheinen das gar nicht zu ahnen“, sagte Alice Schwarzer, Initiatorin des Jubiläums-Festivals, zu dem dieses Podiumsgespräch gehörte. Sie zitierte einen Schlüssel-Satz von Simone de Beauvoir: „Man ist so alt, wie man jung war.“ Mit dem eigenen Altern habe sie sich allerdings nicht auseinandergesetzt, wie ein Interview an ihrem 70. Geburtstag zeigt. Hier klafften

Intellekt und Emotion auseinander – wie auch bei ihrem Umgang mit dem Thema Tod. Zwar hat sie sich schon als Jugendliche damit beschäftigt, zwar hat sie ein empathisches Buch über das Sterben ihrer Mutter und ein schonungslos realistisches Abschiedsbuch über ihren Lebenspartner Jean Paul Sartre geschrieben, in dem sie „mit brutaler Offenheit“ (Jens Reich) dessen körperlichen und geistigen Verfall schilderte; aber genau so wenig wie Sartre hat sie ein Testament hinterlassen, was zu großen Problemen führte.

„Das Nicht-Wahrhaben-wollen der eigenen Sterblichkeit und das Nicht-Denken an den eigenen Tod ist ein ganz großes Problem“, meinte die Sozialpsychologin und Charité-Frauenbeauftragte Christine Kurmeyer. Durch die öffentliche Debatte über die Patientenverfügung habe sich nicht viel daran geändert, stellte Ulrich Frei fest. Auch Simone de Beauvoirs 1964 erschienener schmaler Band über das Sterben ihrer Mutter („Ein sanfter Tod“, deutsch als Rowohlt-Taschenbuch) ist noch hoch aktuell.

„Hier ist alles schon beschrieben, was noch heute ein Problem ist. Außer der Technik hat sich nichts geändert. Was machbar ist, wird gemacht“, sagte Ulrich Frei. Die 77-Jährige hat ein unheilbares Sarkom. Aber Dr. N., „ein typischer Vertreter der technischen Medizin, hat von Therapiebegrenzung nie gehört“ – wie so manche seiner heutigen Kollegen. Er unterzieht die Todkranke allen möglichen Manipulationen. (Noch einmal flehte ich ihn an: „Quälen Sie sie nicht.“ Und er antwortete gekränkt: „Ich quäle sie nicht. Ich tue meine Pflicht.“)

Die alte Frau wird operiert, obgleich eine wohlmeinende Krankenschwester den Töchtern zugeflüstert hatte: „Lassen Sie sie nicht operieren!“ Frei: „Die Angehörigen werden zu Dr. N.'s Komplizen.“ Hinterher hat Simone de Beauvoir ein schlechtes Gewissen. Sie schreibt, hier habe sie versagt: „Man gerät in ein Räderwerk,

ohnmächtig gegenüber der Diagnose, den Vermutungen und Entscheidungen der Spezialisten. Der Kranke ist ihr Eigentum geworden: das soll ihnen erst mal jemand entreißen!“

Die beiden Töchter lassen nicht nur die nutzlose und quälende Übertherapie zu, sie lügen ihrer Mutter auch etwas vor: Nur eine Bauchfellentzündung. Jens Reich wies darauf hin, dass Simone de Beauvoir immer radikal für Selbstbestimmung eingetreten ist. Ihrer Mutter aber hat sie nicht einmal die Chance gegeben, nach der Wahrheit über ihren Zustand zu fragen – was Alice Schwarzer nie verstanden hat. „Selbst im Rückblick thematisiert sie dieses Problem nicht, das überrascht mich bis heute“, sagte sie.

Beim genauen Lesen stellt sich jedoch heraus, dass sie zumindest das Alleingelassensein der Sterbenden, die der Abgrund der „barmherzigen“ Lüge von ihren Nächsten trennt, sehr wohl reflektiert hat:

„Und selbst wenn der Tod gewann, blieb eine abscheuliche Mystifikation! Mama glaubte uns ganz nahe bei sich, aber wir stellten uns bereits jenseits ihrer Geschichte. Als allwissender böser Geist wusste ich, was gespielt wurde, und sie kämpfte fern in menschlicher Einsamkeit...“

R. Stein

A
N
Z
E
I
G
E

Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung

Bestandene Facharztprüfungen März bis April 2008*

Name Antragsteller	WbO Beschreibung
Dr. med. Wilhelm Ammenwerth	FA Innere Medizin
Ulrike-Dorothea Arntz	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Patrick Assheuer	FA Innere Medizin
Wiebke Baller	FA Psychiatrie und Psychotherapie
Dr. med. Kai Ulrich Bauwens	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Marc Behnke	FA Chirurgie
Dr. med. Insa Behre	FA Chirurgie
Dr. med. Jürgen Bentzin	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Stefan Borgwardt	FA Psychiatrie und Psychotherapie
P. Bretschneider-Ehrenberg	FA Urologie
Marc Brezger	FA Innere Medizin
Dr. med. Harald Burmeister	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Markus Busch	FA Neurologie
Sven Butschkat	FA Neurologie
Dr. med. Mario Cabraja	FA Neurochirurgie
Dr. med. Ute Demuth	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Andrea Deters-Nolte	FA Kinder- und Jugendmedizin
Dr. med. Fritz Diekmann	FA Innere Medizin
Dr. med. Klaus-Günter Dingeldein	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Alexander Carl Disch	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Ulrike-Dorothea Döring	FA Allgemeinmedizin
Dr. med. Constanze Belgrad	FA Anästhesiologie
Kai Dragowsky	FA Chirurgie
Dr. med. Alexander Joachim Eckardt	FA Innere Medizin und Schwerpunkt Gastroenterologie
Silke Eckelt	FA Innere Medizin
Martina Edel	FA Augenheilkunde
Ansgar Ellermann	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Prof. Dr. med. Wolfgang Ertel	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Inga Etebier	FA Innere Medizin
Dr. med. Maryam Fakhury	FA Visceralchirurgie
Dr. med. Joachim Felderhoff	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Jan Fell	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Christiane Fienbork	FA Dermatologie und Venerologie
Dr. med. Bettina Flender	FA Kinder- und Jugendmedizin
Dr. med. Holger Flick	FA Innere Medizin
Nicole Frackowiak	FA Innere Medizin
Dr. med. Roland Francis	FA Anästhesiologie
Georg Garanin	FA Orthopädie
Dr. med. Rolf Gebker	FA Innere Medizin
Dr. med. Barbara Gmel	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Stephanie Göbel	FA Chirurgie
Dr. med. David Goecker	FA Psychiatrie und Psychotherapie
Dr. José Gonzalez y Gonzalez	FA Laboratoriumsmedizin
Dr. med. Christiane Groth	FA Innere Medizin
Sven Grüngreif	FA Innere Medizin

Name Antragsteller	WbO Beschreibung
Dr. med. Gunnar Steffen Hampf	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Peer Hauck	FA Kinder- und Jugendmedizin
Dr. med. Orsolya Heinrich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Matthias Heinze	FA Pharmakologie und Toxikologie
Burkhard Held	FA Urologie
Dr. med. Thomas Helms	FA Nervenheilkunde
Dr. med. Thomas Hofmann	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Michael Jung	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Hatice Kadem	FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Dr. med. Detlef Kaleth	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Anorte Kant	FA Psychiatrie und Psychotherapie
Dr. med. Nadja Kassim	FA Neurologie
Dr. med. Reinhold Kerb	FA Klinische Pharmakologie
Prof. Dr. med. Heino Kienapfel	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Hans-Tilman Kinkel	FA Innere Medizin
Dr. med. Kai-Michael Klima	FA Innere Medizin
Ira Klink	FA Chirurgie
Oliver Klotz	FA Augenheilkunde
Dr. med. Sven Kohler	FA Chirurgie
Dr. med. Peter Köhler	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Thomas König	FA Anästhesiologie
Tanja Kosi	FA Allgemeinmedizin
Alexander Kött	FA Chirurgie
Dr. med. Andreas Kromer	FA Dermatologie und Venerologie
Dr. med. Nikolas Lambiris	FA Innere Medizin
Beate Libera	FA Psychiatrie und Psychotherapie
Stephan Limmer	FA Chirurgie
Falk Lippitz	FA Anästhesiologie
Dr. med. Matthias Mainka	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Wolfgang Mangelsdorf	FA Chirurgie
Dr. med. Martin Püschel	FA Innere Medizin
Dr. med. Stefan Mauz	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Sven Meinhold	FA Innere Medizin
Dr. med. Stephan Melcop	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Christian Merettig	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Jens-Uwe Meyer	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Alexander Müller	FA Neurologie
Dr. med. Jens Müller	FA Nervenheilkunde
Dr. med. Joachim Müller-Foti	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Dr.-Ing. Wolfgang Münch	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Jessica Mwinyi	FA Klinische Pharmakologie
Dr. med. Holger Neumann	FA Allgemeinmedizin
Dr. med. Beate Nold	FA Innere Medizin
Matthias Pankow	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Thiemo Pfab	FA Innere Medizin

Name Antragsteller	WbO Beschreibung
Maurice Pich	FA Psychiatrie und Psychotherapie
Christiane Pollich	FA Innere Medizin
Simone Preller	FA Allgemeinmedizin
Eckart Pressel	FA Allgemeinmedizin
Dr. med. Anke Reinhold	FA Kinder- und Jugendmedizin
Roman Reunkoff	FA Urologie
Denio Ridjab	FA Innere Medizin
Dr. med. Eugenie Riesenkampff	FA Kinder- und Jugendmedizin
Dr. med. Thomas Rost	FA Visceralchirurgie
Markus Rudeck	FA Anästhesiologie
Dr. med. Helen Schaller	FA Psychiatrie und Psychotherapie
Dr. med. Fiona Scheder-Bieschin	FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Dr. med. Markus Scheibel	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Priv.-Doz. Dr. med. Gerhard Schmidmaier	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dorothee Schmidt	FA Allgemeinmedizin
Dr. med. Sven Schmidt	FA Innere Medizin
Dipl.-Med. Kristina Schoof	FA Allgemeinmedizin
Roland Schröder	FA Innere Medizin
Dr. med. Matthias Schulz	FA Neurochirurgie
Mariana Schürmann	FA Innere Medizin
Dr. med. Cristin Selck	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Dr. med. Oliver Senf	FA Innere Medizin
Raimund Senf	FA Innere Medizin
Prof. Dr. med. Martin Sparmann	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Oliver Steinberg	FA Innere Medizin
Martin Stotko	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Igor Sutej	FA Psychiatrie und Psychotherapie
Hami Tabari	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Florian Thilo	FA Innere Medizin
Max Timm	FA Innere Medizin
Dr. med. Horst-Peter Wagner	FA Innere Medizin
Heiner Waldhecker	FA Gefäßchirurgie
Simone Welters	FA Innere Medizin
Elm Luise Winkelmann	FA Allgemeinmedizin
Dr. med. Guido Wohlgemuth	FA Orthopädie und Unfallchirurgie

Name Antragsteller	WbO Beschreibung
Dr. med. Beate Wolke-Sparmann	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Sevim Yilmaz	FA Kinder- und Jugendmedizin
Min-Sung Yoon	FA Innere Medizin
Dr. med. Bernhard Michael Zahn	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. Djamal Zidane	FA Gefäßchirurgie
Manuela Zimmer-Kleen	FA Allgemeinmedizin
Bianca Zukunft	FA Innere Medizin

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

Artenvielfalt im Naturkundemuseum



Die kleinen Mädchen fassen sich bei den Händen und hupen rückwärts.

Denn schwapp, kommt die sanfte Brandungswelle ihnen entgegen. Sie stehen aber nicht am Meeressaum. Sondern vor der Schwelle zu jenem Sonderausstellungsraum des Naturkundemuseums, in dem man (noch bis zum 30. September) einen langen Blick in die wunderbare Unterwasserwelt der Korallenriffe werfen kann. Die Brandung ist bloß eine Projektion.

Die Riff-Schau ist typisch für die Vielfalt der Zugänge auch zu den neuen Dauerausstellungen des Berliner Naturkundemuseums – und typisch für die Artenvielfalt der Zielgruppen, von den Kindern bis zu den Wissenschaftlern. Welch ein Kinderparadies! Schon die Kleinen im Vorschulalter staunen die Skelette der Riesensaurier an und nehmen im „Humboldt- Exploratorium“ ein Dino-Modell mit Feuereifer unermüdlich auseinander und setzen es wieder zusammen.

Letztes Jahr beim Eröffnungsfest der neu konzipierten Schauräume konnten die Kids auf der Wiese vorm hundertjährigen Museumsbau einen Haufen Schiefer-schutt mit dem Hammer bearbeiten und Spuren urweltlichen Lebens wie Abdrücke von Farnen freilegen.

Jetzt können sie sich bei Kindergeburtstagen im Museum als Nachwuchs-Forscher fühlen und in einem großen Sandkasten nach Fossilien buddeln. Die Größeren sind fasziniert von den „Jura-

skopen“ im Sauriersaal, durch die man sehen kann, wie die Urviecher mit Fleisch auf den berühmten Knochen sich reanimiert in einer längst versunkenen Landschaft bewegen. Jugendliche sitzen auf Museumshockern und zeichnen. Auch Mikroskopieren können sie lernen. Und die Erwachsenen? Manche wandern neugierig durch die runderneuerte vierteilige Dauerausstellung „Evolution in Aktion“ und staunen einfach über die Fülle der Natur (besonders im Riff-Biotop); so wie unsere Vorfahren über die exotischen Schätze der Kuriositätenkabinette, Kunst- und Wunderkammern staunten, der Urzellen unserer Museen.

Andere sehen das alles rein ästhetisch und bewundern den Formen- und Farbenreichtum, den die Künstlerin Natur kreiert hat. Wieder andere suchen Antworten auf die alte Frage nach unserem Ursprung und auf die aktuellen Fragen nach dem gefährdeten Leben in der Zukunft. Eindrucksvoll die „Biodiversitätswand“ zur Demonstration der vielgestaltigen Artenfülle – eine kluge Auswahl aus den über 30 Millionen Objekten der unerschöpflichen Museumssammlungen. (Sie sind leider noch immer unzulänglich untergebracht, in teils maroden, nicht klimatisierten Räumen. Aber der fast total kriegszerstörte Ostflügel des lange vernachlässigten hundertjährigen Museumsbaus ist in Rekonstruktion, und das Museum, zur Humboldt-Universität seit deren Gründung gehörend, wird 2009 als öffentlich-rechtliche Stiftung der Leibniz-Gemeinschaft zugeordnet, was die Finanznot spürbar mildern dürfte).

Die Artenvielfalt darf nicht nur in Gestalt der fabelhaften Präparate und Modelle der Museumssammlungen erhalten bleiben. Das „System Erde“ zu bewahren, ist



zwar Selbstzweck, bringt uns aber auch ganz profanen Nutzen. Wieder das Beispiel Riff: Wird durch den Klimawandel das Meerwasser auch nur leicht erwärmt und durch Verschmutzung übersäuert, schreitet die Zerstörung des empfindlichen Ökosystems Korallenriff rasch fort. Den Küsten fehlen dann Wellenbrecher, den Fischern ihre Lebensgrundlage; selbst die Medizin muss mit Verlusten rechnen. Die auf engstem Raum zusammenlebenden Organismen mussten unter dem Selektionsdruck viele bioaktive Substanzen entwickeln. Die „Apotheke der Natur“ unter Wasser ist erst zum kleinsten Teil erforscht. Einiges wird aber schon für uns genutzt:

Das Leukämie-mittel Cytarabin (Ara-cell) und das antiretrovirale AIDS/HIV-Medikament Zidovudin kommen aus dem Meer.



Zielgruppe Forscher: Das Naturkundemuseum, eins der fünf bedeutendsten der Welt, hat drei Aufgaben: 1. die Sammlungen zu pflegen und zu mehren, 2. sie in Auswahl zu zeigen und die öffentliche Bildung zu fördern, 3. zu forschen. 50 Wissenschaftler arbeiten hier (Gastforscher nicht gerechnet) interdisziplinär, einige sind auch Lehrstuhlinhaber, es laufen viele Drittmittelprojekte. Evolution, Biodiversität, Ökologie, auch Wissenschaftsgeschichte gehören zu den Schwerpunkten. Den Ausstellungen merkt man an – bei aller museumsdidaktischen Lebendigkeit –, dass hier Wissenschaftler am Werk waren. Sie bemühen sich auch, die Grenze zwischen Schau- und Studiensammlungen durchlässig zu machen, und die schwierige Arbeit der Präparatoren wird sogar in einer eigenen Ausstellung demonstriert. Damit niemand mehr von „ausgestopften“ Tieren spricht.

Rosemarie Stein

Museum für Naturkunde, Invalidenstraße 43, Di-Fr 9.30-17 Uhr, Wochenenden und Feiertage 10-18 Uhr. Telefon 030/20 93 85 50, für Führungen und andere Veranstaltungen 030/20 93 85 50. Ausführliche Informationen: www.naturkundemuseum-berlin.de

Fotos: Museum für Naturkunde der Humboldt-Universität zu Berlin



BERLINER ÄRZTE

6/2008 45. JAHRGANG

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

Herausgeber:

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

Redaktion:

Dipl.-Jour. Sascha Rudat (v.i.S.d.P.)
Dipl.-Pol. Sybille Golkowski
Eveline Piötter (Redaktionsassistentin)

Redaktionsbeirat:

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

Anschrift der Redaktion:

Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-4100/-4101, -4102, FAX -4199
Titelgestaltung: Sehstern/Berlin

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

Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruner-Straße 62,
04107 Leipzig

Telefon 0341 710039-90, FAX -99
Internet: www.l-va.de
E-Mail: mb@l-va.de

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

Die Zeitschrift erscheint 12mal im Jahr jeweils am 1. des Monats. Sie wird von allen Berliner Ärzten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft zur Ärztekammer bezogen. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedspreis abgegolten. Nichtmitglieder können die Zeitschrift beim Verlag abonnieren. Der Jahresbezugspreis (12 Ausgaben) beträgt im Inland € 64,50 (einschließlich Versand), Patenschaftsabonnement Berlin-Brandenburg € 43,00 (einschließlich Versand). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 4,40 zzgl. € 2,50 Versandkosten.
Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 8 vom 01.01.2008.

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

ISSN: 0939-5784