

Weisse Wunderwelt

Wer behauptet eigentlich, das Gesundheitswesen sei ein undurchschaubarer Irrgarten? Der kennt die „Weisse Liste“ nicht, das neueste Online-Suchportal für Krankenhäuser. Das ehrgeizige Projekt der Bertelsmann Stiftung zeigt uns: Die Gesundheitsversorgung ist eine Zauberwelt – geheimnisvoll und fremd. Man wundert sich.

Nach eigener Auskunft steht der Titel „Weisse Liste“ für „vertrauenswürdige Information“. Selbst gesetztes Ziel ist es, die „Transparenz über die Qualität von Leistungserbringern“ zu verbessern und die „konsequente Ausrichtung auf die Interessen der Patienten und Verbraucher zu fördern“. Auf der Grundlage der Qualitätsberichte gem. §137 SGB V der Krankenhäuser werden „verlässliche Informationen über die Qualität der gesundheitlichen Versorgung“ versprochen.

Und: „Informationsangebote sind nur dann wertvoll, wenn sie glaubwürdig sind“.

Selbstversuch: Eine kluge Eule führt den Nutzer in zwölf Schritten dahin, das passende, im Glücksfall ideale Krankenhaus für die eigenen Bedürfnisse zu finden. Und da offenbart sich das ganze Wunder des – in diesem Beispiel – Berliner Krankenhauswesens: Die Suche nach dem geeigneten Krankenhaus für eine Gallenoperation ergibt, dass es beispielsweise an der Charité kein CT, keine Endoskopie und nicht einmal ein Sonographiegerät zur Diagnostik gibt. Aha. Und kein Ende der Mirakel: Beim Operationswunsch „radikale Prostatektomie“ erfährt der erstaunte Nutzer, dass eben diese Charité – Universitätsmedizin Berlin mit ihren drei Standorten über keinen einzigen Arzt mit urologischer Facharztqualifikation verfügt. Eine gewagte Auskunft. Dennoch aber werden in der Klinik für Urologie am Standort CCM insgesamt 301 dieser Eingriffe durchgeführt. Ja, von wem denn? Außerdem sind dort laut „Weisse Liste“



Foto: privat

Dr. med. Henning Schaefer

ist Leiter des Qualitätsbüros Berlin (Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung)

182 vollstationäre Fälle je Facharzt pro Jahr erfasst, obwohl es andererseits laut „Weisse Liste“ dort keine Fachärzte gibt. Verlässliche Information über die Qualität der gesundheitlichen Versorgung?

Nun können sich die Macher der „Weissen Liste“ natürlich ganz entspannt zurücklehnen und im Sinne des marktwirtschaftlichen Wettbewerbs einwerfen: Pech für die Klinik, wenn sie nicht in der Lage ist, ihre Leistungen im Qualitätsbericht angemessen darzustellen.

Schon. Aber das vorgegebene enge Korsett der gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsberichte erlaubt es manchen Krankenhäusern, gerade mit komplexen Strukturen, nicht, ihr Leistungsspektrum darin realistisch abzubilden. Und indem die „Weisse Liste“ diese Daten als wesentliche Grundlage für die Krankenhaus-suche nutzt, riskiert sie die Falschinformation der Nutzer mit eventuell gravierenden Folgen.

Wer übernimmt dafür eigentlich die Verantwortung? Auf das Risiko fehlerhafter Datengrundlagen und einen daraus entstehenden Bias weisen die sonst so beredten Erklärungstexte der „Weissen Liste“ nicht hin. Stattdessen wird dem Nutzer Transparenz und Zuverlässigkeit suggeriert. Wer aber warnt den Nutzer vor den möglichen Folgen des Vorspiegels falscher Verlässlichkeit? Eigentlich ein Thema für die Verbraucherzentrale

Bundesverband e.V., will man meinen. Die jedoch ist Kooperationspartner der Bertelsmann Stiftung bei diesem Projekt.

Doch Gott sei Dank haben wir den „stern“. Durch ihn wissen wir, dass die „Weisse Liste“ das „ambitionierteste“ Krankenhaus-Suchportal ist. Pünktlich zum Online-Start brachte der „stern“ am 5. Juni 2008 dazu eine Titelstory. Der „stern“ – das Print-Flaggschiff vom Verlag Gruner & Jahr. Und dieser gehört zur Bertelsmann AG. Das nennt man professionelle Pressearbeit. Bei so prominenter Geburtshilfe wundert es nicht, dass inzwischen sogar die Krankenkassen das Portal gut finden. Die Barmer, so der „stern“, habe sich entschlossen, ihr eigenes Kliniksuchportal nicht weiter auszubauen, sondern stattdessen die „Weisse Liste“ für ihren Internetauftritt zu verwenden.

A propos Geburtshilfe: Sucht die werdende Mutter nach einem geeigneten Geburtskrankenhaus, wird sie sich schwer tun mit der „Weissen Liste“. Beim „Behandlungswunsch: Geburt“ landet sie zunächst einmal auf einer Auswahlliste mit 45 teilweise Schwindel erregenden Eingriffen wie „Operative Entfernung einer nach Geburt verbliebenen Verbindung zwischen Schilddrüse und Zunge“ – das macht Lust auf mehr! Die „normale Geburt eines Kindes“ findet sie erst unter der Rubrik „Krankheiten“. Das ist Millionen Müttern aus der Seele gesprochen. Und ein Musterbeispiel für konsequente Nutzerorientierung.

Um nicht den Falschen das Wort zu reden: Struktur- und Leistungsvergleiche von Anbietern im Gesundheitswesen sind wichtig, um Patienten bei Bedarf mit zusätzlichen Informationen in ihrer Entscheidung für eine Behandlung und einen Behandler nach persönlichen Bedürfnissen zu unterstützen. Die „Weisse Liste“ wird jedoch ihren eigenen Ansprüchen leider nicht gerecht.

Fortbildung

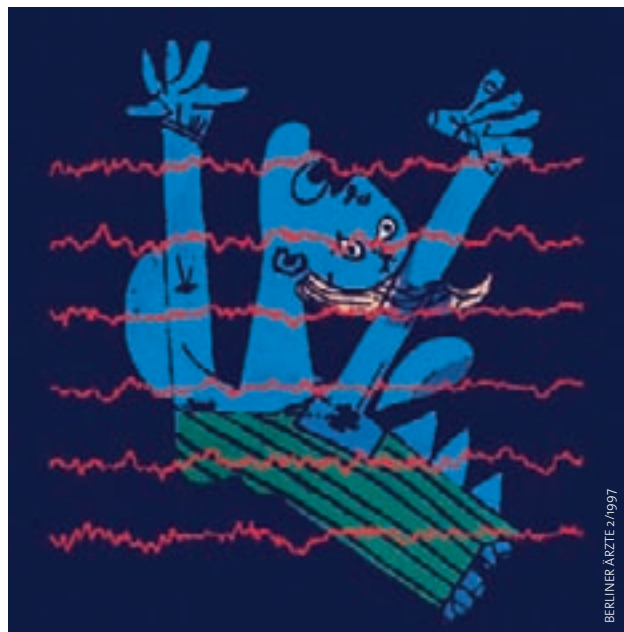
Behandlung psychisch reaktiver Traumafolgen bei traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin in Kooperation mit dem Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin und der Psychotherapeutischen Beratungsstelle für politisch Verfolgte XENION.

Die Fortbildungsveranstaltung richtet sich an Absolventen des Curriculums Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen oder an

traumatherapeutisch erfahrene Psychotherapeuten bzw. Psychiater.

Die Behandlung traumatisierter Flüchtlinge und Folteropfer bringt besondere Anforderungen mit sich: Arbeit zumeist im interkulturellen Setting und ggf. mit Dolmetschern sowie Behandlung extremtraumatisierter, meist an chronischen und komplexen Störungen leidender Menschen. Gleichzeitig befinden sich die Klienten durch Entwurzelung und Belastungen im Exil in einem von vielen Faktoren determinierten Bewältigungs- und Anpassungsprozess.



Die schematische Anwendung von Traumatherapiemodulen greift hier oftmals nicht, auch, wenn diese wichtige Bestandteile der traumaorientierten Behandlung liefern.

Es bedarf der Anpassung der Behandlungsform an die besondere innere und äußere Situation der Flüchtlinge. Ebenso unterliegt die Gestaltung der therapeutischen Beziehung speziellen Anforderungen. Sozialarbeiterische und niedrigschwellige Angebote sowie ggf. psychiatrische oder psychosomatisch orientierte ärztliche Behandlung können oftmals eine sinnvolle Ergänzung der psychotherapeutischen Arbeit sein. Hierfür ist Kooperation und Vernetzung notwendig – zugleich liegt hierin auch die Möglichkeit, einer Überlastung befallener Therapeuten entgegen zu wirken.

In dem hier angebotenen Seminar geht es nicht um die Grundlagen der Traumabehandlung, es ersetzt keine Traumatherapieausbildung. Erprobte Behandlungsansätze werden dargestellt und in der Arbeit erfahrene Therapeuten stellen sich der Diskussion. Von Kollegen immer wieder

gestellte Fragen werden im Sinne der derzeitigen „Best Praxis“ beantwortet. Ziel ist, durch Fortbildung und Austausch das therapeutische Versorgungsnetz für psychisch belastete Migranten und traumatisierte Flüchtlinge/Folteropfer zu vergrößern und die Kooperation vorhandener Ressourcen zu fördern.

Termin: Freitag, 12.09.2008, 09:00-18:00 Uhr und Samstag, 13.09.2008, 09:00-18:00 Uhr

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

Anmeldung erforderlich/ Informationen:

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

Teilnehmergebühr: 220 €

Die Veranstaltung ist ein gemeinsames Projekt der oben genannten Institutionen zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit. Die Teilnahme an der Veranstaltung ist mit 20 Punkten für das Fortbildungszertifikat anrechenbar.

ANZEIGE



MEINUNG.....

Weisse Wunderwelt

Von Henning Schaefer..... 3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*..... 4**Gutartige Neubildungen
des Zentralen Nervensystems
meldepflichtig**Informationen des Gemeinsamen
Krebsregisters..... 11BERUFS- UND GESUND-
HEITSPOLITIK**Delegierte verabschieden neu
gestalteten Tätigkeitsbericht**Bericht von der Delegiertenversamm-
lung am 2. Juli 2008

Sascha Rudat..... 20

**Ärztekammer Berlin setzt
Berufsrecht konsequent um**Die Berufsaufsicht der Kammer geht
gemäß ihrem gesetzlichen Auftrag
Vorwürfen gegen Ärztinnen und Ärzte
nach. BERLINER ÄRZTE zeigt die Ergeb-
nisse der vergangenen fünf Jahre.

..... 22

Alles neu? – Alles neu!Durch deutlich einfachere und klarere
Regelungen soll die Erteilung von
Weiterbildungsbefugnissen wesentlich
transparenter und schneller werden.

Michael Peglau..... 26

TITELTHEMA.....

SCHÖNE NEUE ARBEITSZEIT?Bereitschaftsdienst gilt seit anderthalb Jahren
an deutschen Kliniken als Arbeitszeit. Dass
zwischen gesetzlichem Anspruch und ärztlicher
Berufswirklichkeit immer noch ein großer Spalt
liegt, zeigt BERLINER ÄRZTE am Beispiel von
Berliner Kliniken.

Von Angela Mißlbeck..... 14

20 Jahre MIC – Was hat's gebracht?

Bericht vom 125. Chirurgenkongress

Rosemarie Stein 27

**Patienteninfos sollen ehrlich und
adressatenbezogen sein**Welche Anforderungen an gute evidenz-
basierte Patienteninformationen
gestellt werden, zeigt der Bericht von
einer Fachtagung in Köln.

Adelheid Müller-Lissner..... 29

Widerling und WunderheilerDer Wandel der TV-Ärzte im Fernsehen
sagt viel über das veränderte Bild des
Mediziners in der Gesellschaft aus. Jetzt
wird das Thema sogar wissenschaftlich
untersucht.

Ulrike Hempel..... 33

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen..... 10**Fortbildungskalender**Fortbildungsveranstaltungen der
Ärztekammer Berlin..... 24

PERSONALIEN.....

In memoriam Otto Helfer..... 21**Zum Andenken an****Burghard Stück..... 23****Bestandene Facharztprüfungen**

Mai bis Juni 2008..... 31

FEUILLETON.....

„Vernunft fürs Volk“Eine Reise zum Anwesen des Volksauf-
klärers Friedrich Eberhard von Rochow.
Rosemarie Stein..... 36**Impressum..... 42**

Prüfungstermine für Arzthelferinnen/Medizinische Fachangestellte

Die Ärztekammer Berlin führt die nächste **Zwischenprüfung** für Arzthelfer/innen und Medizinische Fachangestellte am **13. Oktober 2008** in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin (Kreuzberg), durch.

Teilnahmeverpflichtet sind alle Auszubildenden, die zu diesem Zeitpunkt die Hälfte ihrer Ausbildungszeit zurückgelegt haben. Anmeldeschluss ist der **05. September 2008**. Die erforderlichen Anmeldeformulare werden den auszubildenden Ärzten Mitte August übersandt.

Die **Abschlussprüfungen** im Winter 2008/2009 für Arzthelfer/innen und Medizinische Fachangestellte finden an folgenden Tagen statt:

Schriftlicher Teil der Prüfung:
09. und 10. Dezember 2008

Praktischer Teil der Prüfung:
19. bis 31. Januar 2009

Auch die Abschlussprüfungen werden in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin (Kreuzberg), abgenommen. Ärzte werden

gebeten, ihre Auszubildenden bis spätestens zum **05. September 2008** mit allen erforderlichen Unterlagen anzumelden: Anmeldeformular, Berichtsheft (schriftlicher Ausbildungsnachweis) oder die schriftliche Bestätigung des Auszubildenden, dass das Berichtsheft (der Ausbildungsnachweis) geführt wurde, Kopie der Zeugniskarte vom OSZ Gesundheit, Bescheinigung des auszubildenden Arztes über den Umfang der Fehltag in der Praxis, ggf. Bescheinigung über Art und Umfang einer Behinderung. Die erforderlichen Anmeldeformulare werden den auszubildenden Ärzten Mitte August übersandt.

Die vorgezogenen Abschlussprüfungen finden ebenfalls am **09. und 10. Dezember 2008** (schriftlicher Teil der Prüfung) sowie vom **19. bis 31. Januar 2009** (Praktischer Teil der Prüfung) statt.

Die formlosen Anträge müssen mit den erforderlichen Unterlagen (Befürwortung oder Stellungnahme des Ausbilders, Befürwortung der Schule, Kopie der Zeugniskarte vom OSZ Gesundheit und Berichtsheft

(schriftlicher Ausbildungsnachweis) oder die schriftliche Betätigung des Auszubildenden, dass das Berichtsheft (der Ausbildungsnachweis) geführt wurde, Bescheinigung des Arztes über den Umfang der Fehltag

in der Praxis) ebenfalls bis zum **05. September 2008** eingereicht werden.

Nähere Informationen erhalten Sie unter der Rufnummer:
030/40 80 6 - 2626.

Fortbildung

Qualitätszirkel (QZ) – Aufbau von QM in Praxen

Zur weiteren Unterstützung bei der Einführung von Qualitätsmanagement in Praxen bietet die Ärztekammer Berlin Interessenten einen Qualitätszirkel an: In circa 8 Sitzungen im Abstand von etwa 4 Wochen werden Themen rund um die Einführung von QM in Praxen bearbeitet.

Durch gegenseitige Unterstützung sowie eine sachkundige Moderation besteht die Möglichkeit, Unsicherheiten und Probleme, die bei der Einführung von QM auftreten, auszuräumen und Ihren eigenen Weg für ein gelungenes Qualitätsmanagement in Ihrer Praxis zu finden.



Starttermin:
Mittwoch, 22.10.2008, 18.00 Uhr,

Ort: Ärztekammer Berlin

Moderation des QZ:
Julia Bellabarba

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

LAGeSo feiert zehnjähriges Bestehen

Das Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGeSo) hat kürzlich sein zehnjähriges Bestehen gefeiert. Unter dem Motto „Der Mensch im Fokus“ wurde am 2. Juli im Wappensaal des Roten Rathauses ein Festakt veranstaltet. LAGeSo-Präsident Franz Allert stellte das umfangreiche Aufgabenspektrum der Behörde in

Teilen vor. „Wir erbringen für jeden sechsten Berliner Dienstleistungen“, erklärte Allert. Im medizinischen Bereich ist das LAGeSo u.a. verantwortlich für die Krankenhaus- und Apothekenaufsicht, die Durchführung der Staatsprüfungen für Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte,

Apotheker und Psychotherapeuten sowie für die Erteilung bzw. den Widerruf von Approbationen. Einen weiteren Schwerpunkt der Arbeit bilden die Leistungen für schwerbehinderte Menschen – von der Feststellung der Schwerbehinderung über die Schaffung und den Erhalt von Arbeitsplätzen bis hin zum besonderen Kündigungsschutz. Angesichts des runden Geburtstags wünschte sich Allert von der anwesenden Senatorin für Integration, Arbeit und Soziales, Dr. Heidi Knake-Werner (Linke), mehr Außeneinstellungen, größere Möglichkeiten zur Zeitarbeit sowie mehr Zeitverträge für seine Behörde. Dies sei für eine Verwaltung mit einem so großen Aufgaben- und Leistungsspektrum notwendig, sagte Allert mit Blick auf die knappe Personalsituation.

Staatssekretär Dr. Benjamin-Immanuel Hoff (Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz) unterstrich die bedeutende Rolle des LAGeSo als moderne Dienstleistungsbörde.

Der Berliner Senat hatte im Zusammenhang mit der Verwaltungsreform im Jahr 1996 beschlossen, ministerielle und gesamtstädtische Aufgaben zu trennen und letztere in nachgeordnete Behörden zu verlagern. So wurde 1998 das LAGeSo errichtet.

Gleichzeitig wurden das Landesamt für Zentrale Soziale Aufgaben Berlin – Landesversorgungsamt – und das Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe Berlin aufgelöst. *srd*

ANZEIGE

Leserbriefe

Berlins erste akademische Krankenschwestern

BERLINER ÄRZTE 7/2008

Sie werden sicher genau recherchiert haben, deshalb werden Sie meine Frage bestimmt beantworten können: Warum sind die Absolventen des Hochschulfaches „Diplom – Pflege“ der Medizinischen Fakultät der HU (Charité) nicht die ersten akademischen Krankenschwestern Berlins gewesen? Haben die Studenten dieses Hochschulstudiums an der Charité keinen akademischen Abschluss, d.h. kein Diplom erhalten?

Dr. Sören Schmidtman, 12687 Berlin

Ich ärgere mich immer wieder über Desinformationen und oberflächliche Berichterstattung in den Medien und diesmal stoße ich auch in Ihrer Zeitschrift drauf: Den Studiengang : Diplom-Krankenpflege gab es schon 1994 30 Jahre unter Leitung von Prof. Dietze (...).

Dieser Studiengang wurde bald nach 1990 abgewickelt. Ich habe selbst Dipl.-Medizinpädagogik dort studiert im Fernstudium bis 1990 und kenne aus der Praxis einige AbsolventInnen der Studienrichtung Diplom-Krankenpflege (...). Ich wünsche mir gerade offensichtlich von den „Wessis“ gründlichere Recherche.

Silke Liezmann, Berlin

Kommentar:

Selbstverständlich ist der Redaktion der Aufbaustudiengang Diplom-Krankenpflege bekannt, der seit den 60er Jahren in der DDR im Anschluss an die Krankenpflegeausbildung absolviert werden konnte und der im wiedervereinigten Berlin leider abgewickelt wurde. Seit Anfang der 90er gibt es im Bereich Pflegewissenschaft, -management und -pädagogik Studiengänge in ganz Deutschland. Der von uns vorgestellte Studiengang an der Evangelischen Fachhochschule ist jedoch kein Aufbaustudiengang, sondern der erste grundständige Studiengang, der vom ersten Ausbildungstag an in einem dualen Verfahren die Hochschule mit der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung koppelt. Das war die neue Nachricht unseres Beitrags. Unsere Headline war so gesehen verkürzt: Berlin hat nicht seine ersten akademischen Krankenschwestern überhaupt, sondern seine ersten Gesundheits- und KrankenpflegeabsolventInnen eines entsprechenden Vollstudiengangs.

(Die Red.)

Chefarztwechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe

Seit dem 1. Juli hat Dr. med. Michael Schenk die Leitung der Abteilung Anästhesie und Schmerztherapie übernommen. Ehemals Oberarzt dieser Abteilung, trat er die Nachfolge von Prof. Dr. med. Hans Christoph Müller-Busch an, der in den Ruhestand verabschiedet wurde.

Für den Bereich Palliativmedizin, der seit 1995 ebenfalls unter Leitung von Prof. Müller-Busch stand, hat Dr. med. Thomas Jehser seit dem 1. Juli als leitender Oberarzt die Verantwortung übernommen. Dr. Jehser war seit 1995 Stationsarzt auf der Palliativstation.

DRK Kliniken Berlin Köpenick

Seit dem 1. Juli ist Priv.-Doz. Dr. med. Christian Opitz Chefarzt der Klinik für Innere Medizin – Kardiologie. Opitz war zuvor acht Jahre am Standort Westend als leitender Oberarzt in der Klinik für Kardiologie tätig. Der vorherige Chefarzt und ärztliche Leiter der DRK Kliniken Berlin Köpenick, Prof. Dr. Hans-Friedrich Vöhringer, geht in die Klinische Forschung. Das Amt des ärztlichen Leiters des Standortes Köpenick übernimmt Priv.-Doz. Dr. Hartmut Kern.

Priv.-Doz. Dr. med. Stefan Kahl leitet seit dem 1. Juli die Klinik für Innere Medizin – Gastroenterologie. Der gebürtige Magdeburger war zuvor fünf Jahre leitender Oberarzt und zwei Jahre als Chefarzt der Klinik für Gastroenterologie am Klinikum Magdeburg gGmbH tätig. Er trat die Nachfolge von Prof. Dr. Hans-Peter Buscher an, der sich anderen Aufgaben widmet.

Vivantes Klinikum im Friedrichshain

Prof. Dr. Jan Roigas leitet seit dem 1. Juli die Klinik für Urologie. Damit ist Roigas künftig Chefarzt von zwei Kliniken für Urologie: Er leitet auch die Klinik für Urologie am Vivantes Klinikum Am Urban. Sein Vorgänger, Chefarzt Dr. med. Horst Vogler, scheidet aus Altersgründen aus dem Unternehmen aus.

Vivantes Klinikum Am Urban

Prof. Dr. med. Karin Büttner-Janz ist seit 1. Juli neue Chefarztin der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie. Sie übernahm die Funktion von Gerhard Heinz, der die Klinik vorübergehend kommissarisch leitete. Auch künftig bleibt Büttner-Janz Chefarztin der Klinik für Orthopädie am Vivantes Klinikum im Friedrichshain.

HELIOS Klinikum Berlin-Buch

Prof. Dr. med. Marc Boris Bloching ist seit Juni neuer Chefarzt der HNO-Klinik des HELIOS Klinikums Berlin-Buch und Nachfolger von Prof. Dr. med. Detlef Adler, der aus Altersgründen seine 14-jährige Tätigkeit als Chefarzt beendet hat. Prof. Bloching war zuletzt Ordinarius für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde und Direktor der HNO-Klinik der Universitätsklinik des Saarlandes in Homburg.

St. Gertrauden Krankenhaus

Martina de la Chevallerie, Fachärztin für Innere Medizin und klinische Geriatrie, übernahm zum 1. Juli die Leitung der ambulanten geriatrischen Rehabilitation von Dr. med. Angela Kloppenborg, die das Unternehmen verlassen hat. Martina de la Chevallerie war zuvor als Internistin in der Chirurgischen Abteilung des Deutschen Herzzentrums Berlin tätig.

Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Chefarztpositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause.
Tel. 40 80 6-4100/-4101, Fax: -4199. E-Mail: e.piotter@aekb.de oder s.rudat@aekb.de

ANZEIGE

Korrektur

MUT gibt es schon seit 1990

Die MUT Gesundheit, eine Tochtergesellschaft der Ärztekammer Berlin, ist bereits im Jahr 1990 gegründet worden. Drei West-Berliner Ärzte hatten die gemeinnützige GmbH zur „Medizinischen Hilfe und technischen Unterstützung“ (M.U.T.) als spontane Reaktion auf die Grenzöffnung ins Leben gerufen, um Ost-Berliner Kolleginnen und Kollegen in Niederlassungsfragen zu beraten.

Im Oktober 1991 übernahm die Ärztekammer Berlin die MUT dann mehrheitlich.

Diagnostik und Behandlungsaspekte bei traumatisierten Flüchtlingskindern und -jugendlichen

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin.

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

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

In dieser Fortbildungsveranstaltung können interessierte Therapeuten und Ärzte, die Kinder und Jugendliche behandeln, ihre Behandlungskompetenzen erweitern, um einen Beitrag zur

(psychischen) Gesundheit traumatisierter Flüchtlingskinder, auch derer mit ungesichertem Aufenthaltsstatus, zu leisten. Besondere Beachtung wird der Gruppe der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge gewidmet.

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

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

**Anmeldung erforderlich/
Information:**

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

Teilnehmergebühr: 220 €

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

Mitwirkung: Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin.

Die Teilnahme ist mit 20 Punkten anerkannt.

ANZEIGE

*Tilidin/Naloxon***Missbrauchsgefahr**

Das Bundesgesundheitsministerium ist durch Medienberichte über den Missbrauch Tilidin/Naloxonhaltiger Arzneimittel (Valoron N®, viele Generika) besorgt. Aus ärztlicher Sicht ist dazu anzumerken, dass ein Auftreten von Missbrauch und Suchtverhalten bei Arzneimitteln mit Abhängigkeitspotenzial

(hier: schwach wirksames Opioidanalgetikum) nicht verwunderlich ist. Nachdem der AkdÄ über mehrere Jahre entsprechende Fallberichte konstant in einstelliger Anzahl zugegangen sind, scheint das Problem bei der Kombination eines Opiatagonisten mit einem -antagonisten nicht sehr bedrohlich zu sein (Verordnungszahlen zu Lasten der GKV 2006: circa 90 Millionen DDD). Zu bedenken ist allerdings, dass

- 1.) bei oraler Gabe der Antagonist Naloxon weitgehend infolge eines First-Pass-Effektes inaktiviert wird,
- 2.) auch in der Kombination mit einem Antagonisten immer mit der Möglichkeit eines Missbrauches gerechnet werden muss,
- 3.) eine Verordnung insbesondere bei Jugendlichen nur sehr zurückhaltend gestellt werden sollte und Wiederholungsrezepte in dieser Altersgruppe nur selten indiziert sind.

Quelle: Schreiben des BMG vom 5.5.2008

*Neuere Psychopharmaka***Sehstörungen**

Psychopharmaka können in unterschiedlicher, Arzneistoff- und Dosisabhängiger Häufigkeit Sehstörungen verursachen. Anticholinerge Eigenschaften dieser Arzneistoffe führen z.B. zu Akkomodationsstörungen, Melanin-Arzneistoff-Komplexe zu Kornea- und Linsentrübungen. In einer Facharbeit einer Augenoptikerin wurden Patienten gezielt nach subjektiven Sehstörungen unter der Therapie neuerer Psychopharmaka befragt. 22 von 45 Befragten berichteten unter der Einnahme von Venlafaxin (Trevilor®), 8 von 33 unter Quetiapin, Seroquel® und 3 von 14 unter Risperidon (Risperdal®) über dosisabhängige Störungen wie z.B. verändertes Entfernungssehen, erhöhte Blendempfindlichkeit, Akkomodationsstörungen, Doppelbilder.

Diese nicht repräsentative Umfrage sollte Anlass sein,

- auf diese, die Compliance der Patienten verringernde und die Fahrtauglichkeit beeinflussende UAW gezielt hinzuweisen.
- Häufigkeit und Schwere von Sehstörungen unter neueren Antidepressiva und Neuroleptika in einer klinischen Studie zu untersuchen, denn nach diesen Ergebnissen treten Sehstörungen sehr viel häufiger auf als in den jeweiligen Fachinformationen erwähnt (angegeben ist bei Venlafaxin: „häufig“ = 1:100 bis 1:10 und bei Risperdal: „selten“ = 1:10.000 bis 1:1000; in der Fachinformation von Quetiapin fehlt erstaunlicherweise jeder Hinweis auf UAW am Auge.)

Quelle: Diplomarbeit für Dip.-Ing. Augenoptik, Fachhochschule Jena, Fachbereich SciTec und Universitätsklinikum Mainz, Psychiatrische Klinik, 2007

Anregungen, Vorschläge und insbesondere kritische Anmerkungen aus der Praxis und Klinik zu den Artikeln dieser Serie sind ausdrücklich erwünscht.
Telefon: 0211/4302-1560, Fax: 0211/4302-1588, E-Mail: dr.hopf@aekno.de
Dr. Günter Hopf, ÄK Nordhein, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf

Gutartige Neubildungen des Zentralen Nervensystems meldepflichtig

Neue Regelungen für Krebsmeldungen

Im April 2008 ist für das epidemiologische Gemeinsame Krebsregister (GKR) der Änderungsstaatsvertrag zwischen den beteiligten Ländern Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und den Freistaaten Sachsen und Thüringen in Kraft getreten. Damit sind ab sofort neben der in Berlin seit 2004 bestehenden Meldepflicht für alle bösartigen Neubildungen und deren Frühstadien auch die gutartigen Neubildungen des Zentralnervensystems in die Meldepflicht aufgenommen worden.



Um Meldern auch die Möglichkeit einer elektronischen Meldung zu geben, wird derzeit an einer Erfassungsoftware gearbeitet. Diese wird voraussichtlich im IV. Quartal 2008 fertig gestellt sein und kann beim GKR angefordert werden. Es handelt sich um eine Access-Erfassungsmaske, in die zu dokumentieren ist. Die Datenübermittlung an das GKR hat dann in verschlüsselter Form zu erfolgen. Diese Verfahrensweise eignet sich besonders, wenn eine höhere Anzahl von Meldungen pro Jahr zu erstellen ist.

Mit dieser Erweiterung des Spektrums der zu registrierenden Daten im GKR folgt man den internationalen Empfehlungen des Europäischen Netzwerkes der Krebsregister (ENCR). Zukünftig werden darüber hinaus mit der Erfassung des Diagnoseanlasses auch Informationen zur Inanspruchnahme von organisierten Screeningprogrammen zur Verfügung stehen. Der Änderungsstaatsvertrag regelt zudem die Aufgaben des epidemiologischen Krebsregisters im Rahmen der Evaluation des Mammografiescreenings basierend auf der Krebsfrüherkennungsrichtlinie von 2003.

Um den neuen Anforderungen gerecht zu werden und in kritischer Rückschau auf die bisherigen Unterlagen hat das GKR einen neuen vereinfachten Meldebogen entwickelt, der sämtliche erforderlichen Informationen zum Tumor übersichtlich auf nur einer Seite abfragt.

Erste Reaktionen der Berliner meldenden Ärzte zeigen, dass die Akzeptanz sehr gut ist, was in den Zeiten zunehmenden Dokumentationsaufwandes umso wichtiger für den erfolgreichen Einsatz ist.

Die neuen Meldeunterlagen sind ausschließlich für die direkte Meldung an das GKR vorgesehen. Unberührt davon bleibt bei den betreffenden Einrichtungen der Meldeweg über die regionalen Tumorzentren.

Aktualisiert wurde auf Basis der neuen Meldemodalitäten auch die Richtlinie für die Aufwandsentschädigung (AE): für die Meldung per Meldebogen erhält der meldende Arzt eine AE von 3 €, für eine elektronische Meldung 4 €. Besonderheiten für die Dermatologen: aufgrund der hohen Zahl an Basaliomen wurde hinsichtlich der AE festgelegt, dass lediglich für die Meldung des ersten Basalioms eines Patienten eine AE gezahlt wird. Es werden aber weiterhin alle Basaliome registriert. Diese Vorgehensweise entspricht der anderer Bundesländer.

Sämtliche Meldeunterlagen und Informationen sind über das GKR zu beziehen.

Dr. med. Bettina Eisinger

Gemeinsames Krebsregister
Vertrauensstelle
Tel.: 030 / 56581 315
Fax: 030 / 56581 333
vertrauensstelle@gkr.berlin.de
www.krebsregister-berlin.de

Ärztekammer Berlin: Schärfere Gesetze allein lösen Problem der Genitalverstümmelung nicht

Die Ärztekammer Berlin begrüßt die Initiative der Regierungsfractionen und der Opposition, die Gesetze gegen Genitalverstümmelung verschärfen zu wollen. Der Antrag von Union und SPD sieht unter anderem vor, dass Länder, in denen weibliche Genitalverstümmelungen nicht verboten sind und/oder nicht verfolgt werden, nicht mehr als sichere Herkunftsländer eingestuft werden sollen. Außerdem soll die Verjährungsfrist bei Opfern, die nicht volljährig sind, verlängert werden.

Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz hält die Initiative für sinnvoll, eine Lösung des Problems sei durch schärfere Gesetze aber alleine nicht möglich. Bereits jetzt erfülle die Beschneidung von Mädchen und Frauen den Straftatbestand der Körperverletzung. Die Ärztekammer Berlin hatte in der Vergangenheit im Rahmen ihrer berufsrechtlichen Aufsicht hart durchgegriffen und Strafanzeige gegen einen Berliner Arzt erstattet, der Beschneidungen vorgenommen haben sollte. Solchen Ärzten drohe der Verlust der Approbation. Doch meist seien es nicht Ärzte, die diese „barbarischen Eingriffe“ vornehmen, die mit dem Berufsverständnis eines Arztes in keiner Weise zu vereinbaren sind“, betonte Jonitz. Gleichwohl sei erhöhte Sensibilität von Ärzten für diese Problematik gefordert.

Nach Ansicht des Experten Professor Dr. med. Heribert Kantenich, Chefarzt der Frauenklinik der DRK Kliniken Berlin Westend, ist eine enge

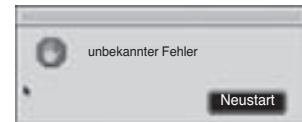
Zusammenarbeit von Hausärzten, Kinderärzten und Gynäkologen mit Beratungseinrichtungen wie zum Beispiel dem Familienplanungszentrum Berlin (FPZ) Balance sinnvoll. Kantenich hatte vor zwei Jahren zusammen mit Kolleginnen und Kollegen in einer Arbeitsgruppe der Bundesärztekammer Empfehlungen für Ärzte im Umgang mit betroffenen Patientinnen erarbeitet. Er rät Ärzten, aktiv bei möglicherweise betroffenen

Frauen nachzufragen, dabei aber deren Schamgrenzen zu wahren.

Die Gynäkologin Christiane Tennhardt, Ärztliche Leiterin von Balance, wünscht sich von Kollegen mehr Bereitschaft, sich mit der Thematik fachlich auseinanderzusetzen. Außerdem sei ein gezieltes Ansprechen von Frauen aus dem so genannten Beschneidungsgürtel, der sich von West- nach Ostafrika zieht, sinnvoll. „Wir fragen diese Frauen auch immer, ob sie

Mädchen geboren haben“, erklärt Tennhardt. Notwendig sei aber eine Bereitschaft der Patientinnen zur aktiven Mitarbeit. Dies erfordere aber oft großen Mut, da sich die Betroffenen damit gleichsam gegen ihre Familien stellen. Trotz dieser Hürde gebe es in den vergangenen Jahren eine deutliche Bewegung, so die Gynäkologin. Das Beratungszentrum Balance ist im Rahmen des Asylverfahrens immer wieder Anlaufstelle für betroffene Frauen.

Kammer warnt vor fehlerhaften Patienteninformations-Portalen



Online-Informations-Portale liefern teilweise falsche, unbrauchbare und unverständliche Informationen. Jüngstes Beispiel ist die kürzlich mit vielen Vorschusslorbeeren gestartete „Weisse Liste“ der Bertelsmann-Stiftung (lesen Sie dazu das Editorial auf Seite 3). Die Ärztekammer Berlin warnt deshalb die Nutzerinnen und Nutzer dieser Portale davor, den Ergebnissen der Arzt- und Kliniksuchsysteme uneingeschränkt zu vertrauen. Selbstgestecktes Ziel der „Weissen Liste“, die u.a. vom Verbraucherzentrale Bundesverband unterstützt wird, ist es, die „Transparenz über die Qualität von Leistungserbringern“ zu verbessern und die „konsequente Ausrichtung auf die Interessen der Patienten und Verbraucher zu fördern“. Auf Grundlage der Qualitätsberichte gem. §137 SGB V der Krankenhäuser werden „verlässliche Informationen über die Qualität der gesundheitlichen Versorgung“ versprochen. Die Recherchen von Dr. med. Henning Schaefer, Leiter des Qualitätsbüros Berlin, kamen aber zu anderen Ergebnissen.

Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz unterstreicht die Wichtigkeit der Struktur- und Leistungsvergleiche von Anbietern im Gesundheitswesen, um Patientinnen und Patienten bei Bedarf mit zusätzlichen Informationen in ihrer Entscheidung für eine Behandlung und einen Behandler nach persönlichen Bedürfnissen zu unterstützen. „Orientierung und Information für Patienten sind dringend notwendig in unserem hochkomplexen Gesundheitssystem. Entscheidungen sind aber nur auf Grundlage von verlässlichen Informationen möglich“, erklärt Jonitz.

Um die Nutzer auf mögliche Fehlinformationen aufgrund der Datenbasis aufmerksam zu machen, fordert der Kammerpräsident deutlich sichtbare Hinweise in den Online-Portalen. Sollten die Betreiber der Suchsysteme dem nicht nachkommen, sei gegebenenfalls der Gesetzgeber gefordert, betonte Jonitz.

Patienteninformation: Dr. Jonitz spricht mit EU-Kommissar Verheugen über Aufweichung des Werbeverbots

Kammerpräsident bekräftigt in Brüssel strikte Ablehnung der Ärzteschaft



Günter Verheugen

Die Ärztekammer Berlin setzt sich weiterhin gegen eine Aufweichung des Werbeverbots für rezeptpflichtige Arzneimittel in Publikumsmedien ein. Dies bekräftigte Berlins Ärztekammer-Präsident Dr. med. Günther Jonitz Ende Juni im Gespräch mit Günter Verheugen, Vizepräsident der EU-Kommission und zuständig für Unternehmen und Industrie, in Brüssel.

Jonitz weiß nicht nur den Deutschen Ärztetag und damit die Bundesärztekammer, sondern auch die Arzneimittel-

kommission der Deutschen Ärzteschaft sowie das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin hinter sich, die sich allesamt klar gegen eine Öffnung der Werbeschleusen positioniert haben. Auch die Bundesregierung hat sich bisher klar dagegen ausgesprochen.

Bislang ist Werbung für rezeptpflichtige Arzneimittel ausschließlich in Publikumsmedien verboten und nur in der medizinischen Fachpresse erlaubt. „Und das“, so Jonitz, „soll auch so bleiben.“ Die Ärzte befürchten nicht nur eine Fehl-Information und Irreleitung der Patienten durch die Industrie, sondern auch einen neuen Nachfrageschub in den Praxen, der angesichts weiterhin knapper Arzneimittelbudgets zu einem nochmaligen Anstieg an konfliktreichen Gesprächen führen würde. Auf Druck der pharmazeutischen Industrie befindet sich für den Herbst 2008 eine EU-Richtlinie in Vorbereitung, die zwar das Werbeverbot für rezeptpflichtige Arzneimittel nicht aufheben, jedoch der Pharmaindustrie die Möglichkeit einräumen will, die Öffentlichkeit direkt mit Informationen über ihre Produkte zu versorgen – was nach Einschätzung der Ärzteschaft letztlich das Werbeverbot aushöhlt.

Auf großes Interesse Verheugens stieß im Brüsseler Gespräch die Anregung des

Berliner Kammerpräsidenten, bei jedweder Arzneimittelkommunikation statistische Angaben zu Risiken grundsätzlich in natürlichen Häufigkeiten zu kommunizieren und hierbei immer das absolute und das relative Risiko zu vermitteln. Laut Jonitz macht es einen großen Unterschied, ob man beispielsweise Frauen sagt, dass von 1000 Frauen innerhalb der nächsten 10 Jahre 4 an Brustkrebs sterben werden, mit Mammographie-Screening hingegen nur 3 – oder ob man sagt, dass sich mit Hilfe eines Mammographie-Screenings das relative Risiko an Brustkrebs zu erkranken um

25 % senken lässt. Diese zwei Angaben zu ein und demselben Sachverhalt haben eine völlig unterschiedliche Wirkung auf den Adressaten. Jonitz verwies auf Forschungsergebnisse des Max-Planck-Instituts für Bildungsforschung (Professor Gerd Gigerenzer), die klar nachweisen, dass Informationen über Risiken in natürlichen Häufigkeiten besser verstanden werden als Prozentangaben zur Wahrscheinlichkeit. Die Ärztekammer Berlin hat dieses Problem der Risikokommunikation bereits im April 2001 intensiv in ihrer Mitgliedschaft kommuniziert.



Dr. med. Sonst nichts.



Dr. med. Günther Jonitz

Seit anderthalb Jahren gilt Bereitschaftsdienst auch an deutschen Kliniken verbindlich als Arbeitszeit. Es sollte Ärzte von Dauerarbeit entlasten. Zwischen Anspruch und Wirklichkeit klafft jedoch häufig noch ein tiefer Spalt.



Schöne

Bereitschaftsdienst ist Arbeitszeit. Das gilt an deutschen Kliniken nun definitiv seit Jahresanfang 2007. Viele Hoffnungen waren damit verbunden. Wenigstens eine ist in Erfüllung gegangen. Die berühmten 36-Stunden-Schichten gehören der Vergangenheit an. Doch das Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) hat längst nicht gehalten, was es versprach. Nach anderthalb Jahren mit neuen Arbeitszeitmodellen sieht es in den meisten Kliniken ganz anders aus, als arbeitszeitrechtlich vorgesehen. Die Tarifverträge wurden zwar den neuen gesetzlichen Bestimmungen angepasst. Aber es gibt kaum ein Krankenhaus, das dabei nicht von den Ausnahmeregelungen des Arbeitszeitgesetzes Gebrauch macht. Die 48-Stunden-Woche steht oft immer noch nur auf dem Papier. „Opt-Out“ heißt das Zauberwort, mit dem 60 Stunden pro Woche zur Regelarbeitszeit werden. Und auch das wiederum nur auf dem Papier. Denn nicht dokumentierte Überstunden und Forschung am Feierabend verlängern die Arbeitswoche mitunter schnell auf 80 Stunden oder mehr.

neue Arbeitszeit?

Von Angela Mißbeck

Kleine Häuser – große Probleme

Die Kliniken haben sich nach dem EuGH-Urteil durchaus bemüht, neue Arbeitszeitmodelle zu entwickeln, die den gesetzlichen Anforderungen entsprechen. Am schwersten tun sich kleine Häuser oder Abteilungen. Die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen erlauben nur selten einen ausreichenden Personalschlüssel. Das bestätigt Matthias Albrecht, vormals Vorsitzender des Marburger Bundes Berlin-Brandenburg und heute Geschäftsführer des Evangelischen Krankenhauses Hubertus. „Die größten Probleme haben die kleinen Einrichtungen“, sagt er. Um die erforderlichen Mindestbesetzungen zum Beispiel in Rettungsstellen zu gewährleisten, greifen die Kleinen deshalb zunehmend auf Ärzte auf Honorarbasis zurück. Doch auch das geht nicht problemlos, denn Ärzte werden selbst in Berlin zunehmend knapp. Andere Kliniken führen fachübergreifende Bereitschaftsdienste ein. Das hält Albrecht für „sehr heikel“. Es sei fraglich, ob der fachfremde Spezialist vor Ort immer erkenne, wann er den entsprechenden Facharzt aus dem Rufdienst herbeiziehen muss, meint der Krankenhausgeschäftsführer aus dem Vorstand der Ärztekammer Berlin. Auch die zunehmend diskutierte Aufgabenverlagerung von Ärzten auf Pflegekräfte stellt aus seiner Sicht keine Lösung dar. Der Arzt muss weiterhin vor Ort sein, die Arbeit anordnen und kontrollieren. Das funktioniert bestenfalls bei Routineaufgaben und ist selbst dann oft so aufwendig, dass er die

Arbeit gleich selbst machen kann. Albrecht bringt es auf den Punkt: „Keiner hat Lust, sich die Nächte um die Ohren zu schlagen. Wenn man das delegieren könnte, hätten wir es schon gemacht.“ Sein Fazit zu den neuen Arbeitszeitregelungen: „Für den Gesundheitsschutz der Ärzte und die Patientensicherheit haben sie ohne Frage etwas gebracht. Was Arbeitszufriedenheit und Lebensqualität betrifft, bin ich mir nicht so sicher.“

Opt-Out als Regel

Bei den beiden großen Berliner Häusern Vivantes und der Charité beschäftigen sich ganze Projektgruppen mit der Umsetzung der Arbeitszeitregelungen für Ärzte. Dabei arbeiten Betriebsrat und Personalabteilung meist zusammen. An der Charité wird derzeit ausgewertet, ob die neuen Arbeitszeitmodelle dem Arbeitsanfall gerecht werden. Ergebnisse sollen am Jahresende vorliegen. Bei Vivantes hat der Betriebsrat einen Arbeitszeit-Ausschuss gegründet. 102 Arzt-Dienstpläne werden dort oder in den Bereichen pro Monat kontrolliert und genehmigt. Seit kurzem gibt es dafür in allen Vivantes-Kliniken einheitliche Richtlinien. „Die Geschäftsführung arbeitet mit uns zusammen. Sie sagt, dass es zu Lasten des Klinikbudgets geht, wenn der Betriebsrat einem Dienstplan nicht zustimmt, weil einzelne Mitarbeiter bereits zu viele Plusstunden auf ihrem Arbeitszeitkonto führen und deshalb eine Einigungsstellenverhandlung stattfindet“, berichtet die Ausschussvorsitzende Ulrike Burchardt. Doch auch dieses Vorgehen hat seine Schatten-



Dr. med. Matthias Albrecht

seiten. Dessen ist sich die Arbeitszeitspezialistin des Vivantes-Betriebsrates bewusst: „Es besteht die Gefahr, dass der Druck des Betriebsrates zum Abbau von Überstunden Gegendruck von Seiten der Chefärzte bewirkt“, sagt Burchardt. In der Folge legen manche Kliniken dem Betriebsrat die Arztdienstpläne einfach nicht mehr vor, oder die Chefärzte verweigern ihre Unterschrift unter die Überstunden-Aufstellung ihrer rangniedrigeren Kollegen. Der Betriebsrat hat zudem den Eindruck gewonnen, dass Ärzte immer häufiger „überredet“ werden, einer 60-Stunden-Woche als Regelarbeitszeit zuzustimmen (Opt-Out), obwohl sie es gar nicht wollen. So haben in manchen Abteilungen Berichten zufolge die Ärzte den Opt-Out zunächst alle abgelehnt, wenige Wochen später aber fast geschlossen zugestimmt.

Wann geschah was?

WIE DER BEREITSCHAFTSDIENST ARBEITSZEIT WURDE

1. Juli 1994

Das deutsche Arbeitszeitgesetz (ArbZG) zur Umsetzung der europäischen Arbeitszeitrichtlinie tritt in Kraft. Gleichzeitig werden darin bereits bestehende Arbeitsschutzregelungen aus verschiedenen anderen Gesetzen erstmalig zusammengefasst.

1. Januar 1996

Nach Ablauf der zweijährigen Übergangsfrist gilt das Arbeitszeitgesetz auch für die Krankenhäuser ohne Einschränkungen. Dort gibt es Probleme, die Dienste so zu organisieren, dass nach einem Tagdienst und einem nächtlichen Bereitschaftsdienst nicht noch ein weiterer Tagdienst geleistet werden muss.

3. Oktober 2000

Der EuGH entscheidet im Rechtsstreit zwischen der Ärztegewerkschaft SIMAP und dem Gesundheitsministerium in der spanischen Provinz Valencia über die Auslegung der Arbeitsschutz-Richtlinien des Europäischen Rates zugunsten der SIMAP, dass Bereitschaftsdienst im Sinn des Arbeitsschutzes als Arbeitszeit zu werten ist. Zugleich gibt der EuGH damit Hinweise zur Auslegung der Europäischen Richtlinien. Obwohl das so genannte SIMAP-Urteil die Rechtslage verbindlich klärte, wird vor den deutschen Arbeitsgerichten weiter darüber gestritten.

Februar bis Juni 2003

Das Bundesarbeitsgericht (BAG) trifft mehrere Entscheidungen zum Bereitschaftsdienst. Nach unterschiedlichen Urteilen vorangegangener Instanzen folgt das BAG in vollem Umfang der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs im SIMAP-Urteil.

9. September 2003

Mit dem so genannten „Norbert Jäger“-Urteil bestätigt der EuGH das SIMAP-Urteil in einem deutschen Rechtsstreit. Damit wird die Auslegung „Bereitschaftsdienst ist Arbeitszeit“ auch für Deutschland als verbindlich anerkannt. Es steht fest, dass das ArbZG geändert werden muss.

26. September 2003

Der Bundestag beschließt mit der Mehrheit von SPD und Bündnis 90/Die Grünen eine Novellierung des Arbeitszeitgesetzes.

17. Oktober 2003

Der Bundesrat lehnt die vom Bundestag beschlossene ArbZG-Novelle ab.

17. Dezember 2003

Der Vermittlungsausschuss von Bundestag und Bundesrat trifft eine Einigung über die ArbZG-Novelle.

1. Januar 2004

Das geänderte Arbeitszeitgesetz tritt in Kraft. Bereitschaftsdienst ist im Sinn des Arbeitsschutzes voll umfänglich Arbeitszeit. Den Krankenhäusern werden zwei Jahre Übergangsfrist zur Anpassung der Tarifverträge und Einführung neuer Arbeitszeitmodelle eingeräumt.

22. September 2004

Die Europäische Kommission schlägt vor, in die EU-Arbeitszeitrichtlinie die Begriffe Bereitschaftsdienst und „inaktive Zeit während des Bereitschaftsdienstes“ einzuführen. Die „inaktive Zeit“ wäre danach nicht als Arbeitszeit anzusehen. Die deutschen Kliniken warten ab.

11. Mai 2005

Das EU-Parlament lehnt die von der Kommission vorgeschlagene Änderung der Arbeitszeitrichtlinie ab. Der Handlungsbedarf in den deutschen Krankenhäusern wächst.

28. Januar 2004

Das Bundesarbeitsgericht stellt klar, dass Bereitschaftsdienste zwar arbeitsschutzrechtlich als Arbeitszeit gelten, sie aber nicht wie normale Arbeitszeit bezahlt werden müssen.

1. Januar 2006

Die auf zwei Jahre begrenzte Übergangsfrist für die deutschen Kliniken ist abgelaufen. Sie wird um ein Jahr verlängert.

1. Januar 2007

Ende der verlängerten Übergangsfrist. Bereitschaftsdienst ist nun auch tarifrechtlich Arbeitszeit.

Juni 2008

Der Rat der europäischen Arbeitsminister beschließt, dass die EU-Arbeitszeitrichtlinie so geändert werden soll, dass Bereitschaftsdienste in aktive und inaktive Phasen unterteilt werden sollen. Bundesarbeitsminister Olaf Scholz signalisiert, dass das deutsche Arbeitszeitgesetz in Sachen Bereitschaftsdienste nicht geändert werden soll. Der EU-Minsterratsbeschluss ruft den Marburger Bund auf den Plan. Er kündigt eine Kampagne an, mit der die Abgeordneten des Europäischen Parlamentes davon überzeugt werden sollen, der geplanten Änderung nicht zuzustimmen.

Wenig Probleme in der Psychiatrie

Vorbildlich wenig Probleme gibt es nach Burchardts Angaben in der Psychiatrie. Dagegen häufen sie sich besonders in den schneidenden Fächern Chirurgie, Orthopädie, Neurochirurgie, in der Anästhesie, den Rettungsstellen und Intensivstationen – überall dort mithin, wo der Arbeitsanfall weniger planbar ist. Burchardt meint: „Da reicht einfach das Personal nicht aus.“ Die Vivantes-Geschäftsführung hat sich – mit diesen Vorwürfen konfrontiert – nicht ausdrücklich dazu geäußert. Sie verweist stattdessen auf die tariflich vereinbarten Regelungen, rund 50 neu besetzte Arztstellen und eine durchschnittliche Arbeitszeit von 48,8 Stunden pro Arzt und Woche. Zudem seien in allen somatischen Kliniken medizinische Dokumentationsassistenten eingeführt worden, die zur spürbaren Entlastung der Ärzte beitragen würden. Manfred Rompf, Personalgeschäftsführer Vivantes: „Unser Ziel ist es, gute Arbeitsbedingungen für Ärzte vorzuhalten, zugleich eine hohe Qualität in der Patientenversorgung zu erhalten und dabei die gesetzlichen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen, die uns als Krankenhaus zu noch mehr Einsparungen zwingen und damit immer weniger Raum lassen. Uns ist bewusst, dass einige Ärzte dennoch mit ihrer Arbeitssituation nicht zufrieden sind.“

Grenze des Personalabbaus

An der Charité hatte die Ärzteinitiative bereits im Winter eine Unmenge undokumentierter Überstunden unter Druck von leitenden Ärzten beklagt. Der Ärztliche Direktor der Charité hatte daraufhin im März alle Ärzte in Leitungsfunktionen aufgefordert, diesen Druck abzustellen. Die Geschäftsführung verweist zudem darauf, dass an allen Kliniken Dienstplan- und Zeiterfassungsverantwortliche eingerichtet worden sind. Das sind in der Regel Oberärzte. Der

Erfolg dieser Maßnahmen bleibt vorerst jedoch dahingestellt. Nach den Eindrücken des Personalrates nehmen die Probleme weiter zu. „Wir wissen, dass die Regelungen nicht überall korrekt eingehalten werden, und auch, dass Überstunden oft nicht dokumentiert werden dürfen“, sagt Kilian Tegethoff vom Charité-Personalrat, der zugleich Berliner MB-Vorsitzender ist. Manche Kliniken könnten Arztdienstpläne nur noch unter größten Schwierigkeiten

gesetzeskonform gestalten. „In immer mehr Kliniken wird klar, dass die Grenze des Personalabbaus erreicht ist“, sagt er. An der Uniklinik kommt ein weiteres Problem hinzu: „Man kann sicher davon ausgehen, dass es noch Jahre dauert, bis Forschungszeiten erfasst werden“, sagt Tegethoff. Der Stellenbedarf würde dadurch nochmals deutlich steigen. Sein Eindruck: Die meisten Ärzte sind prinzipiell zufrieden mit den neuen Arbeitszeitregelungen, auch wenn sie mit

Wo ist was geregelt?

Das Arbeitszeitrecht an deutschen Kliniken ist von drei Regelungsebenen bestimmt. Den definitiven Rahmen gibt die Arbeitszeitrichtlinie der Europäischen Union vor. In diesem Rahmen bewegt sich das deutsche Arbeitszeitgesetz (ArbZG). Die Tarifverträge an den Kliniken und – im Falle kirchlicher Träger – die Arbeitsvertragsrechts-Vereinbarungen (AVR) müssen sich beiden Regelungsebenen unterordnen.

EU-Richtlinie 93/104

Sie definiert, was als Arbeitszeit gilt. Die Regelung besagt sinngemäß, dass der Arbeitnehmer dem Arbeitgeber in dieser Zeit an einem vom Arbeitgeber vorgegebenen Ort zur Verfügung stehen muss.

Arbeitszeitgesetz

Hier sind Tages- und Wochenarbeitszeit und Höchstgrenzen geregelt. Nach §3 ArbZG gelten acht Stunden pro Werktag und 48 Stunden pro Woche als Regelarbeitszeit. Zwischen zwei Arbeitstagen sind mindestens zehn Stunden Pause vorgeschrieben. Eine Ausdehnung der Arbeitszeit auf zehn werktägliche Stunden und 60 Wochenstunden ist möglich, wenn durch Freizeitausgleich innerhalb eines halben Jahres die durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 48 Stunden eingehalten wird. § 7 ArbZG erlaubt tarifvertragliche Vereinbarungen mit mehr als zehn Werktagsstunden. Geht der Dienst über zwölf Stunden hinaus, verlängert sich die anschließend erforderliche Ruhezeit von zehn auf elf Stunden. Unter bestimmten Voraussetzungen kann die durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 48 Stunden auch auf Dauer überschritten werden.

Tarifverträge/AVR-Vereinbarungen

Sie regeln, unter welchen Voraussetzungen die durchschnittlichen 48 Wochenstunden auch dauerhaft überschritten werden dürfen (so genannte Opt-Out-Regelung). Dazu ist eine schriftliche Einwilligung des Arbeitnehmers erforderlich. Zudem muss gewährleistet sein, dass der Gesundheitsschutz der Arbeitnehmer nicht gefährdet wird.

(Arbeits-)Zeit ist relativ

Ein Tag im Leben eines Klinikarztes

24 Stunden sind ein Tag. Aber: Zeit ist relativ. Diese revolutionäre Erkenntnis Albert Einsteins ist für Klinikärzte eine alltägliche Erfahrung. Zwar kommt jedem Menschen ein Tag mal länger und mal kürzer vor. In der Arbeit eines Klinikarztes ist ein Tag aber auch objektiv gesehen unterschiedlich lang. Es kommt darauf an, aus welcher Perspektive man ihn betrachtet.

Ein Beispiel: Dr. Dolittle hat von Sonntagmorgen um 8 Uhr bis Montagmorgen um 8 Uhr Bereitschaftsdienst. Das sind – nach Adam Riese – 24 Stunden. Nach dem Arbeitsschutzrecht sind es ebenfalls 24 Stunden, die voll auf die wöchentliche Regelarbeitszeit von 48 Stunden angerechnet werden. Mit einem zweiten 24-Stunden-Bereitschaftsdienst hätte Dr. Dolittle sein Wochenarbeitspensum bereits erledigt, weil er nicht auf 60 Wochenstunden optiert hat. Doch das tut hier vorerst nichts zur Sache.

Betrachten wir stattdessen zunächst das Arbeitszeitkonto von Dr. Dolittle. Hier sieht der 24-Stunden-Bereitschaftsdienst ganz anders aus. Plötzlich ist der volle Tag mit vormals 24 Stunden auf 11,2 Stunden geschrumpft. Wie das geht? Schritt für Schritt: Auf dem Arbeitszeitkonto wird die tarifliche Arbeitszeit notiert. Das sind 80 Prozent der tatsächlichen Arbeitszeit, denn der Bereitschaftsdienst wird Dr. Dolittle laut Tarifvertrag mit 80 Prozent der normalen Stundenvergütung bezahlt. So sind aus 24 Stunden 19,2 Stunden geworden. Weil Dr. Dolittle am Montag aber nicht seinen „normalen“ 8-Stunden-Frühdienst machen kann, bummelt er die acht Montagsstunden ab. So bleiben – mal wieder nach Adam Riese – 11,2 Stunden. Klar. Oder Nicht?

Hier noch ein Beispiel: Dr. Domuch macht im Röntgen nur Frühdienste und gelegentlich anschließend Bereitschaftsdienst. Er arbeitet zum Beispiel unter der Woche von 8.45 Uhr bis 17.15 Uhr im Frühdienst und hat dann bis zum nächsten Morgen um 8.45 Uhr Bereitschaftsdienst. Dann muss er nach Hause gehen. Das sind acht Stunden tarifliche Arbeitszeit plus 15,5 Stunden Bereitschaftsdienst, die mit 80 Prozent gewertet als 12,4 Stunden tarifliche Arbeitszeit auf dem Arbeitszeitkonto zu Buche schlagen. Weil er am nächsten Morgen aber nach Hause gehen muss, werden ihm acht Stunden wieder abgezogen. Die komplette Rechnung: 8h (Frühdienst) + 12,4h (Bereitschaftsdienst) – 8h (ausgefallener Frühdienst) = 12,4h. Diese Stunden werden dem Freizeit- oder Überstundenkonto gutgeschrieben. Macht er den Bereitschaftsdienst im Anschluss an seine Freitags-Frühschicht, dann bekommt er sogar 20,4 Stunden gut geschrieben. Denn am Samstag bräuhete er ohnehin nicht arbeiten. Also müssen da keine acht Stunden abgezogen werden.

Jetzt ist aber alles klar, oder? Auch warum Ärzte nie Zeit haben: Ein Tag im Leben eines Klinikarztes dauert mithin mal 20,4 Stunden, mal 19,2 Stunden und manchmal auch nur 11,2 Stunden. Und für die, die es immer noch nicht verstanden haben: Zeit ist eben relativ. Auch Albert Einsteins Theorie war nicht so leicht zu verstehen. Weshalb also sollte ein Klinikarzt sein Arbeitszeitkonto und seine Abrechnung verstehen?!

finanziellen Einbußen verbunden sind. „Da geht der Gesundheitsschutz für Patienten und Mitarbeiter eindeutig vor“, sagt Tegethoff. Dass die Realität oft anders aussieht als die gesetzlichen Vorgaben, liegt nach Auffassung des Berliner MB-Chefs am Finanzmangel: „Über allem steht das Diktat, dass nicht genug Geld da ist.“

Auf Hinweise angewiesen

Bei groben oder dauerhaften Verstößen gegen die Arbeitszeitregelungen arbeitet der Charité-Personalrat mit der Aufsichtsbehörde LAGetSi (Landesamt für Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz und technische Sicherheit) zusammen. Die Behörde soll die Einhaltung der Arbeitszeitbestimmungen an Berliner Kliniken überwachen. Dass dies nicht umfassend machbar ist, liegt auf der Hand. Also ist das LaGetSi auf Hinweise aus den Kliniken angewiesen. Es kann aber erst offiziell tätig werden, wenn ihr eine namentliche Beschwerde vorliegt. Und hier liegt das Problem: „Die Beschwerdeführer fehlen. Wir bekommen keine eidesstaatliche Versicherung eines betroffenen Arztes, weil das in vielen Fällen einer Kündigung gleichkäme“, sagt der LaGetSi-Sprecher Robert Rath. Zudem müssten Klinikleitungen nicht für alles verantwortlich sein, für das sie verantwortlich gemacht würden. Es sei immer die Frage, ob die illegale Mehrarbeit erbracht wurde, weil sie angeordnet wurde, weil sie notwendig war oder aus persönlichem Berufsethos.

Tatsächlich ist in den Krankenhäusern oft genug gar kein Druck von oben mehr nötig, damit Ärzte gesetzeswidrige Überstunden machen. Der Druck des Faktischen reicht aus. Es fehlt einfach das Personal, und dann steht der Arzt, der nach 24 Stunden Dienst nun wirklich nach Hause gehen müsste, eben bei der nächsten Operation wieder am Tisch, weil kein anderer da ist. Das muss er zwar, aber er darf es nicht, und deshalb schreibt er die Überstunden freiwillig gar nicht erst auf. Hat die Klinik ein elek-

tronisches Zeiterfassungssystem, ist die Dokumentation der illegalen Arbeitszeiten schon rein technisch nicht möglich.

Fazit

In keiner Berufsgruppe leiden so viele Menschen am Burn-Out-Syndrom wie unter Ärzten. Auch bei den Scheidungsraten besetzt die Berufsgruppe der Ärzte einen unrühmlichen Spitzenplatz. Auf diese Probleme hat der Präsident der Berliner Ärztekammer, Dr. Günther Jonitz, bereits beim Ärztetag 1998 hingewiesen. Bis heute hat sich daran kaum etwas geändert. Verbessert hat das EuGH-Urteil zwar die Rechtslage, aber kaum die Arbeitsbedingungen der Klinikärzte. Work-Life-Balance bleibt nach wie vor ein Fremdwort. Und noch immer gilt der Spruch: Eine Arzthehefrau ist entweder sehr geduldig oder irgendwann weg. Ärztinnen stehen zumeist gleich vor der Wahl: Beruf oder Familie. Auch wenn sich Krankenhäuser immer mehr bemühen, familienfreundliche Arbeitsbedingungen zu ermöglichen, stoßen sie an ihre Grenzen. Der Finanzdruck ist oft zu stark, um ausreichend viele Ärzte einzustellen. In der Folge verliert der Arztberuf weiterhin an Attraktivität. Viele jungen Medizine-



Dr. med. Kilian Tegethoff

rinnen und Mediziner scheuen die Arbeitsbedingungen in der Patientenversorgung und entscheiden sich stattdessen für eine medizinische Tätigkeit mit geregelten Arbeitszeiten in anderen Bereichen oder im Ausland, die oft auch noch besser bezahlt ist. Das erhöht erneut den Druck auf die Kollegen in Kliniken und Praxen. Sie bekommen den geballten Finanzdruck des gesamten Systems zu spüren.

In der Bundespolitik scheint dieses Problem noch nicht deutlich genug geworden zu sein. Gesundheitsministerin Ulla Schmidt hat nun immerhin eine Reform der Klinikfinanzierung angekündigt, bei der tariflich bedingte Personalkostensteigerungen wenigstens teilweise refinanziert werden sollen. Den Klinikärzten muss es jedoch wie eine Farce erscheinen, dass Schmidt zwar ein Förderprogramm zur Einstellung von Pflegekräften anstoßen will, im Übrigen aber lediglich auf eine stärkere Delegation ärztlicher Leistungen setzt.

Verfasserin:

Angela Mißbeck
Fachjournalistin für Gesundheitspolitik



Delegierte verabschieden neu gestalteten Tätigkeitsbericht

Bericht von der Delegiertenversammlung am 2. Juli 2008

Die Tagesordnung der letzten Delegiertenversammlung vor der Sommerpause hat durch ihre Übersichtlichkeit bestochen. Mit lediglich zwei konkreten Tagesordnungspunkten mussten sich die Delegierten am 2. Juli beschäftigen. Einer davon war die Verabschiedung des Tätigkeitsberichts 2007, der erstmals in neuer Form und mit geschärftem Inhalt präsentiert wird. Daneben wurden zwei Positionen im Krankenhausausschuss neu besetzt.

Von Sascha Rudat

Der Tätigkeitsbericht des Vorstandes 2007 der Ärztekammer Berlin war in diesem Jahr erstmals nach langer Zeit einer redaktionellen Runderneuerung unterzogen worden. Das Werk kommt nun nicht nur optisch ansprechender und erstmals farbig daher, auch wurde es sprachlich neu gestaltet. Der Inhalt ist zugespitzter und flotter formuliert, alle wesentlichen Fakten wurden in farbigen Informationskästen ausgeworfen und in übersichtlichen Graphiken und Tabellen aufbereitet. Dadurch können Leser die wichtigsten Entwicklungen und Ergebnisse der Kammerarbeit schneller erfassen als bisher.

Neu sind auch farbig abgesetzte Kästen, in denen zu allen Berichten der Fachabteilungen die ehrenamtlichen Gremien mit ihren entsprechenden Arbeitsaufgaben erläutert werden. Im Anhang werden 2007 erstmals alle ärztlichen Ausschussmitglieder, die derzeit für die Kammer tätig sind, namentlich genannt. Geblieben ist der praktische Schlagwortindex, den die Kammer bereits seit einigen Jahren verwendet. Der Bericht geht in diesem Jahr allen ehrenamtlichen Mitarbeitern der Kammer als Druckversion zu. Für die Öffentlichkeit ist er – wie bereits zuvor – im Internet-Auftritt der Ärztekammer Berlin als PDF-Datei abrufbar.

Die Delegierten nahmen einige kleinere redaktionelle Änderungen am Tätigkeitsbericht vor. Volker Pickerodt (Fraktion Gesundheit) merkte u.a. an, dass aus seiner Sicht die Arbeit des Vorstandes und des Präsidenten zu positiv dargestellt sei.

Außerdem werde dem Thema Qualitätssicherung zu viel, der wirtschaftlichen Situation der Kammer hingegen zu wenig Platz eingeräumt. Die Delegierten verabschiedeten den Tätigkeitsbericht schließlich einstimmig bei Enthaltung der Delegierten der Fraktion Gesundheit.

Veelken neu in der DV

Darüber hinaus wurden Eva Müller-Dannecker und Julian Veelken (beide Fraktion Gesundheit) einstimmig in den Krankenhausausschuss gewählt. Die Nachwahl war notwendig geworden, nachdem zwei Ausschussmitglieder aus den Reihen der Fraktion Gesundheit ihr Amt niedergelegt hatten.



Foto: Rudat

Der Neurochirurg Julian Veelken ist auch neu in der DV. Er rückt an die Stelle des Chirurgen Wolfgang Albers, der als gesundheits- und wissenschaftspolitischer Sprecher der Partei Die Linke im Abgeordnetenhaus tätig ist.

BÄV-Ausschüsse arbeiten weiter

Kammerpräsident Günther Jonitz (Marburger Bund) erläuterte den Delegierten, dass aufgrund des bestehenden Berliner Kammergesetzes der Aufsichts- und der Verwaltungsausschuss der Berliner Ärzteversorgung (BÄV) in unveränderter Besetzung weiterarbeiten. Zu Beginn der



Legislaturperiode wurden diese durch DV-Beschluss im Amt bestätigt. Dieses Vorgehen wird von der Aufsichtsbehörde der Kammer, der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, für vertretbar gehalten. Zumindest vorerst sei keine Neuwahl der Gremien vorgesehen.

Außerdem informierte Jonitz über den aus Berliner Sicht erfolgreichen 111. Deutschen Ärztetag in Ulm sowie über den ersten Kammertag im Juni. Der Kammerpräsident stellte den Delegierten daneben den aktuellen Sachstand des geschützten Online-Portals für Kammermitglieder dar. Über dieses Portal können Informationen rund um die Uhr abgefragt werden, u.a. das aktuelle Fortbildungspunktekonto. Dieses sei ein extrem aufwendiger Vorgang, weil die Ärztekammer Berlin hier den derzeit höchsten bundesweit verfügbaren Datenschutzgrad anbietet. Dazu werden alle Kammermitglieder angeschrieben. Sie können sich dann über das so genannten PostIdent-Verfahren anmelden.

Vorgang	26. Mai	30. Juni
1. Brief	5.700	20.631
2. Brief, nachdem PostIdent erfolgreich durchgeführt wurde	365	1.907
im Portal erfolgreich angemeldet	162	1.256

Es würden im Durchschnitt circa 3.000 Kammermitglieder pro Woche ange-

schrieben. Bis zum 31. Juli sollte an alle Kammermitglieder der 1. Brief versandt werden. Der Präsident dankte der Geschäftsführung und den Kammermitarbeiterinnen und -mitarbeitern für das nach seiner Einschätzung sehr aufwendige Projekt. BERLINER ÄRZTE wird über den aktuellen Stand im September-Heft ausführlich berichten.

Jonitz berichtete weiter über das Aktionsbündnis „Rettung der Krankenhäuser“ unter dem Motto „Lichter aus im Krankenhaus?“, an dem unter vielen anderen auch die Bundesärztekammer beteiligt ist. Das Bündnis stellt an Bundesregierung und Bundestag die Forderung, die Kliniken vom Spar-Diktat zu befreien und mit geeigneten finanziellen Mitteln eine hochwertige medizinische Versorgung der

Patienten zu sichern. Am 25. September soll eine Großdemonstration in Berlin stattfinden, falls die politischen Entscheidungsträger ihrer Verantwortung nicht gerecht würden. Der Präsident warb für eine zahlreiche Teilnahme, um so zu zeigen, dass die Ärzte nicht stillhalten, sondern ihren Protest zum Ausdruck bringen werden.

Internationaler Austausch zur Qualitätssicherung

Wie Jonitz weiter informierte, wird der weltweit größte Kongress zum Thema Qualität und Patientensicherheit, das „International Forum on Quality and Safety in Healthcare“ des British Medical Journal und des Institute for Healthcare Improvement der Harvard University, im

März 2009 nach Berlin kommen. Der Kongress, der im Frühjahr 2008 in Paris stattfand, zählte mit 2.200 Besuchern aus 60 Nationen so viele Teilnehmer wie noch nie zuvor. Ziel sei es, möglichst viele gute Beiträge aus Berlin und Deutschland für den Kongress vorzubereiten. Die Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Berlin sei ausdrücklich erwünscht.

Abschließend berichtete der Kammerpräsident von einem Gespräch mit dem Vizepräsidenten der EU-Kommission, Günter Verheugen, am 27. Juni in Brüssel über die Aufweichung des Werbeverbots für rezeptpflichtige Arzneimittel in Publikumsmedien. Lesen Sie dazu die Meldung auf Seite 13. *srd*

In memoriam Otto Helfer

Am 29. April 2008 verstarb der langjährige Hygienereferent Dr. med. Otto Helfer, zuständig für das Gesundheitswesen der Senatsverwaltung des Landes Berlin.

Er wurde als Sohn des Biologen und späteren Präsidenten des Instituts für Wasser-, Boden- Lufthygiene Dr. phil. Hermann Helfer (1885-1954) und seiner Ehefrau Elisabeth geb. Doerrer am 20. Juli 1913 in Bonn geboren.

1933 legte er am Steglitzer Gymnasium die Reifeprüfung ab. Nach kurzem Studium an der Philosophischen Fakultät der Universität in Berlin meldete er sich 1934 als Sanitätsoffiziersbewerber bei der preußischen Landespolizei. Nach einer Dienstverpflichtung auf 12 Jahre wurde der Fahnenjunker (San.) zum Oberwachmeister ernannt. Nach Gründung der Militärärztlichen Akademie wurde er Fähnrich der Wehrmacht und studierte an den Universitäten Berlin, Würzburg und München. 1939 erhielt er die Approbation. 1941 wurde er von der Medizinischen Fakultät in Berlin mit einer Dissertation zur Geschichte der Knochenbrüche promoviert.

Ab August 1939 wurde Helfer zum Assistenzarzt, ab September 1941 zum Oberarzt und im Februar 1942 zum Stabsarzt befördert, als solcher wurde er im Januar 1946 aus britischer Kriegsgefangenschaft entlassen. Ab Februar 1940 war er Polizeiarzt in Hamburg. Von dort wechselte er 1947 als Hauptreferent an das Landesgesundheitsamt Berlin. Da Helfer nicht im Besitz des Amtsarztexamins war, konnte er zur Zeit der beginnenden Spaltung an einem Sonderlehrgang an der Akademie für ärztliche Fortbildung in Lichtenberg teilnehmen und erhielt im Februar 1951 das Befähigungszeugnis für die Bekleidung einer Amtsarztstelle.

In dieser Zeit spielten die Nebentätigkeiten, insbesondere die Ausübung der ärztlichen Praxis, eine große Rolle. Helfer wurden die entsprechenden Genehmigungen in unterschiedlicher Form erteilt. Zeitweise war er Vertrauens- bzw. Betriebsarzt der Berliner Wasserwerke. Zeitweise war er Prüfungsvorsitzender bei Staatsexamen der Medizinalfachberufe. In diesem Zusammenhang gab er

im Verlag von Walter de Gruyter gemeinsam mit der Oberin Berta Kaboit (1897-1983) eine „Kleine Gesetzeskunde zum Gebrauch für Krankenpflegeschulen und Krankenschwestern“ sowie „Männer der Medizin“, die mehrere Auflagen erlebten, heraus.

Der begeisterte Sportler war sowohl in der Sportärztlichen Beratungsstelle Tiergarten als auch im Vorstand des Berliner Sportärztebundes engagiert.

Helfer war Leiter des Referates für Hygiene, das sich mit den Aufgaben Wasser-, Boden-, Luft-, Wohnungs-, Siedlungs-, Grundstückshygiene, Bestattungswesen, Verkehrsmedizin und auch Überwachung der Umweltradioaktivität beschäftigte. Die einzelnen Fachgebiete wurden immer umfangreicher. Bei der Bildung des Senats 1972 wurde unter Ausgliederung zahlreicher Aufgaben aus dem Referat für Hygiene eine Abteilung für Umweltschutz unter der Leitung eines Juristen gebildet.

Helfer war 1962 zum Medizinaldirektor und 1969 zum Leitenden Medizinaldirektor befördert worden. 1975 wurde er in den Ruhestand versetzt.

Dr. med. Dr. phil. Manfred Stürzbecher



Ärztekammer Berlin setzt Berufsrecht konsequent um

An dieser Stelle möchte BERLINER ÄRZTE den Leserinnen und Lesern die Kernaufgaben der Ärztekammer Berlin in einer losen Serie in kompakter Form vorstellen. Wir beginnen in dieser Ausgabe mit den Sanktionsmöglichkeiten der Berufsaufsicht. Gemäß ihrem gesetzlichen Auftrag geht die Kammer Vorwürfen von Patienten, Kollegen oder Dritten nach und prüft, ob ein Sachverhalt vorliegt, aus dem sich ein Verstoß gegen die Berufspflichten ergibt. Die Kammer nimmt dabei gleichzeitig die beruflichen Belange der betroffenen Ärzte wahr und versucht, diese vor unbegründeten Beschuldigungen und Angriffen zu schützen.

Bei begründeten Vorwürfen greift die Kammer im Sinne des Patientenschutzes konsequent durch. So wurden in den letzten fünf Jahren rund **70 förmliche Untersuchungsverfahren** durch den Kammer-

vorstand eingeleitet. Daraus entstanden **30 berufsgerichtliche Verfahren**. Daneben wurden vom Vorstand **rund 120 Rügen** erteilt und circa 30 Missbilligungen ausgesprochen.

Die Untersuchungsverfahren waren vor allem begründet durch:

- den Verdacht auf berufsrechtswidrige Annahme von Vorteilen,
- den Verdacht auf Ausstellen von Gefälligkeitsbescheinigungen,
- den Verdacht auf Abrechnungsbetrug,
- den Verdacht auf sexuellen Missbrauch von Patientinnen und Patienten,
- den Verdacht auf schwerwiegende Behandlungsfehler.

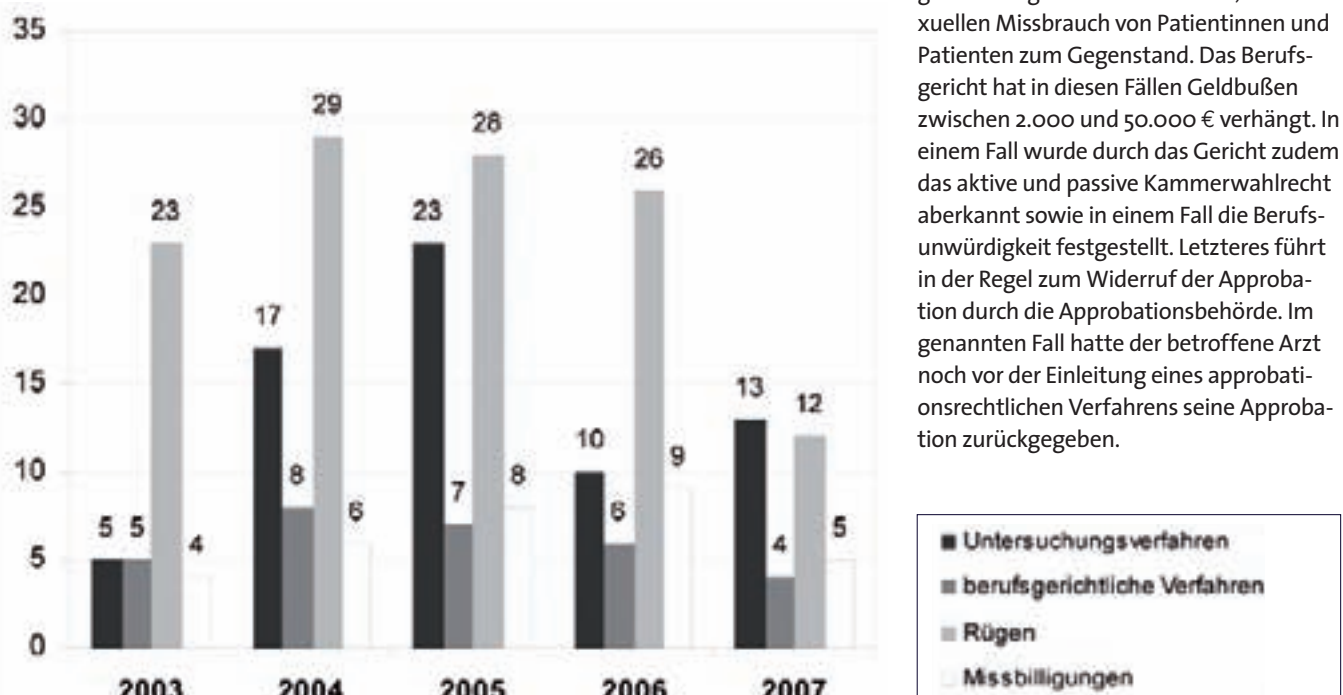
Die vom Vorstand ausgesprochenen Rügen, die mit Geldauflagen zwischen

300 und 5.000 € verbunden wurden, waren vor allem begründet durch erheblich verspätet oder gar nicht erstellte Befundberichte und Gutachten sowie die missbräuchliche Verwendung von akademischen Graden und Bezeichnungen nach der Weiterbildungsordnung.

Den ausgesprochenen Missbilligungen lagen vor allem Abrechnungsbetrugsfälle zugrunde, die bereits strafrechtlich geahndet worden waren und bei denen deshalb, zum Beispiel wegen fehlender Wiederholungsgefahr, kein so genannter berufsrechtlicher Überhang, das heißt kein Bedürfnis für ein über das Strafverfahren hinausgehendes berufsrechtliches Verfahren mehr bestand.

Die aus den förmlichen Untersuchungsverfahren hervorgegangenen berufsgerichtlichen Verfahren hatten vor allem schwerwiegende Pflichtverletzungen wie Abrechnungsbetrug, wiederholte schwerwiegende Behandlungsfehler, wiederholte mangelnde Aufklärung mit schwerwiegenden Folgen für die Patienten, sowie sexuellen Missbrauch von Patientinnen und Patienten zum Gegenstand. Das Berufsgericht hat in diesen Fällen Geldbußen zwischen 2.000 und 50.000 € verhängt. In einem Fall wurde durch das Gericht zudem das aktive und passive Kammerwahlrecht aberkannt sowie in einem Fall die Berufsunwürdigkeit festgestellt. Letzteres führt in der Regel zum Widerruf der Approbation durch die Approbationsbehörde. Im genannten Fall hatte der betroffene Arzt noch vor der Einleitung eines approbationsrechtlichen Verfahrens seine Approbation zurückgegeben.

Berufsrechtliche Maßnahmen in den Jahren 2003 – 2007



Berufsgerichtliche Verfahren ziehen sich in der Regel wegen der langen Bearbeitungszeiten durch das Verwaltungsgericht über mehrere Jahre hin. Noch länger dauern die Verfahren im Falle der Einlegung von Rechtsmitteln durch die beschuldigten Ärzte. In etwa wird ein Viertel der Verfahren durch Rechtsmittel angegriffen. Der personelle und zeitliche Aufwand der Kammer für die Durchführung berufsgerichtlicher Verfahren ist also immens.

Setzt man die Gesamtzahl der in den letzten fünf Jahren bei der Ärztekammer eingegangenen circa 7.500 Beschwerden zu den in dieser Zeit eingeleiteten 250 berufsrechtlichen Maßnahmen ins Ver-

hältnis, so wird deutlich, dass lediglich ein sehr geringer Teil der Beschwerden zu berufsrechtlichen Verfahren führt. Dies ist zum einen dadurch begründet, dass nur ein sehr geringer Teil der Berliner Ärzte überhaupt mit dem ärztlichen Berufsrecht in Konflikt gerät. Zum anderen werden vom Vorstand der Ärztekammer nicht bei jedem berufsrechtlichen Verstoß sofort Maßnahmen eingeleitet. Erforderlich werden berufsrechtliche Maßnahmen bei schwerwiegenden und wiederholten Pflichtverletzungen. Generell führen Verstöße gegen das ärztliche Berufsrecht zu berufsrechtlichen Maßnahmen, wenn aufgrund der im Raum stehenden Pflichtverletzungen auch in Zukunft die Gefährdung von

Patienten zu befürchten ist. Sofern erforderlich schaltet die Ärztekammer in solchen Fällen zudem die für die Gefahrenabwehr zuständigen Ordnungsbehörden ein.

Nach allem wird deutlich, dass eine durch die Ärztekammer konsequent durchgeführte Berufsaufsicht nicht nur dem Patientenschutz dient, sondern auch diejenigen Ärzte in ihrem Ansehen und bei ihrer Berufsausübung schützt, die ihren Beruf gewissenhaft ausüben – und das ist die große Mehrheit der in Berlin tätigen Ärztinnen und Ärzte.

Abt. Berufs- und Satzungsrecht der ÄKB

Zum Andenken an Burghard Stück



Foto: privat

Am 26. März 2008 verstarb in Berlin der Kinderarzt und Immunologe Prof. Dr. med. Burghard Stück nach langer schwerer Krankheit.

Als Sohn des Chirurgen Dr. Fritz Stück und seiner Ehefrau Gertrud geb. Eichler wurde er am 22. März 1929 in Tangermünde als ältestes von vier Kinder geboren. In seiner Vaterstadt besuchte er von 1935-1939 die Volksschule, anschließend, bis Februar 1945, das Gymnasium. Nach einjähriger Unterbrechung beendete er die Schulbildung am Gymnasium der Franckeschen Stiftung in Halle 1948 mit dem Abitur. Ab Sommersemester 1949 studierte er an der Freien Universität Berlin Medizin und legte am 20. Dezember 1954 das Staatsexamen ab. Mit einer bei Heinrich Wiesner angefertigten

Dissertation „Zur Bedeutung des Anti-Streptolysin-Titers bei Scharlach“ wurde er 1955 promoviert.

Pflichtassistent war er an der Neurologischen Abteilung des Städt. Wenckebach-Krankenhauses und der Universitätskinderklinik der Freien Universität, wo er nach der Approbation 1956 planmäßiger Assistent wurde. Er beschäftigte sich mit Neugeborenenenerkrankungen und Immunologie. Für vier Monate wurde er an die Isotopen-Abteilung der I. Medizinischen Abteilung in Westend zu Studien über den diaplacentaren Übergang von Eiweißkörpern bei Kaninchen beurlaubt.

1962-1964 erhielt er ein Nato-Stipendium für Studien zur experimentellen Tumor-Immunologie an das Sloan-Kettering-Institut for Cancer Research in New York. 1966 erfolgte die Habilitation an der Freien Universität Berlin auf Grund von „Untersuchungen zum Nachweis

tumorspezifischer Immunitätsreaktionen am Modell eines chemisch induzierten Fibrosarkoms an der Maus“.

Die Ernennung zum Professor erfolgte 1970. 1972-1974 war er Fachbereichsvorsitzender „Außenkliniken“.

Von 1974-1994 arbeitet er als Chefarzt der Inneren und Infektionsabteilung der Städt. Kinderklinik Wedding. 1977 wurde er Mitglied der Ständigen Impfkommision beim Robert Koch-Instituts sowie des Immunisierungsausschusses der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten und der WHO „European Regional Commission for the Certification of Poliomyelitis Eradication“ bis 1998. Von 1992-2004 wirkte er als Präsident des Deutschen Grünen Kreuzes und wurde anschließend zum Ehrenpräsidenten ernannt.

Burghard Stück war ein zurückhaltender, freundlicher, immer hilfsbereiter Kollege mit großem Interesse an klassischer Musik.

Dr. med. Dr. phil. Manfred Stürzbecher

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 Interessensschwerpunkten orientierte Veranstaltungsauswahl weit im Voraus.

Termine	Thema/ Referenten	Veranstaltungsort	Information/ Gebühr	Fortbildungspunkte
<p>■ Bitte beachten: NEUER KURS 01.09.–06.09.2008 10.11.–15.11.2008 15.–12.–20.12.2008</p>	<p>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)</p>	<p>Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin</p>	<p>Information: Tel.: 40806-1400 E-Mail: QM-Kurs2008@aekb.de</p>	<p>50 P pro Modul</p>
<p>■ 08.09.–17.09.2008 (Kursteil A1) 17.09.–26.09.2008 (Kursteil A2)</p>	<p>Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin</p>	<p>Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin</p>	<p>Information: E-Mail: aag@aekb.de Telefon: 40806-1301 Anmeldung erforderlich! Gebühren: Kurs A gesamt: 920 € Kurse A1 und A2 getrennt: je 460 €</p>	
<p>■ 27.09.2008</p>	<p>Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde im Strahlenschutz für die Röntgendiagnostik nach Röntgenverordnung (8 Stunden)</p>	<p>Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin</p>	<p>Information: E-Mail: aag@aekb.de Telefon: 40806-1301 Anmeldung erforderlich! Gebühren: 130 €</p>	<p>9 P</p>
<p>■ 12.09./13.09.2008</p>	<p>Behandlung psychisch reaktiver Traumafolgen bei traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern (Weitere Informationen s. S. 4)</p>	<p>Haus der Diakonie Paulsenstr. 55-56 12163 Berlin</p>	<p>Information: Frau Hofmann-Britz Psychotherapeutenkammer Berlin Tel.: 8871400 Fax: 88714040 Anmeldung bis zum 15.08.2008 erforderlich! Gebühren: 220 €</p>	<p>20 P</p>
<p>■ 17.10./18.10.2008</p>	<p>Diagnostik und Behandlungsaspekte bei traumatisierten Flüchtlingskindern und -jugendlichen (Weitere Informationen s. S. 9)</p>	<p>Haus der Diakonie Paulsenstr. 55-56 12163 Berlin</p>	<p>Information: Frau Hofmann-Britz Psychotherapeutenkammer Berlin Tel.: 8871400 Fax: 88714040 Anmeldung bis zum 15.09.2008 erforderlich! Gebühren: 220 €</p>	<p>20 P</p>
<p>■ 11.10.2008</p>	<p>Qualitätsmanagement – Basiskurs für Einsteiger</p>	<p>Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin</p>	<p>Information: Frau Drendel Tel.: 40806-1402 E-Mail: r.drendel@aekb.de Anmeldung erforderlich! Gebühren: 90 €</p>	<p>10 P</p>
<p>■ 22.10.2008 (Aufaktveranstaltung)</p>	<p>Qualitätszirkel – Aufbau von Qualitätsmanagement in Praxen (Weitere Informationen s. S. 6)</p>	<p>Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin</p>	<p>Information: Frau Drendel Tel.: 40806-1402 E-Mail: r.drendel@aekb.de Anmeldung erforderlich!</p>	<p>3 P (pro Veranstaltungstermin)</p>

Fortbildungspunktekonten

Mit Barcode-Etiketten gut und schnell zum Punktekonto

Innerhalb des Mitgliederportals der Ärztekammer Berlin ([www.aerztekammer-berlin.de/Menuepunkt „Mitglieder-Portal“](http://www.aerztekammer-berlin.de/Menuepunkt_Mitglieder-Portal)) wurde die individuelle Zugangsmöglichkeit zum „Online-Fortbildungspunktekonto“ zwischenzeitlich erfolgreich freigeschaltet. Das Online-Fortbildungskonto bietet Ihnen, liebe Kammermitglieder, aber auch uns, der Ärztekammer Berlin, deutliche Vorteile: Zeitnahe Übersicht der besuchten Veranstaltungen und registrierten Fortbildungspunkte, jederzeitiger Zugriff auf Ihre Fortbildungsdaten – lediglich ein Computer mit Internet-Zugang ist erforderlich – sowie Sortier- und Druckfunktionen, um die wichtigsten Punkte zu nennen.



Beispiel eines Barcode-Etiketts
(verfremdete Ziffernfolge)

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

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

Erfreulicherweise verwenden Sie und Ihre Kolleginnen und Kollegen immer häufiger die seit über zwei Jahren geläufigen Barcode-Etiketten mit der kodierten Fortbildungsnummer, dennoch erhalten wir rund 30 Prozent der Teilnehmerlisten weiterhin ohne Barcode-Etiketten, dafür aber mit teilweise unleserlichen handschriftlichen Einträgen. Die damit verbundenen Dechiffrierleistungen übersteigen die personellen Ressourcen erheblich, daher erfassen wir diese Einträge nicht mehr. Ähnlich problematisch gestalten sich auch Teilnahmebescheinigungen, die wir immer wieder einzeln und ohne Anschreiben oder Kommentar per Post oder Fax erhalten.

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

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

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

Ihre Arbeitseinheit Fortbildung der Ärztekammer Berlin

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

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

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 Versorgungen 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: fb-veranstaltungen@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.

Weiterbildungskurs Pädiatrie zum Facharzt für Allgemeinmedizin

(nach WbO 1994 – 3)

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

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

Termine: 18.09.2008, 09.10.2008, 06.11.2008

Theoriekurs: jeweils donnerstags 19.00 – 21.15 Uhr

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Gesamtgebühr: 550,- Euro

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

Alles neu? – Alles neu!

Deutlich einfachere und klare Regelungen zur Erteilung der Weiterbildungsbefugnisse

Die Weiterbildungsordnung ist über die Jahre ein immer komplexeres Werk geworden. Das trifft in besonderem Maße auf das Thema Befugnisse zur Leitung der Weiterbildung zu. Dieses begleitet die neue Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin seit dem Beschluss zur Einführung. Ein neues EDV-Programm wurde ebenso geschaffen wie die Möglichkeit der Online-Beantragung. Nun kann ein EDV-Programm und sei es noch so teuer und komfortabel, natürlich nur das abbilden, was sich in der Realität darstellt. Und genau hier liegt des Pudels Kern. Inzwischen sind eben bis zu 9 gemeinsame Befugnisse (9 Personen) an bis zu 9 Standorten (Verbund) beantragt worden. Alle mussten natürlich gleichzeitig bei der Ärztekammer Berlin eingehen, mussten identische Angaben beinhalten und mussten auch ein stimmiges, auf die Weiterbildungsordnung abgestimmtes Programm vorlegen. Schon beim Lesen wird klar, dass dies nicht machbar ist. Bedenkt man dann die früher gefassten Beschlüsse der Weiterbildungsausschüsse zu den Befugnissen (z.B. bei Erstbefugnis begrenzte Weiterbildungsbefugnis auf 12 Monate oder Benennung eines Stellvertreters), so wird die zusätzliche hohe Regeldichte deutlich.

Im zurückliegenden Jahr haben 20.000 Anruferinnen und Anrufer die Nummern des Service-Telefons der Abteilung Weiterbildung/Ärztliche Stelle genutzt. Bezieht man die Zahl der E-Mails mit ein und berücksichtigt, dass eine große Zahl von ihnen Nachfragen zum Thema Befugnisse hatte, ergibt sich allein daraus die Schlussfolgerung und zwingende Notwendigkeit, das bisherige Verfahren auf eine neue Grundlage zu stellen. Der Vorstand der Ärztekammer Berlin hat sich intensiv und regelmäßig mit der Problematik befasst. Auf einer außerplanmäßigen Sitzung hat er nun beschlossen, zukünftig eine den neuen Bedingungen Rechnung tragende Verfahrensweise zu etablieren.

Qualifikation des Weiterbildungsbefugten im Mittelpunkt

So wird es eine Abkehr von gemeinsamen und/oder Verbundbefugnissen geben. Die Befugnis orientiert sich vielmehr an der Qualifikation der Antragstellerin/des Antragstellers. Das neue Antragsformular wird sich auf wenige, aber entscheidende und aussagekräftige Daten beschränken. Neu wird sein, dass alle Antragsteller in einem unmissverständlich formulierten Begleitschreiben auf ihre Rechte, Pflichten und Aufgaben hingewiesen werden. Ein dritter Teil des Antrages wird das gegliederte Programm zur Weiterbildung sein (siehe § 5 Abs. 5 der Weiterbildungsordnung). Dieses Programm orientiert sich an den qualitativen Anforderungen der Richtlinien und den quantitativen Richtzahlen. Diese sind als elektronisches Dokument bei jedem Antrag hinterlegt und können sofort ausgefüllt werden. Eine essayistische Darstellung kann den Antrag ergänzen. Die explizite Benennung eines Stellvertreters entfällt in der Zukunft ebenso, wie die bisherigen zeitlichen Befristungen bei neu gestellten Befugnis-Anträgen. Die individuelle Verantwortung des einzelnen zur Leitung der Weiterbildung Befugten wird deutlich gestärkt. Sie/er ist für die in Weiterbildungsgesetz, Weiterbildungsordnung und Richtlinien verankerten Ziele verantwortlich und trifft entsprechende Vorkehrungen. Dazu zählen z.B. auch individuelle Absprachen, Verträge oder Kooperationen zu Teilbereichen der Weiterbildung, wenn diese im eigenen Verantwortungsbereich nicht angeboten werden. Die Weiterbildungsausschüsse können der Qualitätssicherung der Ärztlichen Weiterbildung noch größere Aufmerksamkeit schenken und bei anlassbezogenen und Einzelprüfungen nach dem Zufallsprinzip die Angaben der Antragsteller vor Ort oder bei einem Gespräch im Hause der Ärztekammer Berlin prüfen.

Die immer größere Komplexität der Weiterbildungsordnung, die sich in weiten Teilen an den Empfehlungen der Bundesärztekammer mit ihrer (Muster-)Weiterbildungsordnung orientiert, hat verschiedene Gründe. In Berlin ist die derzeit gültige Weiterbildungsordnung 2004 von der Delegiertenversammlung beschlossen worden und nach der Genehmigung durch die zuständige Aufsichtsbehörde am 13. April 2006 in Kraft getreten. Seit dem sind 7 Nachträge verabschiedet worden, zuletzt trat am 29. März 2008 der 6. Nachtrag mit der Veröffentlichung im Amtsblatt von Berlin in Kraft. Mit den Nachträgen sind zum Teil erhebliche Änderungen verbunden, erinnert sei nur an die (Wieder-) Einführung eines eigenständigen Facharztes für Innere Medizin (5. Nachtrag) und die (Wieder-) Einführung eines eigenständigen Gebietes und Facharztes für Allgemeinmedizin.

Die Komplexität der Weiterbildungsordnung hat aber auch noch andere Folgen. Erinnert sei auch an die bundesweite Einführung von Basisweiterbildungen in den Gebieten Innere Medizin, Chirurgie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Pathologie, Pharmakologie. Der Basisweiterbildung folgt die entsprechende Weiterbildung in den einzelnen Facharztkompetenzen. Berücksichtigt man bei diesen Vorgaben die sich in atemberaubendem Tempo verändernde Versorgungslandschaft mit universitärer standortübergreifender Zentrenbildung, Klinikverbünden, Anstellung oder Niederlassung in Medizinischen Versorgungszentren, Zweit- und Zweigpraxen, standortübergreifenden Organisationsformen (z.B. 1 Chefarzt für mehrere Standorte, Tätigkeiten in Praxis und Klinik) wird deutlich, dass die bisherigen Denkmodelle nicht mehr brauchbar sind.

Mit der geänderten Regelung wird die Ärztekammer Berlin den neuen Anforderungen in der Versorgungswirklichkeit gerecht. Durch die radikale Vereinfachung erhoffen sich alle Beteiligten eine deutlich schnellere Bearbeitung, größtmögliche Transparenz und vor allem zufriedene Kammermitglieder.

Alles neu? Alles neu!

Dr. med. Michael Peglau
Abteilungsleiter Weiterbildung/Ärztliche
Berufsausübung

20 Jahre MIC – Was hat's gebracht?

125. Chirurgenkongress im Zeichen der Eule

Eine der großen Erfolgsgeschichten der modernen Medizin ist der Chirurgie zu verdanken. Dahinter steht nicht nur Wagemut, sondern auch Besonnenheit. Die ist umso nötiger, je gewagter und komplizierter die Eingriffe werden. Das Motto des 125. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin war: „Von Empirie zu Evidenz.“ Selbstkritische Chirurgen wollen sich also nicht länger nur auf die eigene Erfahrung stützen, sie schauen auch auf die der Kollegen, wie sie in Studien systematisiert wird. Am Beispiel der Minimal invasiven Chirurgie wurde das auf der Jubiläumstagung sehr deutlich. Das Logo der veranstaltenden Fachgesellschaft zeigt eine Eule, den Vogel der Wissenschaft und Weisheit, über chirurgischen Instrumenten. Die sind veraltet, aber die Eule ist für die Chirurgen so wichtig wie nie – auch als Schutzpatronin der Patienten.

Als die minimal invasive Chirurgie (MIC) vor zwei Jahrzehnten aufkam, waren Patienten wie Ärzte kritiklos begeistert. Ehrgeizige junge Mediziner stürzten sich auf die neue Technik und operierten möglichst viel „durchs Schlüsselloch“, ob sinnvoll oder nicht. Sogar das Karpaltunnelsyndrom traktierten manche mit dem Endoskop – „weil's Spaß macht“, bemerkte seinerzeit kritisch der Homburger Neurochirurg Friedrich Loew. Und Hartwig Bauer, Generalsekretär der Chirurgengesellschaft, kommentierte jetzt den wahllosen Austausch des Skalpells gegen das Endoskop so: „Wenn man einen Hammer hat, sieht alles aus wie ein Nagel.“

Wie so oft, dachte man anfangs gar nicht daran, zur Nutzen-Risikobewertung des neuen Verfahrens im Vergleich zum konventionellen Vorgehen Studien zu beginnen. Bis heute gibt es nicht einmal ein Register – so einfach und so nützlich! Diesen Fehler will man wenigstens bei einer abenteuerlich anmutenden Fortentwicklung der MIC vermeiden: NOTES = „Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery“. Dabei wählt der Chirurg zwar den ersten Zugang durch natürliche Körperöffnungen, dann aber wird ein Hohlorgan wie Blase oder Magen durchstoßen, um zum Zielorgan im Bauchraum zu gelangen. Wer diese experimentelle Technik anwenden will, wird dringend aufgerufen, seine Operationen an ein Register zu melden, sagte Bauer.

Galle: Goldstandard mit Tücken

Wie steht es aber mit der „klassischen“ MIC nach 20 Jahren? Was diese Technik gebracht hat, untersuchten die stark besuchten und lebhaft diskutierten Vorträge einer Reihe, die von der MIC-Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Gesellschaft für Visceralchirurgie veranstaltet wurde. Inzwischen gibt es ja Studien, meist aus dem Ausland, zu den gängigen Operationen.

Zum Beispiel Gallensteine. Bei der symptomatischen Cholelithiasis ist die laparoskopische Cholezystektomie heute „Goldstandard“, sagte Ingo Gastinger vom Carl Thiem-Klinikum Cottbus. Darin stimmen Empirie und Evidenz, also Erfahrung und wissenschaftlicher Nachweis überein. Das gilt aber nur für unkomplizierte Fälle. Hingegen ist die Datenlage bei Komplikationen nicht eindeutig. Deshalb operiert man im Cottbusser Klinikum, das auf 6.500 laparoskopische Eingriffe zurückblickt, Patienten mit akuten komplizierten Steinleiden – 16 Prozent – primär offen. „Wir leiden nicht an der Zwangsneurose, alles laparoskopisch machen zu müssen, nennen uns auch nicht MIC-Zentrum“, sagte Gastinger.

Diese Vorsicht bewahrt die Patienten vor Verletzungen. Anderswo werden bei der Laparkoskopie zwei- bis drei Mal so oft die Gallenwege verletzt wie beim offenen Eingriff; ein häufiges Problem für Schlich-

tungsstellen. Auch begleitende Gefäßläsionen kommen vor. Und nur zehn bis fünfzehn Prozent der Verletzungen werden während der Operation entdeckt und fachgerecht behandelt. Die Folgen für die Patienten sind laut Gastinger katastrophal.

Er zählte die Hauptrisikofaktoren der MIC auf, die nicht nur für die Galle gelten dürften: Der unerfahrene Chirurg, der auch in der offenen Gallenoperation kaum geübt ist. Denn die „Konversion“ zur konventionellen Technik führt ohnehin oft zu schlechten Ergebnissen, besonders wenn man nicht zeitgerecht „umsteigt“. Man sollte eine Konversionsrate von weniger als fünf Prozent anstreben. Weitere von Gastinger genannte Risiken: Falscher Ehrgeiz, Marketing, psychischer Zwang im MIC-Zentrum, alles laparoskopisch zu machen. Schließlich eine schwache Leitlinie, die auch bei akuter Cholezystitis zur Laparoskopie rät. Seine Empfehlung: Die Indikationen neu überdenken!

Es rächt sich, dass man zu Beginn der MIC-Ära die Indikationen offenbar wenig bedacht hat. Es gab keinerlei Evaluation, geschweige prospektive Studien, und die späteren waren allesamt zu klein, konstatierte Gastinger in der Diskussion. „Fürs unkomplizierte Gallensteinleiden braucht man sie nun auch nicht mehr. Da hat die Empirie zur Evidenz geführt.“

Gut erst nach 50 Leistenbruch-OPs

Auf 15.000 laparoskopische Leistenhernien-Reparationen kann man im Stuttgarter Marienhospital zurückblicken, sagte dessen langjähriger Chirurgiechef Reinhard Bittner. Dennoch kommen auch dort Komplikationen wie Darm- oder Blasenverletzungen vor, wenn auch nur in 0,75 % der Fälle. „Man muss seine Ergebnisse sorgfältig analysieren“, mahnte er, und nicht nur – wie auch er es sich nicht verkneifen konnte – auf Parade-Patienten hinweisen, wie jenen Fleischermeister, der eine Woche nach der endoskopischen Leistenbruch-OP ein Fußballtor schoss.

Nach zahlreichen Studien verursachen die laparoskopischen Eingriffe weniger Schmerzen, die Patienten erholen sich ra-

scher, die MIC ist kaum teurer als die konventionelle Operation, sagte Bittner. Als Erfolgsbedingungen nannte er: Genaue Kenntnis der Anatomie und Pathophysiologie sowie systematische Qualitätssicherung. Er warnte vor der langen Lernkurve auf Kosten der Patienten. Ist die Weiterbildung strukturiert und der chirurgische Lehrer gut, kann aber auch ein junger Assistenzarzt exzellente Ergebnisse erzielen – nach den ersten 50 laparoskopischen Leistenhernien-Reparationen.

Reflux, Diverticulitis...

In den letzten drei Vorträgen dieser Reihe wurden die Vor- und Nachteile einiger nicht ganz so häufiger laparoskopischer Eingriffe analysiert. Die Fundoplicatio – seit zehn Jahren vorwiegend laparoskopisch – ist die chirurgische Behandlung einer schweren Refluxkrankheit, die durch Verhaltensänderung und Medikation nicht in den Griff zu bekommen ist. Wie der Göttinger Hochschulchirurg Heinz Becker mitteilte, ist die Rezidivrate bei offener wie MIC-Methode etwa gleich hoch. Nach fünf Jahren brauchen 16 % der offenen und 14 % der laparoskopisch Operierten eine Dauermedikation, nach elf Jahren fast die Hälfte aller Patienten gleich welcher Gruppe.

In der Regel aber werden die Langzeitergebnisse gar nicht ermittelt, kritisierte Becker. „Auch als Chirurg muss man wissen, was nach fünf Jahren ist – die Gastroenterologen wissen es!“

Bei der Sigmadiverticulitis ist die Laparoskopie in keinem einzigen Stadium „Goldstandard“, konstatierte der Charité-Chirurg Joachim Müller. Zumindest gibt es keine sinnvollen Zahlen, die dies belegen würden, und es wird sie wohl auch nie geben. Alles ruft nach größeren und randomisierten Studien. „In der Charité haben wir's probiert – aber es lassen sich keine Patienten rekrutieren“, berichtete Müller. Er mahnte, nicht um der Laparoskopie willen zu laparoskopieren. Denn eine danach womöglich nötige offene Operation hat schlechtere Resultate. Trotz allem stimmen bei Müllers improvisierter Befragung die Mehrheit des ärztlichen Publikums im hypothetischen eigenen Fall für die MIC. „Sie sollten den Chirurgen lieber fragen:

Was können Sie denn am besten?“, riet Müller. Im Nofall würde er selbst sofort offen operieren.

Sogar auf die Frage, wer sein Rektumkarzinom laparoskopisch resezierten ließe, gingen später viele Hände im ärztlichen Plenum hoch. Dabei ist die „Evidenzlage“ schlecht, zeigte ein kritisch diskutierter Vortrag des Münchner Hochschulchirurgen Karl-Walter Jauch. Er selbst betonte, dass für minimal invasive Darmkrebsoperationen eine hohe Expertise nötig ist. Für viele ist Empirie offenbar wichtiger als Evidenz, persönliche Erfahrung bedeutsamer als die wenigen randomisierten Studien. Jauch nannte diverse positive Ergebnisse für die Laparoskopie, auch beim Dickdarmkrebs. Aber an der Validität bestimmter Studien zweifelte er selbst, und in der Diskussion wurde darauf hingewiesen, dass es sich bei den Studien um elektive Operationen unter besten Voraussetzungen handelt. Beim Krebs weisen selbst überzeugte Verfechter der MIC auf deren Grenzen hin, wie Ferdinand Köckerling vom MIC-Zentrum im Vivantes-Klinikum Berlin-Spandau dies tat – trotz der vergleichbar guten Langzeitergebnisse der endoskopischen Dickdarm-Operation „bei richtiger Auswahl der Patienten“.

Diese lange MIC-Sitzung konnte die Teilnehmer in dem heilsamen Grundsatz bestärken, dass man die Klinik und den Chirurgen für sich oder seine Patienten sehr sorgfältig aussuchen muss, vor allem, wenn ein minimal invasiver Eingriff in Frage kommt. Stellt der Operateur die Indikation so gewissenhaft, dass er gegebenenfalls auch zu einer nichtchirurgischen Behandlung rät? Hat er genügend Routine in den schwierigen endoskopischen Verfahren? Welche Konversionsrate hat die Klinik? Und beherrscht der MIC-Virtuose, falls dieses „Umsteigen“ notwendig ist, auch die offene Chirurgie gut genug?

Die Eule an die Macht!

Die Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für minimal invasive Chirurgie der Deutschen Gesellschaft für Visceralchirurgie führte ein MIC-Zertifizierungsverfahren für Kliniken und Ärzte ein, wie Köckerling mitteilte. In seiner Fachgesellschaft hofft



man, dass daraus einmal eine Zusatzbezeichnung wird, (was Berlins Kammerpräsident Jonitz jedoch für nicht aussichtsreich hält). Die Eule im Chirurgen-Logo aber kann sich gestärkt fühlen: Die Chirurgen wollen immer genauer wissen, was sie tun und welchen Nutzen die Patienten davon haben, und zwar auf lange Sicht.

In einer Vortragsreihe dieses Jubiläumskongresses über Versorgungsforschung wurde beklagt, dass der Nutzen einer Maßnahme in Deutschland oft erst evaluiert wird, wenn sie bereits etabliert ist – wie MIC. Hier wurde auch auf den großen Nachholbedarf an chirurgischer Forschung hingewiesen. Immerhin richtet die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie den nächsten Versorgungsforschungskongress (in Köln, 16.-18. Oktober) mit aus, wie ihr Generalsekretär Bauer mitteilte. Und das Heidelberger Studienzentrum der Fachgesellschaft arbeitet erfolgreich. Auf dem Kongress konnten die vorläufigen Ergebnisse seiner ersten multizentrischen Studie vorgestellt werden: Narbenbrüche sind nach Baueingriffen mit 16 Prozent häufiger als erwartet, und keine Nahttechnik ist der anderen überlegen.

Ein weiteres Argument für MIC? Der Begriff ist unscharf. Bauer zum Beispiel versteht darunter nicht nur endoskopische Eingriffe, sondern alle Operationen mit gewebeschonenden Zugängen, auch an Hüftgelenk oder Wirbelsäule. Nicht nur der Begriff ist unscharf, die Grenzen zur offenen Chirurgie verschwimmen mehr und mehr. Die Schnitte werden immer kleiner, man operiert brusterhaltend und vermeidet den künstlichen Darmausgang... Wann wird die gesamte Chirurgie „minimal invasiv?“

Rosemarie Stein

Patienteninfos sollen ehrlich und adressatenbezogen sein

Auf einer Fachtagung in Köln wurde zusammengetragen, was evidenzbasierte Patienteninformationen ausmacht. Ein Manual unter Federführung des Deutschen Netzwerkes Evidenzbasierte Medizin soll folgen.

Von Adelheid Müller-Lissner

Begrifflichkeiten wie „Evidenzbasierte Patienteninformation“ und „Shared Decision Making“ sind dem Philosophen Immanuel Kant zu Lebzeiten nicht untergekommen. Und doch kann man sagen, dass es der Königsberger Denker war, der den Weg dahin gewiesen hat. „Habe Mut, dich deines eigenen Verstandes zu bedienen“: Mit seinem berühmten Satz hat Kant nicht nur den Wahlspruch der Aufklärung formuliert – sondern ganz nebenbei auch den Weg von der eminenz- zur evidenzbasierten Medizin vorgezeichnet.

Um der – bei Kant noch „selbstverschuldeten“ – Unmündigkeit zu entkommen und die „mündigen, informierten und kompetenten Patienten mit realistischen Erwartungen an die Outcomes der Behandlung“ zu werden, die sich der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen in einem Gutachten aus dem Jahr 2001 wünschte, brauchen Patientin und Patient verlässliche Informationen als Entscheidungshilfe. Welche Anforderungen solche laienverständlichen Informationen erfüllen müssen, um das Prädikat „evidenzbasiert“ zu verdienen, dazu soll noch binnen Jahresfrist ein Manual vorliegen. Ausarbeiten wird es der Fachbereich Patienteninformation und Patientenbeteiligung des Deutschen Netzwerkes Evidenzbasierte Medizin e.V., und das unter tätiger Mithilfe einiger Institutionen, die sich schon heute um unabhängige Information für medizinische Laien bemühen (siehe Infokasten, S. 31). Das Manual soll eine Lücke füllen: „Was uns derzeit noch fehlt, ist ein nationaler Standard für Laien-Leitlinien“, sagt Günter Ollenschläger vom Ärztlichen

Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), das vor kurzem erst ein „Handbuch Patientenbeteiligung“ herausgegeben hat.

Bei einer Fachtagung in Köln, die in den Beschluss zur gemeinsamen Abfassung des Manuals mündete, stellten am 6. Juni außer dem ÄZQ auch eine Reihe anderer Institutionen ihre derzeitigen Aktivitäten zur Patienteninformation vor.

Wichtige Neutralität

Für das gastgebende Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), das ein sich ständig erweiterndes Portal für Laien ins Netz gestellt hat, nannte Hilda Bastian einige Kriterien, die erfüllt sein sollten, damit von evidenzbasierter Patienteninformation die Rede sein kann: Der Inhalt sollte auf belegbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen basieren, die Seiten sollten regelmäßig aktualisiert werden. In der Darstellung sollte Neutralität gewahrt bleiben. „Jedes Foto kommuniziert etwas“, mahnte Bastian. Ganz wichtig sei, dass die Macher sich bemühen, nicht direktiv zu sein. Nicht zuletzt müsse man es aber auch wagen, offen auf ungeklärte Sachverhalte hinzuweisen.

„Unsicherheit wird in unseren Patienteninformationen als solche dargestellt“, bekräftigte denn auch Gisela Schott für die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), die derzeit im Internet 38 Einzelinformationen für Laien und zusätzlich einige Broschüren anbietet. Zusätzlich werde

Wert auf die Nennung der Quellen gelegt, und wo immer möglich weise man auch auf den natürlichen Verlauf der Erkrankung hin.

Wie die AkdÄ ist auch die BUKO Pharmakampagne, eine Aktion der Bundeskoordination Internationalismus, an der Laienzeitschrift „Gute Pillen Schlechte Pillen“ beteiligt. Inzwischen denkt man bei der BUKO darüber nach, bestimmte Publikationen auch in türkischer Sprache zu veröffentlichen. „Die Evidenz muss sich gegen das mediale Grundrauschen und auch gegen Desinformation durchsetzen“, meint Geschäftsführer Jörg Schaaber.

Als „unsere Baustelle“ bezeichnete Britta Lang von der Cochrane Deutschland die Informationen für Laien. Zwar fasse man inzwischen jedes Review in 200 Worten kompakt zusammen und übersetze es auch ins Deutsche. „Doch wir haben festgestellt, dass unsere Zusammenfassungen noch zu akademisch und für Patienten nicht gut nutzbar sind.“

Von vorne herein alle Verbraucher als – zahlende – Zielgruppe im Blick haben dagegen die Publikationen der Stiftung Warentest. In jedem Jahr bringt sie vier bis fünf Bücher mit Gesundheitsthemen auf den Markt. „Wir hoffen, mit unseren Publikationen den mündigen Patienten zu generieren“, sagte in Köln Ines George, Lektoratsleiterin Bücher. Dieser idealtypische gut informierte Leser wird auch den Online-Zugriff mit jeweils 25 bis 30

A
N
Z
E
I
G
E

Seiten Erklärungen zur Methodik zu schätzen wissen.

Konkrete Fragen im Blick

Wer sich bei der Stiftung Warentest über Nutzen und Nachteile von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen schlau macht, ist mit großer Wahrscheinlichkeit ein gesunder und allgemein kritischer, problembewusster Zeitgenosse. Wer dagegen beim Krebsinformationsdienst (KID) in Heidelberg anruft, ist meist sehr direkt, als Kranker oder als Angehöriger, von einem Krebsleiden betroffen. „Evidenzbasierte Patienteninformation ist in der Onkologie extrem schwierig“, meint Hans-Joachim Gebest, Leiter des KID. Er sieht das Ziel seiner Einrichtung vorrangig darin, auf die konkreten Fragen der Anrufer einzugehen. „Viele Ärzte klären ihre Patienten über das auf, was sie ihrer Ansicht nach wissen sollten, wir beantworten, was die Anrufer wissen wollen.“ Gebest hofft jedoch, dass eines Tages auch die Frage nach dem Evidenzgrad der Empfehlungen dazu gehört.

Soweit ist es jedoch noch längst nicht. „Die Leute rufen bei uns an und wollen Informationen zu ihrem konkreten Fall. Sie interessieren sich wenig dafür, ob das nun Evidenzgrad zwei oder vier ist“, beobachtet der Internist Thomas Wollersheim von der AOK Rheinland/Hamburg, der im Rahmen der AOK Clarimedis medizinische Anfragen von Versicherten beantwortet. Als Basis für die eigene Arbeit wünscht er sich die Möglichkeit zur Metasuche über alle Datenbanken. Das A und O evidenzbasierter Patienteninformation bleibe es jedoch, den Background und die Bedürfnisse des jeweiligen Gesprächspartners richtig einzuschätzen: „Wenn man nicht herausbekommt, auf welcher Ebene der Anrufer ist, geht das Ganze in die Hose!“

Unsicherheiten kommunizieren

Viel Kritik gab es in dieser Hinsicht an den Einladungsschreiben der Koope-

rationsgemeinschaft Mammographie zum neu eingeführten Screening für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren. Um die zehn Millionen Adressatinnen, die innerhalb von zwei Jahren einen Brief bekommen, besser zu erreichen, soll das Schreiben nun so verbessert werden, dass auch Migrantinnen und Frauen aus bildungsfernen Schichten erreicht werden.

Ingrid Mühlhauser, Fachwissenschaft Gesundheit am Institut für Gewerblich-Technische Wissenschaften der Universität Hamburg und nicht zuletzt bekannt geworden durch ihre kritische Broschüre zu eben diesem Screening, findet es besonders wichtig, in Informationen für Laien auch Unsicherheiten ehrlich zu kommunizieren. „Dass es keine Evidenz gibt, ist schließlich eine ganz wichtige Information!“ Darüber hinaus sei wichtig, über den natürlichen Verlauf einer Krankheit zu informieren. „Und wir müssen Zahlen kommunizieren, denn sie bilden die Grundlage für eine informierte Patientenentscheidung.“ Bewusst biete man die Patienteninformationen dabei in „unterschiedlichen Kategorien von Komplexität“ an, der Nutzer könne selbst entscheiden, wie sehr er ins Detail gehen wolle.

Die Macher der Website www.patientenleitlinien.de von der Universität Witten-Herdecke, bei denen 54.000 Besucher in jedem Monat Rat suchen, sehen die große Herausforderung darin, dass die Publikationen „trotz guter Evidenz lesenswert“ bleiben.

Opfern Journalisten umgekehrt für dieses Ziel die fachliche Substanz? Wenn der Wissenschaftsjournalist Christian Weymayr über seine Kollegen spricht, muss man es vermuten. Denn er empfindet sie als „harten Brocken“ auf dem Weg zur evidenzbasierten Laieninformation. Andererseits werden sie als Vermittlungs-Profis jedoch auch dringend gebraucht.

Hilfe bei der Gestaltung attraktiver evidenzbasierter Patienteninformationen könnte bald aber auch vom im Aufbau befindlichen Institut für Medien- und Gesundheitskommunikation der Uni

Köln kommen. Dort wird sich die Psychologin Bettina Fromm auch mit impliziten gesundheitlichen Botschaften befassen, die durch Fernsehfilme und Soaps täglich unters Volk kommen. Die Kölner Medienwissenschaftler werden auch das relaunched Anschreiben zum Mammographie-Screening evaluieren.

Laienverständliche Informationen, die sich der evidenzbasierten Medizin verpflichtet fühlen, sollten sich selbst hinsichtlich der Form nach wissenschaftlichen Erkenntnissen aus anderen Fachgebieten richten. Konkret: Welche Sprache muss gewählt werden, damit die zu transportierenden Inhalte richtig „rüberkommen“? Antje Stelkelberg, Mitarbeiterin von Ingrid Mühlhauser an der Uni Hamburg, fordert, auch das zu evaluieren. Dass die Inhalte der evidenzbasierten Medizin, für Laien prinzipiell „zu schwer“ oder unzumutbar sind, will sie nicht gelten lassen.

Auch der Chirurg Edmund Neugebauer von der Uni Witten-Herdecke, Vorsitzender des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin, ist überzeugt davon, dass Patienten oft Informationen brauchen, nach denen sie nicht von selbst fragen. Und er kann es mit einem Beispiel illustrieren. „Oft wollen frisch Operierte Indianer spielen und ihre Schmerzen ohne Medikamente ertragen. Wir müssen ihnen sagen, dass das zur Chronifizierung führen kann. Heute füllen wir ganze Schmerzkliniken allein mit Patienten aus dem postoperativen Umfeld.“

Strategien gegen Desinformation

So oder so – Informationen, die bisher Ärzten vorbehalten blieben, werden in Zukunft verstärkt für Laien aufbereitet werden und Verbreitung finden. Schon in den nächsten Monaten soll ein Richtlinienvorschlag vorliegen, in dem EU-Industriekommissar Günter Verheugen festhalten will, welche Formen von Produktinformationen für Laien Pharmafirmen in Zukunft anbieten dürfen. Anzeigen in Printmedien und Werbung in Fernsehen und Radio sollen auch

dann nicht erlaubt sein – wohl aber Infobroschüren und Internetseiten mit laienverständlichen, auf Präparate bezogenen Informationen. Kritiker fürchten, dass das Werbeverbot dadurch unterlaufen wird (s. Meldung S. 13). „Die pharmazeutische Industrie steht bezüglich der Erstellung unabhängiger Patienteninformationen in einem nicht auflösbaren institutionellen Interessenkonflikt“, heißt es in einem Beschluss des Deutschen Ärztetages. Noch dazu haben es werbende Botschaften meist leichter, verständlich und klar „herüberzukommen“ als mit wissenschaftlichen Belegen untermauerte Eingeständnisse von Unsicherheit. Von dem Manual zu Evidenzbasierten Patienteninformationen, das einige der Teilnehmer der Fachtagung bald unter Federführung des Deutschen Netzwerks für Evidenzbasierte Medizin ausarbeiten werden, sollte deshalb eines nicht fehlen, findet der Onkologe Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft: „Es sollte auch darin vorkommen, mit welchen Möglichkeiten wir den Strategien zur gezielten Desinformation begegnen können.“

Dr. Adelheid Müller-Lissner

Patienteninformationen im Netz:

Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V.:
www.ebm-netzwerk.de

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin:
www.aeqz.de, www.patienten-information.de

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen:
www.iqwig.de, www.gesundheitsinformation.de

Cochrane Deutschland:
www.cochrane.de

Patientenleitlinien der Universität Witten-Herdecke:
www.patientenleitlinien.de

Patienteninformationen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft:
www.akdae.de

Wissensplattform der Fachwissenschaft Gesundheit am Institut für Gewerblich-Technische Wissenschaften der Universität Hamburg:
www.gesundheit.uni-hamburg.de

Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung

Bestandene Facharztprüfungen Mai bis Juni 2008*

Name Antragsteller	WbO Beschreibung
Priv.-Doz. Dr. med. Awni Ahmadi	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Mansoureh Sadat Ale Ebrahim	FA Allgemeinmedizin
Heinz Christian André	FA Innere Medizin
John Gottlob Asafu-Adjaye	FA Allgemeinmedizin
Dr. med. Roland Berg	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Stefan Blumensath	FA Innere Medizin
Kwame Boaten	FA Orthopädie
Dr. med. Arvid Boellert	FA Augenheilkunde
Dr. med. Robert-Achim Boldt	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dietmar Brandt	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Matthias Bräuer	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Leif Bröcker	FA Orthopädie und Unfallchirurgie

Name Antragsteller	WbO Beschreibung
Dr. med. Andrej Buchin	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Sonja Bülow	FA Psychiatrie und Psychotherapie
Dr. med. Nataly Bürgel	FA Innere Medizin
Dr. med. Kathleen Busch	FA Chirurgie
Dr. med. Philipp Caffier	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Dr. med. Volker Dahling	FA Psychiatrie und Psychotherapie
Priv.-Doz. Dr. med. Marc Dewey	FA Radiologie
Dr. med. Yvonn Dodt	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Tobias Drahn	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Mark Dukpa	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Robert Martin Eisele	FA Chirurgie
Dr. med. Andreas Erbach	FA Orthopädie und Unfallchirurgie

Name Antragsteller	WbO Beschreibung
Dr. med. Maximilian Laurent Essayie	FA Kinder- und Jugendmedizin
Dr. med. Cornelius Förster	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Dirk Freudiger	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Anja Gerstenberg	FA Chirurgie
Dr. med. Helmut Glauer	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Damian Görner	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Joachim Grambauer	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Katharina Grandke	FA Allgemeinmedizin
Stefanie Greilinger	FA Allgemeinmedizin
Dr. med. Daniel Grell	FA Urologie
Ellen Grosse	FA Anästhesiologie
Dr. med. Frank Uwe Günter	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Sven Oliver Hahn	FA Orthopädie
Dr. / I Larissa Hartmann-Barbetta	FA Arbeitsmedizin
Marcella Hermans	FA Neurologie
Dr. med. Juliane Hiesgen	FA Neurologie
Dr. med. Nadja Hilpert	FA Allgemeinmedizin
Dr. med. Sebastian Höhn	FA Diagnostische Radiologie
Robert Holzer	FA Allgemeinmedizin
Dr. med. Stephanie Huppmann	FA Kinder- und Jugendmedizin
Hendrik Issaian	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Lars-Peter Kaufmann	FA Arbeitsmedizin
Dr. med. Olaf Kensicki	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Sonja Khalaf	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Dr. med. Stephan Konieczny	FA Allgemeinmedizin
Dr. med. Manuel Kretschmar	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Sandrine Krüger	FA Innere Medizin
Dr. med. Stephan Kutter	FA Urologie
Dr. med. Ludger Landgraf	FA Diagnostische Radiologie
Dr. med. Uta Laukens	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Tobias Lederer	FA Allgemeinmedizin
Dr. med. Tanja Lehmann	FA Innere Medizin
Dr. med. Rex Lehnigk	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Jan-Henning Lemke	FA Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen
Dr. med. Jana Lemke	FA Augenheilkunde
Stefan Linnig	FA Arbeitsmedizin
dr.-medic/UMF Klausenburg Johann Müller-Milas	FA Allgemeinmedizin
Priv.-Doz. Dr. med. Holger Mellerowicz	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Stella Merkel	FA Anästhesiologie
Axel Mertens	FA Innere Medizin
Dr. med. Julia Merzrath	FA Allgemeinmedizin
Jörg Mollenhauer	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Matthias Mühler	FA Radiologie
Dr. med. Eva Müller	FA Allgemeinmedizin
Dr. med. Norbert Munz	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Anne Nagel	FA Anästhesiologie
Dr. med. Uwe Naumann	FA Allgemeinmedizin
Johannes Nazareus	FA Anästhesiologie
Dr. med. Olaf Neubert	FA Orthopädie und Unfallchirurgie

Name Antragsteller	WbO Beschreibung
Dr. med. Mirjam Nolting	FA Neurologie
Dr. med. Ewa Noutsias	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Dr. med. Dietmar Christian Otto	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Volker Otto	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Oliver Hubertus Peters	FA Psychiatrie und Psychotherapie
Marcus Pilger	FA Allgemeinmedizin
Dr. med. Andreas Pingsmann	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Katja Pirlich	FA Allgemeinmedizin
Ulf Prange	FA Chirurgie
Rukiawaty Renkel	FA Allgemeinmedizin
Götz Richter	FA Innere Medizin
Dr. med. Matthias Rischke	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Michael Ritzow	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Susanne Römer	FA Kinder- und Jugendmedizin
Wedad Hadi Mohamad Sadeq	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Dr. med. Oliver Saherwala	FA Innere Medizin
Dr. med. Jens Samol	FA Innere Medizin
Dr. med. Britta Scharfenberg	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Dr. med. Eike Scheller	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Thomas Schilter	FA Psychiatrie und Psychotherapie
Jana Schneidewind	FA Allgemeinmedizin
Prof. Dr. med. Jörg Scholz	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Patrick Schöne	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Yvonne Schröter	FA Innere Medizin
Dr. med. Joachim Schwedler	FA Innere Medizin
Hans Reiner Schweigert	FA Allgemeinmedizin
Dr. med. Axel Sckell	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dipl.-Med. Matthias Seemann	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Priv.-Doz. Dr. med. Julia Seifert	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Anna Stegelmann	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Dr. med. Marret Stoll	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Dr. med. Katharina Stölzel	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Dr. med. Anja Strege	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Dr. med. Lars Szczepanski	FA Anästhesiologie
Dr. med. Almut Tempka	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Edda Tschirch	FA Kinder- und Jugendmedizin
Dr. med. Ray Valencia	FA Diagnostische Radiologie
Gräfin Isabelle von Plauen	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Dr. med. Falk von Samson-Himmelstjerna	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Daniela von Wachsmann	FA Anästhesiologie
Dr. med. Mathias Walden	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Wilko Weichert	FA Pathologie
Dr. med. Michael Wendorf	FA Arbeitsmedizin
Dr. med. Barbara Witton	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Ehet Yenice	FA Psychiatrie und Psychotherapie
Thomas Zegenhagen	FA Urologie

* 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.

Widerling und Wunderheiler

Die Inszenierung des Arztes in TV-Serien

Wie das Bild des Arztes bei Patienten durch die Darstellung in Film und Fernsehen beeinflusst wird, ist jetzt sogar Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen. Dabei zeigt sich auch, dass diese Darstellung in den vergangenen 20 Jahren einen erheblichen Wandel durchgemacht hat.

Von Ulrike Hempel

Pauline B. (14) ist ein großer Fan von „Grey’s Anatomy“, wie viele ihrer Schulfreundinnen auch. Von Mitte Februar an lief die vierte Staffel der US-amerikanischen Fernsehserie auf ProSieben. Pauline mag die Atmosphäre in dem Krankenhaus „Seattle Grace Hospital“, aber vor allem interessiert sie das Leben der fünf jungen Assistenzärzte. Auch wenn sie die meisten medizinischen Fachbegriffe anfangs nicht verstand, die Zusammenhänge erschlossen sich oft aus der Handlung. Inzwischen recherchiert sie schon sehr professionell im Internet oder fragt ihren Onkel, der Arzt ist. Er hat ihr zum Beispiel den Unterschied zwischen CT und MRT erklärt.

„Ich möchte sehr gerne Chirurgin werden“, gesteht die 14-Jährige und wird sich demnächst erkundigen, ob sie bei einem befreundeten Arzt ein Praktikum machen kann. Sie will herausfinden, ob das Interesse für Medizin wirklich ernsthafter Natur ist oder nur vorübergehend wegen der Protagonistin in „Grey’s Anatomy“, Dr. Meredith Grey, der hübschen und zielstrebigem Ärztin, hervorgehoben wurde. Meredith Grey bietet sich als Identifikationsfigur an: Sie kommt mit dem aufreibenden Krankenhausalltag klar, ist auch zu unfreundlichen Patienten nett und versorgt ihre an Alzheimer erkrankte Mutter. Pauline möchte Ärztin werden, weil sie gerne kranken Menschen helfen möchte. „Außerdem würde ich auch gerne in der Klinik stehen, mit diesen Begriffen um mich werfen, Vermutungen über Krankheiten anstellen und CT-Berichte lesen“. Das Praktikum soll nun zeigen, ob es im Krankenhaus wirklich so ist wie in der Serie.

Erfolgsgründe des Genres

Die TV-Programme und die Zuschauerzahlen belegen es: Arzt- und Krankenhausserien boomen. Ob im öffentlich-rechtlichen oder im Privatfernsehen, Ärzte und Ärztinnen garantieren erfreulich hohe Einschaltquoten. Was fasziniert das Publikum, fiktionalen Ärzten wie Dr. Gregory House, Dr. Douglas Ross oder Dr. Roland Heilmann und deren Teams bei der Arbeit über die Schulter zu schauen? Der gewöhnliche Fernsehzuschauer versetzt sich gerne in die Lage eines Arztes, um damit in die Intimsphäre der Leute vordringen zu können, vermutet Dr. med. Daniel Rühmkorf als Grund für die Beliebtheit. Rühmkorf ist Medizinjournalist, Referent für Gesundheitspolitik und Pflege der Fraktion DIE LINKE im Bundestag und medizinischer Filmberater. Das Medium Fernsehen gibt gerne vor, ganz nah am Menschen zu sein und ehrliche Gefühle zu zeigen. Die Arzt- und Krankenhausserie hat den Vorteil, alles zu bieten, was man dafür braucht. Man hat die Spannung im Zusammenhang mit der Krankheit; man hat die zwischenmenschlichen Beziehungen von Arzt, Team, Patient, Pflege, Familie; man hat mit dem Krankenhaus oder einer Praxis einen weitestgehend abgeschlossenen Handlungsort. Letztlich vereinen Arzt- und Spitalserien inhaltlich zwei Bereiche, die die Menschen gerne auf der Mattscheibe sehen: Krankheit, Schicksal, Leiden und Liebesgeschichten, Liebeskonflikte und private Probleme. „Ein wichtiger Aspekt ist für den Zuschauer auch“, so glaubt Rühmkorf, „von seinem eigenen Leid ein Stück weit abgelenkt zu werden, indem man sich das Leid anderer vom Sofa aus an-

schauen kann. Außerdem gehen in 90 Prozent der Fälle die Patienten geheilt wieder nach Hause.“

Neue Trends

Zu beobachten ist, dass es das biedere Erzählfernsehen, wie es in der „Schwarzwaldklinik“ gerne auch in Verbindung mit Elementen des Heimatfilms praktiziert wurde, nicht mehr gibt. Die Zielgruppe definiert sich seit Mitte der 90er Jahre – im Gegensatz zu den Hochzeiten des Familienfernsehens, als die Generation 60+ bestimmend war – deutlich jünger. Zwei Tendenzen zeichnen sich in den letzten Jahren in den Krankenhausserien ab.

Mit der Serie „Emergency Room“, die auch als „Mutter der modernen Arztserie“ betitelt wird, wurde ein unglaublicher Realitätsstandard gesetzt. Es zeigte sich, dass es Zuschauer gibt, die in einer Krankenhausserie möglichst realistische Fälle und die originalgetreue Hektik des Krankenhausalltags geschildert haben wollen. Das hat zur Folge, dass die Schilderung aktueller Behandlungsmethoden und der Einsatz moderner Medizintechnik in den Serien ein absolutes Muss geworden sind. Der Anspruch nach Authentizität und nach komplizierten Operationen

ANZEIGE



Dr. House: Brilliant aber menschlich fragwürdig.

Foto: RTL

ist zunehmend größer geworden. Die Zuschauer erwarten gebräuchliche stilistische Mittel von Reality-TV: Untermalung mit Hintergrundmusik, eine Off-Stimme, schnelle Schnitte, verwackelte Bilder um den Effekt von vermeintlichem Dabeisein zu unterstreichen.

Andererseits gibt es auch noch die Entwicklung der Arzt-Comedys wie etwa die Serie „Scrubs – Die Anfänger“. Drei Assistenzärzte durchschiffen den chaotischen Klinikalltag mit schwarzem Humor und komischen Dialogen. Auch diese überzogene Darstellung gewinnt ihre Liebhaber.

Fiktion und Wirklichkeit

Rühmkorf behauptet: „Je mehr Mythen sich um den Arztberuf ranken, um so besser ist das für die Ärzteschaft.“ Denn in den Serien wird ein fiktiver Arbeitsalltag beschrieben, der für den einen oder anderen Arzt in Wirklichkeit sogar sehr schön wäre. Im Gegensatz dazu sieht es in den Kliniken und Praxen hinsichtlich der Arbeitsbedingungen ganz anders aus, „aber das will doch kein Mensch im Fernsehen sehen.“

Die Frage ist jedoch, wie realistisch Ärzte in TV-Serien überhaupt dargestellt wer-

den und was die Darstellung von Ärzten für Einfluss auf das Arztbild von Patienten hat. „Mir fiel auf, wie groß der Unterschied zwischen Serie und Wirklichkeit ist, als ich selbst im Krankenhaus war“, erzählt Dr. Constanze Rossmann (33), wissenschaftliche Assistentin am Institut für Kommunikationswissenschaft und Medienforschung der Münchner Ludwig-Maximilians-Universität. Deshalb war in ihren beiden Studien „Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie die Patienten“ und „Die heile Welt des Fernsehens. Eine Studie zur Kultivierung durch Krankenhausserien“ diese Diskrepanz Ausgangspunkt ihrer wissenschaftlichen Arbeiten.

Die Untersuchungen ergaben, dass Ärzte und Pflegekräfte im Fernsehen als „überaus kompetent, souverän, aufrichtig und fürsorglich dargestellt werden“, so Rossmann. Sie kümmern sich um die privaten Probleme der Patienten, sind meist jung und attraktiv, ledig und haben keine Kinder, werden also stark idealisiert. „Sie sind Wunderheiler im Weißkittel“, fasst Rossmann zusammen und konnte feststellen, dass die Serien teilweise einen Einfluss auf die Patienten haben. Sie hat so genannte Vielseher von Arzt- und Krankenhausserien vor und nach deren Krankenhausaufenthalt befragt. Es ließ

sich feststellen, dass „Vielseher“ die Ärzte nach ihrem Klinikaufenthalt schlechter bewerteten als vorher, vermutlich weil die Serienärzte viel freundlicher sind und sich mehr für die persönlichen Probleme des Patienten interessieren.

Grundsätzlich schätzen sie die Ärzte jedoch positiver ein als die „Wenigseher“ von Arzt-Soaps.

Der Arzt als Mensch mit Macken

Rossmann weist auf eine bedeutungsvolle Veränderung bei der TV-Inszenierung der Ärzte in den letzten Jahren hin: Das Image vom Gutmenschen und Wunderheiler bröckelt in Serien wie „Grey’s Anatomy“ und „Dr. House“. Diese Ärzte dürfen Schwierigkeiten haben, einen Krankheitsfall zu lösen. Sie machen Fehler im Job und im Privatleben. Ein Dr. House etwa verkörpert den patientenfeindlichen Arzt, zugleich auch das wahn-sinnige und detektivische Genie. Er hat das, was sich viele Patienten-Serienzuschauer sehnlichst von ihrem Doc wünschen: die richtige Diagnose. Da ist es vielen letztlich egal, dass er ein zwischenmenschlicher Widerling ist.

„Es könnte sein, dass durch den Trend, Ärzte in Serien auch als fehlbare Menschen aufzuzeigen, die überhöhten Erwartungen der Patienten an die nicht-fiktiven Ärzte künftig sinken lässt“, vermutet die Wissenschaftlerin. Sie macht jedoch darauf aufmerksam, dass diese These momentan in Deutschland empirisch nicht belegt ist. Aktuelle Studien in den USA würden aber zeigen, dass der Einfluss der so genannten neueren Arztserien nicht mehr nur positiv auf das Publikum ist. Im Gegenteil: Negative Darstellungen von TV-Ärzten können sogar ein Misstrauen bei den Patienten gegenüber Medizinern hervorrufen.

Ärztliche Beratung für Film und Fernsehen

Jörg Meier (44) von „Flatliners“, der sich seit 1999 mit medizinischen Dienstleistungen rund um das Filmgeschäft

befasst, sagt: Ärzte der fiktionalen Unterhaltungsbranche sind mit den Kollegen aus Fleisch und Blut nicht vergleichbar. „Die Ärzte denken, die Filmleute können eine OP super tricksen. Die Filmleute denken, die Ärzte können eine OP richtig hinzaubern. Beides stimmt nicht, denn beide Seiten wissen nicht, wie man solche Szenen richtig dreht“, sagt Meier, der seine medizinische Ausbildung nach dem zweiten Staatsexamen nicht weiter verfolgt hat, sondern lieber drei Tage nach den Prüfungen zum Gewerbeamt ging, um die Firma anzumelden.

„Flatliners“ betreibt in Berlin zwei leerstehende Kliniken mit zu Filmzwecken umgebauten medizinischen Spezialrequisiten: das Oskar-Helene-Heim in Dahlem und die ehemalige Lungenklinik Heckeshorn in Wannsee. Hier wird alles geboten, was eine anständige Krankenhausszene braucht. Intensivstation, Krankenzimmer, Pathologie, Labor, OP, Rettungsstelle etc. pp. Man verfügt über hochwertige technische Feinheiten und Requisiten, vom Röntgenbild Kopfdurchschuss über filmgerecht umgebaute Beatmungsgeräte bis hin zu zwei kompletten Rettungswagen. Übrigens gleich mit Rettungssanitäter, der die Unfälle auf der Straße wirksam simuliert.

„Medizinische Szenen gibt es in 90 Prozent aller Spielfilme“, sagt Meier. So wurde etwa in „Flightplan“ die Pathologie-Szene mit der Schauspielerin Jodie Foster hier gedreht. „Oder wenn bei ‚Gute Zeiten - Schlechte Zeiten‘ Krankenhaus dran ist, dann drehen die auch bei uns“, sagt Meier und erzählt, dass es für ihn immer wieder ein Erlebnis ist, mit branchenfremden Leuten durch die vermeintlichen Klinikgebäude zu gehen. „Wenn man so eine Dekoration wie eine Intensivstation stehen hat, bei der noch alle Computer verkabelt sind und die Notizzettel der Pfleger rumliegen, dann meinen viele, die Krankenschwester hätte eben erst den Raum verlassen.“

Rühmkorf arbeitete 2004 auch als medizinischer Filmberater – unter anderem am Set von „Für alle Fälle Stefanie“ – für die Münchner Firma „The Dox“, die sich spezialisiert hat auf die Beratung von

Drehbüchern und Stoffentwicklung mit medizintechnischem Hintergrund. Einer der Geschäftsführer, Dr. med. Pablo Hagemeyer (38) bestätigt, dass die Detailstimmigkeit medizinischer Szenen ganz wesentlich ist. Rühmkorfs Aufgabe war zum Beispiel den Schauspielern zu sagen, wie man medizinische Fachausdrücke richtig ausspricht. Oder der Garderobe zu schildern, wie Kleidungsstücke nach einem Unfall blutverschmiert sein sollten. Auch, dass auf den Monitoren das Richtige angezeigt wird und der Tropf wirklich tropft, liegt in der Verantwortung des medizinischen Filmberaters. „Mir kam das als Arzt und Medizinjournalist alles schon ganz schön verkehrt vor“, gesteht der 41-Jährige rückblickend.

Plötzlich ist man tot

Es ist Mittwochabend. Pauline hat eine weitere Folge von „Grey's Anatomy“ gesehen. Heute ist ihr etwas seltsam zumute. Sie hat jetzt manchmal Angst und würde gerne regelmäßig einen Gesundheitscheck machen lassen. Sie sehe ja in „Seattle Grace Hospital“, dass Leute immer gesund waren und dann eine leichte innere Blutung bekommen, die man nie bemerkt hat. „Und auf einmal ist man tot“, befürchtet Pauline. Bestimmt beruht der geschilderte TV-Fall nicht auf Tatsachen, vermutet sie. „Aber warum sollten die im Fernsehen Sachen zeigen, die völlig aus der Luft gegriffen sind?“

Ulrike Hempel, Medizinjournalistin

Kommentar

Was haben Arztserien mit der Realität zu tun? Nun, unser Gehirn funktioniert über Assoziationen und Bilder. Diese werden von außen geprägt. Zum Beispiel durch Bilder und Geschichten. Erwartungen, Erlebnisse und Bedürfnisse werden von mehr oder weniger guten Drehbuchautoren, Regisseuren und Schauspielern umgesetzt. So beeinflussen Filme und TV-Serien die Erwartungshaltung der Bevölkerung, vor allem die der Gesunden. Wenn im Kino oder Fernsehen „Hinter uns steht nur der Herrgott“ proklamiert wird, braucht man sich über pseudoheldenhafte Erwartungen, Selbsteinschätzungen oder gegenteilige Reaktionen nicht zu wundern. Das Zeitalter der heroischen Medizin ist Gott sei Dank vorbei.

Sie spiegeln auch das Bild des Arztes in der Öffentlichkeit wider. Die Entwicklung, die wir von „Das war mein Leben – Ferdinand Sauerbruch“ über die „Schwarzwaldklinik“ bis zu „Dr. House“ gemacht haben, ist bemerkenswert. Der Arzt darf jetzt mehr und mehr „Mensch“ sein, auch wenn ihm, wie bei „Dr. House“ selbst eine medizinische Komplikation mit dauerhaften Folgen widerfahren ist. Der im Film reklamierte Dispens für dadurch entstandene Misanthropie sollte sich – wie Vieles – im ärztlichen Alltag nicht wiederholen. Bevor man durch „burn out“ so zu werden droht, sollte man etwas verändern. Es ist halt nicht alles wie im richtigen Leben.

Gleichwohl, gerade für den Kenner der Medizin sind diese Serien zum Teil vernünftige und anregende Abendunterhaltung im Kreis der Familie. Per DVD ist man von Sendezeiten und Werbeblöcken unabhängig. Ich empfehle gerne sowohl die erste Staffel von „Dr. House“ als auch von „Grey's Anatomy“. In Umfragen bei amerikanischen Fernsehzuschauern wurde ermittelt, von welchen Fernsehärzten sie sich wohl am liebsten behandeln lassen möchten. Ganz vorne Dr. House und Oberärztin Bailey aus „Grey's Anatomy“, ähnlich direkt und ähnlich konkret wie Dr. House, nur nicht unfreundlich. Was lehrt uns das? Der Patient möchte zuallererst, dass der Arzt „sein Problem löst“. Dieser Arzt wird wertgeschätzt. Alles andere ist sekundär. Das ärztliche Handwerk gewinnt somit wieder an Boden.

Dr. med. Günther Jonitz
Präsident der Ärztekammer Berlin

„Vernunft fürs Volk“

Ausflug zu Rochow nach Reckahn

Paretz, Beeskow oder Wiesenburg: Auch alle kleineren märkischen Ausflugsziele längst bekannt? Dann fahren Sie mal nach Reckahn, zehn Kilometer westlich von Lehnin (jetzt „Kloster Lehnin“ genannt), aber eingemeindet. Wenn Sie ohnehin das alte Lehniner Zisterzienserkloster wiedersehen wollen, lässt sich das gut mit einem Besuch in Reckahn verbinden.

Im Dorf findet man ein spätbarockes Ensemble aus Herrenhaus (in der Mark spricht man immer von „Schlössern“), Park, Kirche mit Zwiebelkuppel und Schulhaus – ein Ensemble, das es in sich hat. Denn hier lebte und wirkte ein preußischer Junker, den sogar die DDR als fortschrittlich lobte; was sie nicht hinderte, seine Familie, die schon bei der ersten Erwähnung Reckahns 1351 dort ansässig war, zu enteignen.

Die Rede ist von Friedrich Eberhard von Rochow (1734-1805), dem großen Volksaufklärer – auch in Sachen Gesundheit – Bildungs- und Agrarreformer und Philanthropen. Er war ein hochgebildeter Autodidakt wie Moses Mendelssohn und Friedrich Nicolai, die zu seinen Gesprächspartner gehörten. Das hier abgebildete Portrait von 1794 zeigt ihn schon ohne Perücke. Das Schloss ist seit 2001 Rochow-Museum mit einer Dauerausstellung namens „Vernunft fürs Volk“. Im Gartensaal kann man, umringt von den Büsten Rochows samt Frau und Freunden, eine intelligente Inszenierung erleben: Die Büsten fangen zu reden an – ein Gespräch unter Aufklärern aus Originalzitate über Volksbildung, Ökonomie und Toleranz.

Das benachbarte Schulmuseum wurde in dem Muster-Schulhaus eingerichtet, das Rochow 1773 für die Kinder seiner Bauern errichten ließ. Wegen seiner



Foto: Rochow-Museum

modernen, lebensnahen Pädagogik zog es schon früh Besucher aus ganz Europa an und wurde zum Vorbild der zweitklassigen preußischen Landschule.

Der Ursprung von Rochows pädagogischen Reformen (30 Jahre vor Pestalozzi) liegt offensichtlich in der Sorge um die Gesundheit des Landvolks. Er hatte am eigenen Leibe frühe Krankheitserfahrungen: Mit knapp 18 die Pocken, in der ersten Schlacht des siebenjährigen Kriegs eine Schussverletzung, in einem Duell die Pulsader der rechten Hand durchgeschnitten. Wundfieber, drei Jahre lang unfähig, eine Feder und auf Dauer eine Waffe zu halten – Ende der militärischen Laufbahn und ein Glück für die Bauern auf seinen Gütern.

In der „Geschichte meiner Schulen“ beschreibt Rochow, warum die von ihm eingeführte medizinische Versorgung seiner Leute misslang: Nach zwei nassen Sommern mit Missernten, Teuerung und

„tödlichen Krankheiten unter Menschen und Vieh“ wollte er ihnen beistehen, gab ihnen schriftlich und mündlich Rat, engagierte sogar für ein Jahresgehalt einen „ordentlichen Arzt“, der sie unentgeltlich „mit freyer Medizin versehen und heilen sollte“. Aber sie nahmen die Arznei nicht ein und gingen nicht zum Arzt.

„Dagegen brauchten sie heimlich die verkehrten Mittel, liefen zu Quacksalbern, Wunderdoktoren, so genannten klugen Frauen, Schäfern und Abdeckern, bezahlten dort reichlich und starben häufig dahin.“ Daraus schloss Rochow: Aufklärung durch bessere Schulen tut not – Bildungspolitik als Voraussetzung erfolgreicher Gesundheitspolitik, eine Erkenntnis, die Public Health-Wissenschaftler noch heute immer wieder predigen müssen.

Viele Beiträge zur Gesundheit enthält Rochows unterhaltsam geschriebenes Lesebuch „Der Kinderfreund“ (Band 1 1776, Band 2 1779), das im In- und Ausland ungeheuer populär wurde und bis 1846 allein 49 Raubdrucke erlebte. Da gibt es Geschichten über gesunde Lebensführung, gegen Quacksalberei und für vernünftige Krankheitsbehandlung, zum Beispiel „Die schädliche Cur“ oder „Der ordentliche Kranke“. Der lehnt alle Pfuscher und Hexenmeister ab und hält sich lieber an das, was damals „evidenzbasiert“ war. Im zweiten Band findet man sogar eine „Positivliste“ nützlicher Hausmittel, darunter ein Aufguss geschabter Weidenrinde, also Salycilsäure, einen Text „von den Mitteln, Todkranke zu retten“ und eine Empfehlung der – detailliert beschriebenen – Pockenimpfung.

R. Stein

Die beiden Reckahner Museen sind von März bis Oktober täglich außer montags von 10-17, sonntags bis 18 Uhr geöffnet, von November bis Februar nur bis 16 Uhr.

Auskunft über Führungen und Aktivitäten: Tel. 033835/608870, www.reckahn.com

BERLINER ÄRZTE

8/2008 45. JAHRGANG

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

Herausgeber:

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

Redaktion:

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

Redaktionsbeirat:

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

Anschrift der Redaktion:

Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-4100/-4101, -4102, FAX -4199
Titelgestaltung: Sehstern/Berlin
Fotonachweis: James Steidl - Fotolia.com
Henrik G. Vogel - pixelio.de

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

Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruner-Straße 62,
04107 Leipzig
Telefon 0341 710039-90, FAX -99
Internet: www.l-va.de
E-Mail: mb@l-va.de

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

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

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

ISSN: 0939-5784