

# Gewalt in der häuslichen Pflege



**Dr. med. Thea Jordan**

*Hausärztliche Internistin im Ruhestand ist Vorsitzende des Menschenrechtsausschusses der Ärztekammer Berlin*

Von Missständen und Vernachlässigung bis hin zu körperlicher Gewalt in Pflegeheimen hören wir häufig in den Medien. Was passiert aber in den vier Wänden bei der häuslichen Pflege?

60 Prozent der pflegebedürftigen Menschen werden zu Hause meist von nahen Angehörigen – Ehepartnern oder Kindern – gepflegt.

Hier, wo die ständige körperliche und seelische Nähe zu Aggressionen führen kann, wo alte, nicht verarbeitete Beziehungskonflikte und Verletzungen wieder aufbrechen, wo Angehörige durch lange anstrengende Pflege überfordert sind und sich allein gelassen fühlen, kann Gewalt entstehen. Angehörige, insbesondere Ehefrauen und Töchter, fühlen sich moralisch verpflichtet, die Pflege zu übernehmen, ohne dass sie darauf vorbereitet sind, ganz unterschiedliche Belastungsgrenzen haben und nicht wissen, dass es in der Regel ein „Marathonlauf“ werden wird. Die durchschnittliche häusliche Pflegedauer beträgt 9,6 Jahre bei zunehmender Intensität der Pflegebedürftigkeit. Speziell bei Töchtern und Schwiegertöchtern, den so genannten „Sandwichfrauen“, entsteht ein Spagat zwischen eigener Familie und den Eltern. Aggression, Vernachlässigung und auch körperliche sowie seelische Gewalt können sich daraus entwickeln.

Die Dunkelziffer häuslicher Gewalt ist hoch. In einer anonymen Umfrage 2006 unter Betroffenen gaben 40 Prozent der

Pflegenden an, mindestens einmal im Jahr bei Pflegebedürftigen Gewalt angewandt zu haben. Andererseits sagten mehr als zwei Drittel der 500 befragten Pflegenden, dass sie von Pflegebedürftigen körperlich, verbal, auch sexuell angegriffen worden seien. Wer ist hier Opfer, wer Täter und inwieweit wechseln diese Rollen? Es ist für Pflegende – gleichgültig ob es sich hierbei um Angehörige oder Mitarbeiter von Sozialstationen handelt – manchmal schwer, allen Forderungen der Pflegebedürftigen zu jeder Zeit nachzukommen, vor allem wenn man selbst überfordert ist, wenn man weder Dank noch Anerkennung erhält, schlecht bezahlt wird, unter Stress arbeiten muss und eventuell selbst angegriffen wird. Noch mehr Geduld und Einfühlung erfordert es, demente, manchmal aggressive Pflegebedürftige zu betreuen.

Aber Gewalt gegen alte Menschen ist eine Menschenrechtsverletzung, und Pflegebedürftige davor zu schützen und zu bewahren, ist eine Aufgabe aller Bürger, nicht nur des Staates und nicht zuletzt der Ärzte. Hinzu kommt, dass alte Menschen keine Lobby haben, sich häufig nicht artikulieren und ihre Rechte nicht einklagen können.

Die demografische Entwicklung mit der ständig steigenden Zahl älterer Menschen wird – auch wenn Gewalt selbst nicht zunehmen sollte – die Häufigkeit von Übergriffen auf pflegebedürftige Patienten erhöhen. Wie kann man dem begegnen? Es gibt zu wenig genutzte Möglichkeiten, sich kompetenten Rat zu holen, bei Sozialstationen, „Pflege in Not“, den sich entwickelnden Pflegestützpunkten und ähnlichen Einrichtungen. Strukturelle Defizite entstehen durch die immer dünner werdende Decke gut ausgebildeten und motivierten Personals, das immer mehr polymorbide und immer ältere Patienten pflegen und betreuen muss. Überforderung und Unzufriedenheit sind die Folge.

Welche Rolle spielen dabei wir Ärzte? Insbesondere die Hausärzte kennen die Familienverhältnisse, die Biografie und den Gesundheitszustand der alten Menschen und sind häufig ihr einziger Vertrauter. Sie sollten ihr Anwalt sein. Sind wir uns dieser Problematik bewusst? Sehen wir immer genau hin?

Auf der in diesem Heft angekündigten Fortbildungsveranstaltung am 28.10.2008 „Aggression und Gewalt in der häuslichen Pflege“ wird in drei Kurzreferaten in das Thema eingeführt. In der anschließenden Diskussion mit Pflegenden, Angehörigen und Ärzten soll nach gemeinsamen Lösungen gesucht werden.

*Thea Jordan*

\*Sandwich-Frau: Frau mittleren Alters, die sowohl für die jüngere als auch für die ältere Generation sorgen muss. (Die Red.)



## TITELTHEMA.....

**MEDIZIN IM ALTER**

Ältere Patienten stellen Ärzte vor besondere Herausforderungen. Doch was genau macht geriatrische Patienten besonders (schwierig)? BERLINER ÄRZTE möchte mit diesem Schwerpunkt dieser Frage nachgehen und klären, wo die Defizite bei der Versorgung alter Patienten in Deutschland liegen.

**Die Besonderheiten des geriatrischen Patienten**

Von Claus Köppel.....14

**Der geriatrische Patient in der hausärztlichen Praxis**

Von Thea Jordan.....18

**Pharmakotherapie im Alter** Von Klaus Ehrental..... 21

Interview mit Cornel Sieber, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie..... 23

## MEINUNG.....

**Gewalt in der häuslichen Pflege**

Von Thea Jordan..... 3

## BERLINER ÄRZTE aktuell..... 4

## BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK .....

**Selbsterzeugte Klimakatastrophe?**

Vom Sinn der Selbstverwaltung  
Von Gerhard Andersen..... 24

**Patienten ohne Papiere**

Medizinische Versorgung von Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus  
Von Ulrike Hempel..... 34

## FORTBILDUNG.....

**Sicherer verordnen**..... 11**Fortbildungskalender**

Fortbildungsveranstaltungen der Ärztekammer Berlin..... 29

## PERSONALIEN.....

**Bestandene Facharztprüfungen**

Juli bis August 2008..... 28

**Manfred Stürzbecher wird 80**.....37**Zum Tode von Günter Hennies**.....37

## BUCHBESPRECHUNGEN....

**Das MSD-Manual der Diagnostik und Therapie, Elsevier**.....38

## FEUILLETON.....

**„Warum macht man uns das Leben so schwer?“**

Von Rosemarie Stein..... 39

**Impressum**..... 50

## Tendenz zu Zwei-Klassen-Medizin auch in Berlin

Planbare OP's werden in letzter Minute verschoben, Patienten warten monatelang auf einen Facharzttermin, der Übergang von der Klinik in die Praxis klappt nicht, Ärzte haben keine Zeit mehr, vakante Arztstellen werden nicht nachbesetzt.... die Auswirkungen der Gesundheitsreform sind auch in Berlin angekommen. So das ernüchternde Fazit der Berliner Patientenbeauftragten Karin Stötzner. Ende August stellte sie ihren aktuellen Tätigkeitsbericht vor und der lässt aufhorchen. Vor allem Chroniker, alte Menschen sowie Patienten mit geringem Einkommen und wenig Bildung fallen in einem auf größtmög-

liche wirtschaftliche Effizienz gebürsteten System durch den Rost. Die Erfahrungen der Patientenbeauftragten decken sich mit Beobachtungen der Ärztekammer Berlin. Vor allem in den Kliniken ist deutlicher Personalmangel spürbar. „Pflegekräfte und Ärzte sind abgehetzt und haben kaum noch Zeit, ihre Arbeit so zu gestalten, wie es im Sinne des Heilens nötig wäre“, so Stötzner.

Die Ärztekammer Berlin sieht sich bestätigt, warnt sie doch bereits seit 2001 vor den Auswirkungen der Klinikfinanzierung durch DRGs. So bleibt in Berlins Krankenhäusern immer weniger



Karin Stötzner

Zeit für erläuternde Gespräche, wer nach der Schwester klingelt, wird schon mal überhört, viele Patientenfragen bleiben ungeklärt. Patienten, die für die Mahlzeiten, den Gang zur Toilette oder einfachste Handgriffe Hilfe brauchen, sind mittlerweile dringend auf die Unterstützung von Angehörigen und Freunden angewiesen. Gerade alleinlebende, immobile und alte Patienten bleiben da auf der Strecke.

Zudem wird das Leistungsgeschehen für die Patienten unübersichtlicher. Einzelverträge, Bonusmodelle, Chronikerprogramme..... hier auf dem Laufenden zu bleiben ist schon für Experten anstrengend, viele Bürger sind damit schlicht überfordert. Mängel sieht Stötzner auch in der

abnehmenden Facharztdichte in Berlins Außenbezirken. Zudem wird eine Zunahme von IGeL-Offerten registriert, die mancherorts am Anmeldetresen wie eine „Eintrittskarte“ zur ärztlichen Untersuchung offeriert werden, was Karin Stötzner klar anprangerte.

Neben vielen anschaulichen Einzelbeispielen nennt der Tätigkeitsbericht leider zu seinen Unterthemen keine konkreten Fallzahlen. Im zweijährigen Berichtszeitraum gab es insgesamt 2024 Anfragen und 151 Kontakte mit ratsuchenden Institutionen. Der Tätigkeitsbericht der Patientenbeauftragten ist im Internet abrufbar unter [www.berlin.de/patienten/aktuelles/index.html](http://www.berlin.de/patienten/aktuelles/index.html)

## Ärztammer Berlin unterstützt Initiative Qualitätsmedizin

Die Ärztekammer Berlin unterstützt die neu gegründete Initiative Qualitätsmedizin (IQM). Die IQM geht auf eine Initiative der Helios Kliniken Gruppe zurück. Dazu haben sich sechs Krankenhausträger zusammengeschlossen: Neben Helios beteiligen sich das Unfallkrankenhaus Berlin (ukb), die Malteser, die Johanner GmbH, das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden und die SRH Kliniken. Insgesamt sind in der Startphase deutschlandweit rund 100 Krankenhäuser beteiligt.

Anlässlich der Gründung erläuterten die Beteiligten am 3. September auf einer Pressekonferenz das Konzept der IQM. So soll laut Helios-Chef Dr. Francesco de Meo in dem trägerübergreifenden Netzwerk anhand von ohnehin vorliegenden Routinedaten die Behandlungsqualität nachhaltig verbessert werden. Die Mitglieder der Initiative verpflichten sich zudem, die Ergebnisse in einer trägerübergreifenden Plattform transparent zu machen sowie am „Peer-Review-Verfahren“ teilzunehmen. Dabei sollen auffällige Ergebnisse bei Behandlungsprozessen von externen ärztlichen Fachkollegen analysiert werden, um sie anschließend zu verbessern.

Nach Ansicht von Berlins Ärztekammer-Präsident Dr. med. Günther Jonitz bietet das Konzept den „großen Charme“, dass die Routinedaten, also Abrechnungsdaten, die von den Kliniken an die Krankenkassen übermittelt werden müssen, ohnehin anfallen, somit kein weiterer Dokumentationsaufwand anfällt. Jonitz sprach sich für einen Wettbewerb der Qualitätssysteme aus. IQM



*Dr. med. Michael Almeling (SRH-Kliniken), Professor Dr. med. Dr. h.c. mult. Peter C. Scriba, Dr. Francesco de Meo, Professor Dr. med. Dr. h.c. Axel Ekkernkamp (ukb), Dr. med. Günther Jonitz und Karl Prinz zu zu Löwenstein (Malteser) (v.l.n.r.).*

könne keinesfalls bestehende Systeme wie beispielsweise die BQS-Messungen ersetzen, sondern nur ergänzen. Darin waren sich alle Beteiligten einig. Professor Dr. med. Dr. h.c. mult. Peter C. Scriba, der das Projekt wissenschaftlich begleitet, betonte, auf dem Weg zur besseren Qualität seien mehrere Methoden dringend erforderlich. ukb-Geschäftsführer Professor Dr. med. Axel Ekkernkamp zeigte sich überzeugt, dass sich weitere Klinikträger in naher Zukunft dem Projekt anschließen werden.

Die Initiative, die als zu einer Stiftung gehörendem Verein organisiert ist, erhält von Helios eine zweijährige Anschubfinanzierung von rund einer Million Euro. Danach soll sich der Verein über die Mitglieder tragen.

*srd*

ANZEIGE



Fortbildung

## Gemeinsame Fortbildung für Ärzte und Zahnärzte



Die Ärztekammer Berlin und die Zahnärztekammer Berlin wollen im Fortbildungsbereich verstärkt zusammenarbeiten. Den Auftakt bildet eine Pilotveranstaltung des Philip-Pfaff-Instituts (Fortbildungseinrichtung der Landes-zahnärztekammer Berlin und Brandenburg) unter dem Thema „Parodontitis und Diabetes mellitus: Etablierung einer notwendigen fachübergreifenden Zusammenarbeit“ am 28. November (18.00 bis 21.00 Uhr). Ärztekammer-Präsident Dr. med.

Günther Jonitz, Zahnärztekammer-Vorstandsmitglied Dr. Helmut Kesler (li.) und der Geschäftsführer des Pfaff-Instituts, Dr. Thilo Schmidt-Rogge (re.), waren sich bei einem Treffen am 11. September in der Ärztekammer einig, dass es bei vielen Krankheiten Anknüpfungspunkte zwischen Zahnärzten und Ärzten gibt. Diese sollen durch gemeinsame Fortbildungen gestärkt werden – wobei ein besonderer Augenmerk auf der Kommunikation liegt.

ANZEIGEN

## Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurde uns folgende Änderungen gemeldet

### Vivantes Humboldt-Klinikum

Seit dem 1. September leitet Prof. Dr.

Bettina Schmitz als Chefarztin die Klinik für Neurologie. Ehemals Oberärztin der Neurologischen Klinik und Poliklinik an der Charité Campus Virchow-Klinikum, löst sie Dr. Friedrich Paul ab, der in den Ruhestand verabschiedet wurde.

### St. Gertrauden Krankenhaus

Dr. Cornelius Würtenberger

übernahm zum 1. August die Leitung der Abteilung für Unfall-, Hand- und Orthopädische Chirurgie von Prof. Dr. Hans-Georg Breyer, der aus Altersgründen seine über 15-jährige Tätigkeit als Chefarzt beendet hat. Dr. Würtenberger war zuletzt Leitender Arzt der Abteilung für Unfallchirurgie und Orthopädie am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke.

Dr. Andreas Westkott übernahm zum 18. August als Chefarzt die Abteilung für Allgemeine und Viszerale Chirurgie. Er wird Nachfolger von Priv.-Doz. Dr. Klaus Henning Fey, der aus Altersgründen seine mehr als 23-jährige Tätigkeit als Chefarzt beendet hat. Seine Funktion als Ärztlicher Direktor wird PD Dr. Fey weiterhin wahrnehmen. Dr. Westkott war bislang Chefarzt der Chirurgischen Klinik im Vivantes-Klinikum Prenzlauer Berg.

Priv.-Doz. Dr. Jörg-Peter Harnisch und Priv.-Doz. Dr. Joachim Wachtlin leiteten bisher gemeinsam die nach Schwerpunkten getrennte Abteilung für Augenheilkunde. Seit dem 1. August übernahm Dr. Wachtlin die Gesamtleitung. Dr. Harnisch wurde in den Ruhestand verabschiedet.

### Krankenhaus Hedwigshöhe

Bereits im April begann Martin Lilge

als Chefarzt des Zentrums für Endoprothetik seine Tätigkeit, das erstmalig mit dieser Position besetzt wurde. Vormalig leitender Oberarzt in der Rheumaorthopädie des Johanniter Krankenhauses Treuenbrietzen war er bereits seit zwei Jahren als leitender Arzt des Zentrums für Endoprothetik in Hedwigshöhe 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

## Neu erschienen

### Architekturführer erläutert Kammer-Gebäude

Das Gebäude der Ärztekammer Berlin, bezogen im Jahre 2003, steht im Mittelpunkt eines neu erschienenen Architekturführers. Die Autorinnen Christiane Borgelt und Regina Jost haben die Einbindung des Gebäudes in seine innerstädtische Umgebung sowie die Geschichte des Grundstücks an der Friedrichstraße 16 ausführlich gewürdigt.

Mit vielen Fotos von Svenja Bockhop und Heinrich Hermes werden die architektonischen Lösungen des Büros Hascher und Jehle erläutert und alle Innenbereiche vorgestellt. Das kleine Heft im Jackentaschenformat ist Teil einer beim Stadtwandel-Verlag erschienen Reihe, die interessante Berliner Bürobauten und öffentliche Gebäude vorstellt.

Zu haben für 3 € über den Buchhandel,  
ISBN 978-3-86711-052-5

## Medizinische Fachangestellte

### Ärzte für Prüfungen gesucht

Der Vorstand der Ärztekammer Berlin beabsichtigt, zusätzliche Ausschüsse für die Abnahme der praktischen Prüfungen (Prüfungsabnahmeausschüsse) in dem Ausbildungsberuf Medizinische Fachangestellte sowie für die Erstellung von praktischen Aufgaben für die Prüfungen (Aufgabenerstellungsausschüsse) einzurichten. Die Ausschüsse werden mit je einer Ärztin/einem Arzt, einer Arzthelferin beziehungsweise Medizinischen Fachangestellten sowie einer Lehrkraft der berufsbildenden Schulen besetzt. Die Prüfungsausschussmitglieder müssen in den Prüfungsgebieten sachkundig und für die Mitwirkung im Prüfungswesen geeignet sein. Die ehrenamtliche Tätigkeit wird entschädigt.

Wir bitten interessierte Kammermitglieder, insbesondere Ärzte und Ärztinnen, die Arzthelferinnen oder Medizinische Fachangestellte ausbilden oder bereits ausgebildet haben, ihr Interesse an der Übernahme einer Tätigkeit in einem Aufgabenerstellungsausschuss bis zum 7. Oktober bzw. in einem Prüfungsabnahmeausschuss bis zum 24. Oktober 2008 schriftlich anzuzeigen.

Bitte richten Sie Ihr Schreiben mit Angaben zu Ihrer bisherigen Ausbildungs- bzw. Prüfungserfahrung an die Ärztekammer Berlin, Abteilung Kammermitgliedschaft/Berufsbildung/EU- und Kammerrecht. Unter der Telefonnummer 030/4 08 06 - 26 26 erhalten Sie weitere Informationen.

## Kunst

### Neue Ausstellung in der Kammer

Mit dem Thema Schutzimpfungen beschäftigt sich die neue Ausstellung „Prävention auf neuen Wegen“ im Foyer der Ärztekammer Berlin. Die farnefrohen Bilder entstanden auf Initiative des Berliner Arzte Dr. med. univ. Helmut Hoffmann im Biologie-Unterricht einer 9. Klasse der Evangelischen

Schule Frohnau. Die Bilder der Jugendlichen (hier das Bild des 14-jährigen Roman) nähern sich dem Thema auf höchst unter-

schiedliche Weise. Die Ausstellung ist noch bis Anfang November in der Ärztekammer Berlin,

Friedrichstraße 16, 10969 Berlin zu sehen.  
Kontakt zu Dr. Hoffmann:  
[helmut@helmuthoffmann.com](mailto:helmut@helmuthoffmann.com).



*Omeprazol***Hypomagnesiämie**

Bei zwei Patienten (78 und 81 Jahre) wurde im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes eine Hypomagnesiämie mit Hypokalzämie und Hypokaliämie festgestellt. Bei beiden verschwanden die Mangelsymptome durch entsprechende Substitution, traten jedoch wieder auf, sobald die Substitution gestoppt wurde. Unter den eingenommenen Medikamenten (9 bzw. 10 Einzelstoffe) waren auch 40 mg/d Omeprazol (Antra®, viele Generika). Erst nach Absetzen des Protonenpumpenblockers normalisierten sich die Elektrolyte und beide fühlten sich wieder wohl. Der Mechanismus der Beeinflussung der Elektrolyte durch Omeprazol bleibt unklar. Nach Ansicht der Autoren scheinen in Anbetracht der hohen Verordnungszahlen von Omeprazol zusätzliche Erkrankungen mit Auswirkungen auf Blutelektrolyte zu dieser Störung beizutragen.

Differenzialdiagnostisch sollte die Einnahme von Omeprazol in Erwägung gezogen werden, wenn unklare Magnesiummangelzustände auftreten. In der Fachinformation des Herstellers wird diese Elektro-

lytstörung nicht genannt. Es ist nicht auszuschließen, dass auch andere Protonenpumpenhemmer wie Lansoprazol (Agopton®, Lanzor®, viele Generika), Pantoprazol (Pantozol®, rifun®) oder Rabeprazol (Pariet®) ebenfalls Hypomagnesiämie verursachen können.

Quelle: Brit. med. J. 2008; 337: 173

*Gyrasehemmer***Anwendungseinschränkungen**

Der Gyrasehemmer Moxifloxacin (Avalox®) wurde von der europäischen Aufsichtsbehörde EMA wegen schwerwiegender Leberkomplikationen als Mittel der zweiten Wahl heruntergestuft (bei Bronchitis, Nasennebenhöhlen- und Lungenentzündung). Ähnliches gilt für Norfloxacin (viele Generika) in der Therapie der komplizierten Pyelonephritis. Aufgrund ihrer Wirkung nicht nur auf die bakterielle, sondern auch auf die humane DNA-Gyrase mussten in der Vergangenheit bereits einige Gyrasehemmer, überwiegend wegen schwerer unerwünschter Wirkungen (UAW) auf die Leber, aus dem Handel genommen werden:

| Jahr | Freiname      | Grund  |
|------|---------------|--|
| 1985 | Enoxacin      | Interaktionen  |
| 1992 | Temafloxacin  | Leber-, Nierentoxizität, HUS, Anapylaxie, Anämie               |
| 1993 | Lomefloxacin  | Phototoxizität, Lebertoxizität, ZNS-UAW                        |
| 1998 | Rosoxacin     | Marketingentscheidung  |
| 1999 | Trovafloxacin | Leberversagen, Lebertoxizität                                  |
| 1999 | Grepafloxacin | Kardiotoxizität  |
| 2000 | Pefloxacin    | Marketingentscheidung, aber auch: Phototoxizität, Tendinitiden |
| 2001 | Clinafloxacin | Phototoxizität, Einfluss auf den Zuckerstoffwechsel            |
| 2001 | Sparfloxacin  | Phototoxizität, ZNS-UAW  |
| 2004 | Fleroxacin    | Phototoxizität, ZNS-UAW  |
| 2004 | Gatifloxacin  | Einfluss auf den Zuckerstoffwechsel                            |
|      | Gemifloxacin  | Lebertoxizität   |

Quelle: Dtsch. Apo.Ztg. 2008; 148: 3362

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@aeckno.de  
Dr. Günter Hopf, ÄK Nordrhein, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf

Nachdruck aus dem Rheinischen Ärzteblatt 9/2008



### Kammer besteht auf Einhaltung von Prüfungsterminen

Die Organisation und Vorbereitung von Prüfungen nach der ärztlichen Weiterbildungsordnung ist ein aufwändiges Geschäft. Zumal deren Zahl in der Ärztekammer Berlin kräftig gestiegen ist. 1090 Prüfungen hat die Kammer allein im Jahre 2007 abgenommen, das sind 285 mehr als im Vorjahr. Im laufenden Jahr 2008 ist mit etwa 2000 Prüfungen zu rechnen. Ursache hierfür ist die im April 2006 in Kraft getretene neue Weiterbildungsordnung von 2004. Sie brachte eine Vielzahl neuer Bezeichnungen, für die nun stetig Anträge auf Anerkennung gestellt werden. Zudem ist inzwischen für fast alle Zusatzbezeichnungen eine Prüfung erforderlich, was zuvor in dieser Breite nicht der Fall war. Diese Verdichtung des Prüfungsgeschehens erfordert es, dass einmal gefundene und angesetzte Prüfungstermine von allen Beteiligten auch eingehalten werden. Denn platzt ein Termin, findet sich oft erst mit großem Zeitabstand ein neuer.

Der Grund: Prüferinnen und Prüfer nehmen ihre ehrenamtliche Aufgabe oft an ihren freien Tagen, nach oder vor einem langen Arbeitstag wahr. Aus diesem Grund stehen sie nur zu gewissen Terminen für ihre Aufgabe zur Verfügung. Ist ein Prüfungstermin gefunden, wird er den Prüfungskandidaten mindestens 14 Tage vorher mitgeteilt und ist in jeder Hinsicht bindend.

#### Absage nur in Ausnahmefällen möglich

Prüfungsabsagen kommen nur in wenigen Ausnahmefällen in Betracht, nämlich dann, wenn

ein ausreichender Grund der Prüfung im Wege steht. Ausreichende Gründe liegen dann vor, wenn der Prüfungskandidat keine von ihm beeinflussbare Möglichkeit hat, den Prüfungstermin wahrzunehmen. Der Grund muss derart gewichtig sein, dass er der Prüfung vorgeht. Schwere Krankheit ist hier beispielhaft zu nennen. Liegt ein derartiger Grund vor, muss er der Ärztekammer unverzüglich mitgeteilt werden. Andernfalls riskiert die Prüfungskandidatin/der Prüfungskandidat, dass sein Fernbleiben als nicht entschuldigt gewertet wird und die Prüfung als nicht bestanden gilt.

Prüfungsabsagen haben immer schriftlich unter Darlegung der Gründe zu erfolgen und sind mit entsprechenden Nachweisen glaubhaft zu machen.

Das Einhalten der Prüfungstermine hat nicht nur organisatorische Gründe – es sollen vor allem gerechte Startbedingungen für alle sichergestellt werden. Alle Prüfungskandidaten sollen die gleichen Chancen haben, eine erfolgreiche Prüfung abzulegen und müssen vor ungerechtfertigten Absagen anderer geschützt werden. Unter allen Umständen soll vermieden werden, dass Prüfungstermine abgesagt werden, nachdem ein Prüfungskandidat

in der Ladung die Namen seiner Prüfer erfahren hat und sich eine bessere Ausgangssituation verschaffen will.

#### Jahresprüfungsplan im Gespräch

Um das Prüfungsgeschehen künftig noch effizienter zu gestalten, denkt die Ärztekammer Berlin derzeit darüber nach, eine Jahresplanung mit für 12 Monate im voraus fixierten Prüfungsterminen zu testen, wie dies in zahlreichen Flächenländern bereits praktiziert wird.

Eileen Szabó  
Ärztekammer Berlin, Weiterbildung

Kammer intern

### Tätigkeitsbericht 2007 erschienen



Der Tätigkeitsbericht der Ärztekammer Berlin 2007 ist erschienen. Er wurde nicht nur sprachlich komplett verändert und neu gegliedert, zudem enthält er eine Fülle neuer tabellarischer Übersichten und Farbdigramme, mit denen die Arbeitsergebnisse der Kammer übersichtlich dargestellt sind. Farblich abgesetzt werden die zu den jeweiligen Ressorts gehörenden ehrenamtlichen Gremien vorgestellt. Zudem sind alle Ausschuss-Mitglieder erstmals in einem eigenen Anhang vollständig namentlich aufgeführt – bislang waren nur die

Vorsitzenden gelistet. Im Einstiegskapitel wird das Ineinandergreifen der Arbeit von Haupt- und Ehrenamt sowie des Zustandekommen politischer Willensbildung in der Ärztekammer Berlin ausführlicher als bisher dargestellt.

Der Tätigkeitsbericht ist online unter [www.aerztekammer-berlin.de](http://www.aerztekammer-berlin.de) im Kapitel „Kammer/ Delegiertenversammlung/Tätigkeitsberichte der Ärztekammer Berlin“ als PDF-Dokument zum Download eingestellt.

Neu in der Kammer

## Beliebte Begrüßungsgespräche



Foto S. Rudat

Die Begrüßungsgespräche für Neumitglieder der Ärztekammer Berlin erfreuen sich immer größerer Beliebtheit. Besonders junge Ärzte nehmen gerne die Gelegenheit wahr, sich einen Überblick über die grundlegenden Prinzipien der ärztlichen Selbstverwaltung zu verschaffen.

Rund 40 Ärztinnen und Ärzte informierten sich beim letzten Begrüßungsgespräch am 3. September über die Arbeit und die Aufgaben „ihrer“ Kammer. Geschäftsführer Dr. med. Gerhard Andersen erläuterte neben dem geschichtlichen Hintergrund des Kammerwesens auch anschaulich die grundlegenden Strukturen des deutschen Gesundheitswesens und die besondere Stellung einer Körperschaft des öffentlichen Rechts. Anschließend ging er

detailliert auf die einzelnen Aufgaben und Funktionen der Kammer ein. Viele der Informationen sorgten bei den Teilnehmern für erhellende Mienen. So war zum Beispiel vielen neu, dass Beschlüsse des Deutschen Ärztetages erst von den Delegiertenversammlungen der Landesärztekammern umgesetzt werden müssen, bevor sie für die Ärzte gelten. Die Fragen der jungen Ärzte drehten sich dann vor allem um ganz praktische Dinge: Wie bekomme ich meine Fortbildungspunkte? Worauf muss ich bei Fortbildungsveranstaltungen achten? Welche Rechte und Pflichten habe ich als Weiterbildungsassistent?

Für besonderes Interesse sorgt in jüngster Zeit auch bei jungen Ärztinnen und Ärzten das Thema Altersversorgung. Der Kammergeschäftsführer

erläuterte die Berliner Ärzteversorgung, die anders als die Deutsche Rente Bund kapitalgedeckt und nicht umlagenfinanziert ist. Für Unverständnis sorgte bei den Teilnehmern das Lokalitätsprinzip, wonach seit zwei Jahren ein Wechsel der Landesärztekammer auch den Wechsel des Versorgungswerkes mit sich bringt. Andersen erklärte die Fallstricke dieses Prinzips, das die Ärztekammer Berlin immer abgelehnt hatte.

Die Teilnehmer zeigten sich von der entspannten Gesprächsatmosphäre sehr angetan. Von dem für sie ehemals abstrakten Gebilde Ärztekammer hatten sie nun ein klareres Bild bekommen. Die Begrüßungsgespräche, die in der Regel vom Geschäftsführer oder einem Bereichsleiter geführt werden, finden mehrmals im Jahr statt.

Die nächsten Termine sind:

**Mittwoch, 19. November 2008**

**Mittwoch, 25. Februar 2009**

**Mittwoch, 17. Juni 2009**

**Mittwoch, 9. September 2009**

**Mittwoch, 9. Dezember 2009**

Beginn jeweils um 19.00 Uhr.  
Ort: Friedrichstraße 16,  
10969 Berlin, 6. OG.

Um eine kurze telefonische  
Anmeldung unter  
030/408 06-2508  
wird gebeten.

## Eingeschränkte Erreichbarkeit

Aufgrund von technischen Problemen eines Dienstleisters bei der Modernisierung der Telefonanlage ist die Ärztekammer Berlin am 1. September einen Großteil des Tages telefonisch nicht zu erreichen gewesen. Da alle Anrufe in der Zentrale zusammenliefen, hörten die Anrufer meist nur ein Besetztzeichen. Der Dienstleister konnte das Problem am Nachmittag schließlich lösen. Wir bitten die Anrufer um Entschuldigung. Durch die Modernisierung der Telefonanlage werden die Erreichbarkeit und die Service-Freundlichkeit der Kammer weiter erhöht.



Die Lebenserwartung in Deutschland steigt, der Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung nimmt kontinuierlich zu. Bei zudem erfreulicher Ausweitung auch der krankheitsfreien Lebenserwartung verschiebt sich am Ende des Lebens in der Regel das Krankheitsspektrum. Demenzen, Malignome und Multimorbidität nehmen zu. Konzepte zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung sollten dies berücksichtigen und dabei die Besonderheiten des geriatrischen Patienten im Blick halten. Hierzu gehört vor allem die Multimorbidität und daraus resultierende fehlende leistungsfähige physiologische Reserven. Hinzu kommen Gebrechlichkeit, kognitive Einschränkungen, eingeschränktes Seh- und Hörvermögen, eingeschränkte oder aufgehobene Selbsthilfefähigkeit, verminderte Durstperzeption und Exsikkoserisiko, das Risiko einer Mangel- und Fehlernährung und Inkontinenz. Bei der auch für den alten Menschen rational zu begründenden Therapieentscheidung sollte immer eine – methodisch beim multimorbiden Patienten leider nicht einfache – Benefitabschätzung vorgenommen werden. Zudem ist das soziale Umfeld und der Wille des Patienten bei allen Therapieentscheidungen von besonderer Bedeutung.

*Von Claus Köppel*

Medizin im ALT ER





# Besonderheiten des geriatrischen Patienten

**E**in physiologischer Alternsprozess ist für sich betrachtet nichts Pathologisches und erlaubt die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben bis ins hohe Alter. Ältere Menschen stellen eine wichtige gesellschaftliche Ressource dar. Einkommen und nicht zu unterschätzen der Bildungsgrad haben jedoch einen erheblichen Einfluss auf den Gesundheitszustand im Alter. Die Zunahme der Lebenserwartung korreliert weltweit bemerkenswert mit dem Pro-Kopf-Brutto-Sozialprodukt eines Landes, wobei aber offenbar auch die „Gerechtigkeit“ der Einkommensverteilung eine Rolle spielt.

Für die medizinische und pflegerische Versorgung einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung spielt der Aspekt der krankheitsfreien Lebenserwartung eine wesentliche Rolle. Positive Faktoren sind weiterhin ein hoher Bildungsgrad und ein gesichertes Einkommen im Alter. Die Zunahme der krankheitsfreien Lebenserwartung mit gleichzeitiger Zunahme der Gesamtlebenserwartung ist in ökonomischer Hinsicht ein positives Signal. Allerdings kommt es am Ende des Lebens zu einer Verschiebung des Krankheitsspektrums mit Zunahme der Demenzen, malignen und Multimorbidität. Gerade Demenzen, für die es bisher leider nur eine symptomatische Behandlung gibt, sind gesundheitsökonomisch kostenaufwändig. Leider gibt es in für die nächsten Jahre auch noch keine Hoffnung auf eine kausale Therapie.

## Heterogenes Klientel

Grundsätzlich gilt: Hochaltrige Patienten können bezüglich ihres biologischen Alters und Gesundheitszustandes extrem heterogen sein. So können kalendarisches und biologisches Alter beim alten Menschen weit auseinanderklaffen. Es gibt zunehmend „topfitte“ zum Teil noch berufstätige Hochaltrige neben vorgealterten Menschen,

Schema 1

### Definition des geriatrischen Patienten

Geriatrische Patienten sind definiert durch:

- Geriatrietypische Multimorbidität und
  - Höheres Lebensalter (überwiegend 70 Jahre oder älter);
- (die geriatrietypische Multimorbidität ist hierbei vorrangig vor dem kalendarischen Alter zu sehen);

oder durch

- Älter als 80 Jahre
- mit alterstypisch erhöhter Vulnerabilität, z.B. wegen
- des Auftretens von Komplikationen und Folgeerkrankungen,
  - der Gefahr der Chronifizierung sowie
  - des erhöhten Risikos eines Verlustes der Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus

chronisch Kranken und Pflegebedürftigen. Dies erfordert differenzierte Überlegungen zur medizinischen und pflegerischen Versorgung alter Menschen.

Schema 1 zeigt eine Definition des geriatrischen Patienten gemäß einer Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie, der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen. Unter älteren Patienten gibt es natürlich auch monokausal Erkrankte ohne nennenswerte Begleitmorbidität und ohne Gefährdung ihrer Selbsthilfefähigkeit, die nicht den geriatrischen Patienten zuzurechnen sind. In der ambulanten Versorgung geriatrischer Patienten sind zunächst die Hausärzte, bei speziellen organ- oder systembezogenen Erkrankungen Gebietsärzte und im stationären Bereich Geriater und je nach Fragestellung auch andere Fachgebiete gefordert. Domäne der Geriatrie im stationären und teilstationären Bereich sind all die Patienten, die in ihrer Selbsthilfefähigkeit gefährdet sind und bei denen in der Regel eine geriatrische Komplexbehandlung mit rehabilitativem Schwerpunkt

angezeigt ist. Im Bereich der stationären Versorgung gehört die Geriatrie mittlerweile in vergleichbarer Größenordnung wie die Kardiologie und die Gastroenterologie zu den drei größten bettenführenden Disziplinen in der konservativen Medizin. Die Tendenz ist steigend.

ANZEIGE



Foto: Irmi Long



## Ziel: Selbstständigkeit erhalten

Die Wahrnehmung des Fachgebietes Geriatrie durch Nicht-Geriater ist oft von der Überzeugung geprägt, dass der Umgang mit geriatrischen Patienten nur wenig befriedigend sein kann, da medizinische Behandlungsoptionen meist beschränkt sind und „Heilerfolge“ nicht vorkommen. Dem ist entgegenzusetzen, dass die Tätigkeit in der Geriatrie sehr wohl dem gesamten Behandlungsteam Erfolgserlebnisse vermittelt, die sich allerdings nicht an der „Heilung“ sondern an der Rehabilitation und dem Wiedergewinnen von Fähigkeiten des täglichen Lebens (ADL) festmachen. Patienten, die eine geriatrische Rehabilitation erfahren haben und wieder in das häusliche Umfeld entlassen werden können, sind meist sehr dankbar und spiegeln die Bemühung des therapeutischen Teams zurück. Auch die Sterblich-

keit bei einem stationären Aufenthalt in der Geriatrie ist keineswegs höher als in anderen Abteilungen. Empirische Untersuchungen geriatrischer Patienten zeigen, dass sie bescheidener in ihren Ansprüchen an die Lebensqualität als jüngere Fremdbeurteiler wie zum Beispiel Verwandte und auch Pflegekräfte sind. Dies gilt es auch bei allen Therapieentscheidungen nicht mehr einwilligungsfähiger Patienten zu berücksichtigen.

## Typische Besonderheiten

Worin liegen altersphysiologisch begründete Besonderheiten älterer Patienten? Oft werden die im Schema 2 genannten Problemfelder in ihrer alltagspraktischen Bedeutung unterschätzt. Dies gilt insbesondere für die abnehmende Durstperzeption. Auch für depressive Erkrankungen im Alter ist ein Underreporting belegt. In Schema 3 sind ohne Anspruch auf Vollständigkeit die

Schema 2



Foto: Irmi Long

### Besonderheiten des älteren Menschen

- Multimorbidität und daraus resultierende Instabilität
- Abnehmende Durstperzeption, Risiko der Exsikkose
- Risiko der Mangel- und Fehlernährung, Abnahme der Geschmacksempfindung
  - Probleme seitens des Kauapparats
  - Verminderter Visus
  - Altersschwerhörigkeit
- Osteoporoserisiko, Frakturrisiko, nach Stürzen Immobilität
- Kognitiver Abbau, Mild Cognitive Impairment, demenzielle Syndrome
  - Soziale Vereinsamung
  - Depressive Syndrome
- Veränderte Pharmakokinetik und Pharmakodynamik (letztere wird oft unterschätzt!)
- Abnehmende Nierenfunktion

Schema 3

## Die typischen geriatrischen Syndrome

- Stürze, Schwindel, Synkopen, Frakturen
- Delir bei demenziellen Syndromen
- Infekte insbesondere bei kompliziertem Verlauf (Pneumonien, Harnwegsinfekte, Sepsis, Divertikulitis)
- Zustand nach Apoplex
- Kachexie, Nahrungsverweigerung
- Schübe neurodegenerativer Erkrankungen (M. Parkinson, multiple Sklerose)
- Periphere arterielle Verschlusskrankheit
- Zustand nach Amputation, Prothesenanpassung und -schulung
- Chronische Wunden, Decubiti, Wundheilungsstörungen
- Immobilisations-Syndrom nach größeren Operationen
- Chronische Schmerzzustände
- Instabilität bei Multimorbidität
- Schluckstörungen (nach Apoplex, aufgrund neurodegenerativer Erkrankungen)
- Exsikkose, Verwirrheitszustände
- Ernährungsstörungen im Alter
- Endstadien von malignen Erkrankungen, die eine palliative Behandlung erforderlich machen

Schema 4

## Entscheidungsfindung bei geriatrischen Patienten

Vor jeder Intervention sollte der Blick auf folgende Faktoren gerichtet werden:

- den Willen des Patienten oder seinen mutmaßlichen Willen
- die Berücksichtigung von Patientenverfügungen
- Leitlinien, soweit vorhanden und auf den Fall anwendbar
- Evidenz aus klinischen Studien
- die Einschätzung des erreichbaren Benefit für den alten Patienten
- die Einschätzung von Risiken, Nebenwirkungen, Interaktionen
- die zu erwartende Compliance

typischen geriatrischen Erkrankungen, die in geriatrischen Kliniken behandelt werden, aufgeführt.

Es ist guter Brauch, sich in der Medizin an evidenzbasierten Leitlinien in Therapieentscheidungen zu orientieren. Dies stößt in der Geriatrie an einige praktische Probleme, da in klinischen Studien der Einschluss von älteren Patienten häufig ausdrücklich ausgeschlossen wird. Bei der extrem unterschiedlichen Multimorbidität geriatrischer Patienten sind dem Erkenntnisgewinn aufgrund dieser Heterogenität der Vergleichbarkeit von Studienarmen Grenzen gesetzt: Einzelne kontrollierte Studien an Älteren zeigen, dass auch Hochaltrige sehr wohl von therapeutischen Interventionen profitieren können. Zielvariable für derartige Studien ist die Lebensqualität und in der Regel weniger die Lebenserwartung. Wichtige Aufgaben sind die Entwicklung einer kausalen Therapie bei Demenzen und die Weiterentwicklung einer geriatrischen Onkologie.

## Die Abschätzung des Benefit

Eine besondere Schwierigkeit besteht darin, die Prognose einer Erkrankung insbesondere bezüglich der zu erwartenden Besserung der Lebensqualität einzuschätzen. Je erfahrener ein Arzt ist, umso unsicherer wird er möglicherweise



Foto: Irmi Long

in diesem Punkt sein. Ein Behandlungsversuch kann sehr wohl gerechtfertigt sein, wenn er dann bei ausbleibendem Erfolg wieder abgebrochen wird. Hilfreich für Therapieentscheidungen kann das multidimensionale geriatrische Assessment mit bewährten und evaluierten Instrumenten im klinischen Verlauf sein. Die im Einzelfall zu treffende Entscheidung über eine Therapieoption kann es aber nicht abnehmen. Als ein Instrument der Qualitätskontrolle ist das geriatrische Assessment gleichwohl unentbehrlich.

Ein praktisches Problem besteht in der Erfahrung des Autors bisweilen in Diskussionen mit bevollmächtigten

Angehörigen und deren grundsätzlicher Verweigerung einer zur Überbrückung einer Schluckstörung zu legenden PEG bei Patienten nach Apoplex mit positiver Prognose. Hier geht es wohlgemerkt nicht um eine PEG-Anlage bei vollkompensatorisch pflegebedürftigen Patienten ohne Besserungsaussicht nur zur Lebensverlängerung.

Nicht verschwiegen werden sollte auch, dass bei Therapieentscheidungen durch Angehörige aufgrund einer Vorsorgevollmacht manchmal nicht sachgerechte Momente eine Rolle spielen. Wenn Angehörige Schwerstpflegebedürftiger von der Rente oder dem Pflegegeld ihren Lebensunterhalt bestreiten, werden bisweilen ethisch bedenkliche lebensverlängernde Maßnahmen verlangt. Die Versorgung des geriatrischen Patienten erfolgt in einem multiprofessionellen Team unter Einbeziehung der Angehörigen und des Umfeldes. Dem bereits frühzeitig einzuleitenden Entlassungsmanagement kommt eine nicht zu unterschätzende Bedeutung zu. Sehr hilfreich sind abgestufte Versorgungsformen wie die Geriatrische Tagesklinik, ambulante geriatrische Rehabilitation und andere vernetzte Angebote.

PD Dr. med. Dr. Claus Köppel

Klinik für Innere Medizin – Geriatrie  
Vivantes Wenckebach-Klinikum  
Wenckebachstr. 23, 12099 Berlin

# Der geriatrische Patient in der hausärztlichen Praxis

Geriatrische Patienten, in Großstädten wie Berlin häufig allein lebend, sind dringend auf Hilfe und Unterstützung angewiesen. Gerade wenn Angehörige nicht hier leben, sind Hausärzte häufig der einzige kontinuierliche Kontakt der Patienten und die wichtigste Schnittstelle, bei der die Fäden über Klinikaufenthalte, Reha, Mobilitätshilfen und Arzneimittelversorgung zusammenlaufen. Unsere Autorin, erfahrene Hausärztin aus Friedrichshain und seit kurzem im Ruhestand, zeigt auf, wo das auf Effizienz gebürstete deutsche Gesundheitswesen alte Menschen abhängt und wie hausärztliche Hilfe ansetzen muss.

*Von Thea Jordan*

40-60 Prozent der Patienten in Hausarztpraxen sind über 65 Jahre alt. Sie leben meist allein in ihren eigenen Wohnungen, versorgen sich selbst, werden von Angehörigen und/oder Sozialstationen betreut oder sind in einem Altenheim bzw. zu einem kleinen Prozentsatz in Wohngemeinschaften untergebracht. In diesen unterschiedlichen sozialen Lebensformen hat der Hausarzt die Aufgabe, nicht nur die akuten und chronischen Erkrankungen sowie die Funktionsstörungen zu behandeln, sondern ist zusätzlich für die Koordination verantwortlich. Diese meist sehr zeitaufwändigen Aufgaben laufen in den Hausarztpraxen gleichberechtigt neben der Behandlung der Patienten anderer Altersgruppen ab und fordern durch ihre Komplexität das Engagement des gesamten Praxisteam.

Der medizinische Behandlungsbedarf der pflegebedürftigen geriatrischen Patienten ist hoch. Im Mittel leiden sie an mehr als vier chronischen Erkrankungen gleichzeitig, vorwiegend des Herz-Kreislauf-Systems (KHK, Apoplexie, pAVK), an Diabetes mellitus, Niereninsuffizienz, chronischen Magen-Darmerkrankungen, Tumorerkrankungen und degenerativen Wirbelsäulen- und Gelenkleiden. Hinzu kommen psychiatrische Erkrankungen,

wie Demenz, Depressionen und Psychosen. Chronische Schmerzsyndrome unterschiedlicher Genese, Funktionsstörungen wie Minderung oder Verlust des Seh- und Hörvermögens, Einschränkungen der Mobilität. Ängste oder Inkontinenz verschlechtern die Situation, machen den Patienten von fremder Hilfe abhängig und führen zu Isolation und Vereinsamung. Die medikamentöse Behandlung ist aufgrund der Polymorbidität, der Interaktionen, der Kumulationsgefahr, den subjektiven und objektiven Medikamentenunverträglichkeiten und den häufig vorhandenen kognitiven Störungen schwierig.

## Ständiges Prüfen des Medikamentenplans

Die Therapie hoch betagter Patienten ist im Gegensatz zu der jüngerer Patienten eher symptomorientiert, der therapeutische und präventive Effekt steht nicht immer im Vordergrund. Eine laufende Überprüfung des Medikamentenplans ist erforderlich. Infolge der Rabattverträge, Preisänderungen und Firmenzusammenlegungen ändert sich bei gleichem Wirkstoffinhalt der Name, die Farbe und das Aussehen von Packungen und Tabletten, was nicht nur bei den

Patienten sondern auch bei den pflegenden Angehörigen zu Unsicherheit und Verwechslung führen kann. Viele allein lebende und nicht nur hoch betagte Patienten haben zudem Schwierigkeiten, Blisterverpackungen und Tropfflaschen zu öffnen bzw. zu dosieren.

## Frühzeitige Entlassung schafft Folgeprobleme

Die durch Sparzwänge bedingte frühzeitige Entlassung aus den Akutkrankenhäusern bedingt, dass die Patienten nach der Entlassung viele Medikamente, zum Beispiel Antibiotika oder Heparin, überlappend bekommen müssen, was das Medikamentenbudget des Hausarztes erheblich belastet. Die Umstellung im Krankenhaus auf neue, auch überflüssige Medikamente kann den älteren Patienten verwirren, Unverträglichkeiten können auftreten, und die alten Medikamentenbestände bleiben übrig. Überdies ist die neue Therapie meist teurer. Eine bessere Kooperation zwischen Krankenhaus und behandelndem Arzt ist erforderlich. Zeitnahe Informationen zu bestehenden Erkrankungen, Unverträglichkeiten, sozialen Bedingungen und nicht zuletzt zum Entlassungstermin sollten ausgetauscht werden.

10-60 Prozent der Hochbetagten leiden an Mängeln in der Ernährung und Flüssigkeitszufuhr. In Absprachen mit den Pflegekräften der Heime oder Sozialstationen und den Angehörigen bzw. Betreuern sollte ein Maßnahmenkatalog entwickelt werden, da viele Faktoren – soziale, physiologische, psychologische und krankheitsbedingte – Ursache der Mangelernährung sein können. Altersbedingter Appetitverlust, veränderte Geschmacksempfindungen, Zahnprobleme, Nebenwirkungen von Medikamenten, Schluckstörungen verschiedener Genese, psychische Störungen, Depressionen, Demenz, auch soziale Ursachen, zum Beispiel Isolation und Altersarmut, können zu einem abnormen Gewichtsverlust führen. In 10-38 Prozent ist die Gewichtsabnahme durch eine maligne

Erkrankung bedingt; in 5-26 Prozent bleibt die Ursache ungeklärt. Außer der Behandlung der zugrundeliegenden Erkrankung und der Funktionsstörungen ist das Erfragen früherer Essgewohnheiten, etwa der Lieblingspeise, hilfreich. Frühzeitig sollte mit hochkalorischen Nahrungsmittelzulagen begonnen werden. Bei akuten Flüssigkeitsdefiziten ist es im Einzelfall möglich, durch kurzdauernde subkutane Infusionen, die auch von den Schwestern der Sozialstationen überwacht werden können, eine Zustandsverbesserung zu erreichen.

## PEG-Sonde – ja oder nein?

Medizinisch und ethisch schwierig ist die Entscheidung über das Legen einer PEG-Sonde. Sie muss nach Abwägen zwischen der Schwere und dem zu erwartenden Verlauf der Erkrankungen, dem mutmaßlichen oder geäußerten Willen des Patienten und dem möglichen Schaden gefällt werden. Das Stillen von Hunger und Durst gehört auch im Finalstadium zu den notwendigen Basismaßnahmen, nicht aber die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr. Bei einer PEG-Sonde muss dem Patienten zusätzlich eine orale Ernährung angeboten werden, es sei denn, er hat eine erhebliche Dysphagie und wiederholt aspiriert. Bei schwer dementen Patienten stellt die Entscheidung für oder gegen das Legen einer PEG-Sonde den Hausarzt und die Angehörigen vor große Probleme. Hilfreich können hier – außer den vorgenannten Kriterien – die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie sein. Kontraindiziert ist eine PEG bei der finalen Demenz. Dieser Zustand ist eingetreten, wenn der Patient sich in einem irreversiblen Gesundheitszustand befindet, immobil, vollständig pflegebedürftig, nicht mehr kommunikationsfähig ist und keine körperlichen Reserven hat. Die Angehörigen/Betreuer müssen informiert und befragt werden. Bei Ablehnung aufgrund fehlender Indikation zur PEG sind auch die Pflegenden über die

## FORTBILDUNGSVERANSTALTUNG

### Aggression und Gewalt in der häuslichen Pflege (2 Punkte)

Dienstag, 28. Oktober 2008, 19:30 Uhr

Ärztchammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10996 Berlin, Großer Saal

Veranstalter: Menschenrechtsausschuss der Ärztekammer Berlin

Immer wieder tauchen sie in den Medien auf: Fälle von Gewalt in häuslichen Pflegesituationen. Das einstige Tabuthema ist ins Bewusstsein der Öffentlichkeit gelangt, und das ist gut so. Die Veranstaltung, initiiert vom Menschenrechtsausschuss der Ärztekammer Berlin, wendet sich an Ärzte, Pflegekräfte und pflegende Angehörige und beleuchtet unter anderem folgende Fragen: Was ist überhaupt „Gewalt“ – wo fängt sie an? Wie können sich Außenstehende in einer interaktiven Gewaltsituation orientieren? Wie erkennt man, wer hier Opfer und wer Täter ist (wobei dies in vielen Situationen wechselt)? Wie kommt es zu Gewalt – wo liegen die Ursachen? Wie kann man sich in einer eskalierenden Pflegesituation verhalten, um nicht selbst zur Gewaltanwendung zu greifen? An wen kann man sich wenden, wenn man Gewalt in einer Pflegesituation bemerkt?

Drei Profis aus Ärzteschaft und Pflege erläutern das Thema aus ihrer Perspektive, liefern Beispiele aus der Praxis. Im Anschluss folgt eine Podiumsdiskussion mit dem Publikum.

Die Veranstaltung ist kostenlos, um Anmeldung wird gebeten unter Tel. 40806-1731 E-Mail: a.mutz@aekb.de

#### Referenten:

Gabriele Tammen-Parr, Projektkoordinatorin "Pflege in Not", Diakonisches Werk Berlin Stadtmitte e.V.

Dr. med. Martin Warnach, Ärztlicher Leiter Wichernkrankenhaus – Evangelisches Johannesstift Berlin-Spandau

Reinhard Piepenburg, Pflegesachverständiger, Ambulanter Pflegedienst Piepenburg und Partner

Moderation: Dirk Müller, Altenpfleger, Projektleiter Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie der Unionhilfswerk Senioreneinrichtungen gGmbH

Gründe aufzuklären. Der besonders am Wochenende auftretende „Drehtüreffekt“ – niedriger BMI, Krankenhauseinweisung durch den Notarzt, Entlassung nach kurzzeitiger Zustandsbesserung und Wiedereinweisung bei erneutem BMI-Abfall –, der aus der Angst des Pflegepersonals resultieren kann, Schuld am Verhungern oder Verdursten des Pflegebedürftigen zu haben, kann so vermindert werden. Gegenüber dem MDK ist die Entscheidung deutlich zu vertreten. Die Indikation zur PEG, die immer eine ärztliche Entscheidung ist, ist kontinuierlich zu überprüfen. Bei fehlendem Nutzen kann und muss sie entfernt werden.





Foto: AGR

## Großes Problem: Immobilität

Physio- und ergotherapeutische sowie logopädische Behandlungen sind bei Pflegebedürftigen, die in ihren Wohnungen leben, nicht nur durch die Immobilität schwierig durchzuführen. Von der Krankenkasse bezahlte Transporte werden meist nicht oder nur nach hohem bürokratischen Aufwand genehmigt, die Leistungserbringer können häufig nicht kontinuierlich behandeln und durch das begrenzte Heilmittelbudget sind mehreren Behandlungsserien Grenzen gesetzt, auch wenn durch eine oder mehrere dieser Maßnahmen eine wirkungsvolle Sturzprophylaxe, Besserung der Aktivität, der Mobilität und der Osteoporose zu erreichen ist.

Die Möglichkeit zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation ist im Prinzip zu begrüßen. Allerdings ist sie bei hoch betagten, schwer chronisch kranken Patienten nicht oder nur selten durchführbar. Die primäre physische und psychische Immobilität, der bürokratische Aufwand sowie die lange Bearbeitungszeit machen ihre Durchführung oft

unmöglich. Eine Behandlung durch mobile Teams im häuslichen Milieu könnte eine Alternative hierzu sein. Bei der ambulanten geriatrischen Betreuung fehlen ausreichende Mitbehandlungsmöglichkeiten durch Fachärzte. In einigen Fällen ist das Problem nur durch eine teure und nicht notwendige Krankenhausvorstellung zu lösen. Ursache ist die geringe und in den einzelnen Stadtbezirken sehr unterschiedliche Facharztdichte, sowie die absolut unzureichende Bezahlung der Hausbesuche.

## Es fehlt an Geld und Zeit

Die Reformen der letzten Jahre, wie zum Beispiel das Pflegeerweiterungsgesetz mit der Erhöhung des Pflegegeldes, der Förderung der Betreuung Demenzkranker und die ambulante geriatrische Rehabilitation sowie der Ausbau von geriatrisch spezialisierten Krankenhäusern können in Teilaspekten die Situation verbessern, werden aber bei der zu erwartenden demographischen Entwicklung nicht ausreichend sein. Hier wie auch bei der Vergütung der Haus- und Fachärzte sind Politik, Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen gefordert.

Die hochwertige medizinische und pflegerische Behandlung älterer Menschen kostet Geld, ihre Betreuung kostet Zeit. Beides ist in der Hausarztpraxis in nicht ausreichender Menge vorhanden. Zahlen von 2002 besagen, dass der durchschnittliche Arzt-Patientenkontakt in der ambulanten Medizin 7,8 Minuten dauert. Wie ist es hier möglich, eine humane Betreuung geriatrischer Patienten zu gestalten? Durch eine gute Zusammenarbeit mit den Pflegenden und Angehörigen, eine bessere Organisation in den Pflegeheimen, durch Aufbau von individuell gestalteten Pflegenetzen, in die außer Fachärzten, auch Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden, ambulante Pflegedienste, Medizinische Fachangestellte, Sozialarbeiter, Orthopädietechniker und geriatrische Kliniken eingeschlossen sein können, kann die hausärztliche

Betreuung geriatrischer Patienten effizienter und besser gestaltet werden. Von den Ärztekammern ist eine flächendeckende geriatrische Fortbildung für Hausärzte zu organisieren, die in möglichst bundesweiten, zeitlich nicht aufwändigen Teilmodulen die geriatrische Qualifikation des Hausarztes aufbaut. Von den Krankenkassen, der Politik und der KV ist zu fordern, dass die Aus- und Weiterbildung und die aufwändige geriatrische Betreuung auch honoriert werden. Der weitere Ausbau von Zentren und Fachärzten mit geriatrischem Schwerpunkt allein reicht für die jetzige und zukünftige Versorgung alter Patienten jedoch nicht aus. Das Berliner Modellprojekt „Die Pflege mit dem Plus“, das seit 10 Jahren besteht, sichert eine kontinuierlichere ärztliche Versorgung in den Heimen. Dieses Modell auszubauen, das heißt vor allem unter Einbeziehung aller Kassen und Anpassung der Honorierung, könnte ebenso wie der Aufbau von Verbünden zwischen Haus- und Fachärzten sowie anderen Versorgungspartnern, die medizinische Betreuung ambulant und in den Heimen bessern.

Aufgabe von uns Ärzten ist es, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern sowie Sterbenden bis zum Tod beizustehen. Diese Grundsätze gelten in besonderem Maße für geriatrische Patienten, deren Gesundheit wir meist nicht mehr wiederherstellen können, deren Würde wir wahren und deren Selbstbestimmung wir achten müssen. Hier sind unsere Einstellung und unser Engagement gefragt, nicht nur das Geld. Von vielen unserer alten Patienten bekommen wir ideelle Werte in Form von Dankbarkeit und Vertrauen zurück.

Dr. med. Thea Jordan

Hausärztliche Internistin im Ruhestand bis 4/08 tätig an der Poliklinik „F. Joliot-Curie“ in Friedrichshain Sana Gesundheitszentrum Berlin GmbH

Vorsitzende des Menschenrechtsausschusses der Ärztekammer Berlin

# Pharmakotherapie im Alter

Multimorbidität im Alter begründet Multipharmakotherapie, wodurch vermehrt unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) auftreten können. Diese verursachten 2000 etwa 5% aller Krankenhausaufnahmen in der BRD (2). Patienten über 60 Jahre (gut ein Viertel der Bevölkerung) erhielten 2003 fast 60% aller Verordnungen in der GKV, in der Regel von ihren Hausärzten und/oder Internisten. Während in der GKV ein 20- bis 25-Jähriger 2004 jährlich 96 DDD (defined daily doses, Tagesdosen) erhielt, so bekamen 85- bis 95-Jährige jährlich 1399 DDD (1).

Multipharmakotherapie im Alter bedarf besonderer individueller Vorsichtsmaßnahmen, um dem Patienten nicht mit der Therapie zu schaden. Seitens der Pharmaindustrie wird jedoch in erster Linie Geld für Medikamentenwerbung bei Ärzten (und bei Laien) ausgegeben. Der Betrag, der für die Forschung aufgebracht wird, ist deutlich geringer, was kürzlich in den USA öffentlich beklagt wurde. Nicht der

evidenzbasierte Nutzen oder mögliche Gefahren einer Therapie stehen im Vordergrund der Herstellerbemühungen, sondern die möglichst optimale Vermarktung. Der kritische Arzt tut deshalb gut daran, statt Behauptungen über unbewiesene positive Medikamentenwirkungen zu folgen, sich bei alten Patienten mit den wichtigen Besonderheiten einer Pharmakotherapie vertraut zu machen.

Von Klaus Ehrenthal

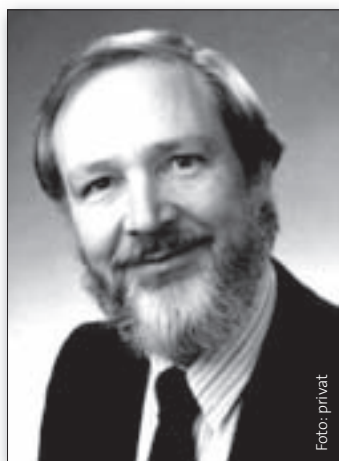


Foto: privat

## Besonderheiten der Pharmakotherapie im Alter

Die Absorption von Medikamenten ist schlechter. Dies trifft vor allem bei Magenschleimhautatrophie, Abnahme der intestinalen Durchblutung, Abnahme der Peristaltik, Kaustörungen, gestörten Ess- und Trinkgewohnheiten (sog. „Puddingvegetarier“, die auch noch zu wenig trinken), Obstipation oder chronische Diarrhoen zu.

## Änderung der Verteilungsräume

Hinzu kommt die Abnahme des Gesamtkörperwassers, der Anstieg des Körperfetts, die Abnahme der Muskelmasse, die Abnahme der Plasmaproteine (Albuminverminderung). Daraus folgt: Lipophile Stoffe (z.B. Amoxicillin, Barbiturate, Chlordiazepoxid, Diazepam, Nitrazepam, Oxazepam, Prazosin, Furosemid) unterliegen im Alter einem erhöhten Verteilungsvolumen mit vermehrter Speicherung in den vergrößerten Fettdepots. Überhöhte Gewebsspiegel sind deshalb möglich. Hydrophile Stoffe (z.B. ACE-Hemmer, Digoxin, Metronidazol, L-Thyroxin) unterliegen wegen einer „Alters-exsikkose“ einem niedrigen Verteilungsvolumen und benötigen zur Ausscheidung ausreichend Flüssigkeit. Da im Alter das Durstgefühl und die Nierenleistung abnehmen, droht Kumulation.

lungsvolumen mit vermehrter Speicherung in den vergrößerten Fettdepots. Überhöhte Gewebsspiegel sind deshalb möglich. Hydrophile Stoffe (z.B. ACE-Hemmer, Digoxin, Metronidazol, L-Thyroxin) unterliegen wegen einer „Alters-exsikkose“ einem niedrigen Verteilungsvolumen und benötigen zur Ausscheidung ausreichend Flüssigkeit. Da im Alter das Durstgefühl und die Nierenleistung abnehmen, droht Kumulation.

## Transporteiweiß

Da im Alter interindividuell unterschiedlich die Synthese von Eiweiß abnimmt (Albuminmangel), kann je nach Stärke der Eiweißbindung eines Stoffes der wirksame freie Anteil überraschend hoch sein. Dann muss die Dosis reduziert werden ebenso bei Konkurrenz verschiedener Stoffe durch unterschiedliche Stärke der Bindung an Albumin. Beispiel: Phenprocoumon bindet zu 99% an Albumin. Der Zusatz von zum Beispiel NSAR, Theophyllin oder Glibenclamid kann durch Verdrängung den wirksamen freien Phenprocoumon-Anteil gefährlich erhöhen.

## Renale Elimination, glomeruläre Filtrationsrate (GFR)

Ab dem 40. Lebensjahr nimmt die GFR um jährlich 1% ab, ein 70-Jähriger hat eine um 30-50% verminderte GFR. Dabei kann ein normales Serumkreatinin bei Zustand nach Muskelabbau (und dadurch vermehrte Freisetzung von endogenem Kreatinin) eine stark verminderte Nierenclearance verschleiern. Die GFR erscheint dann mit 70 ml/min etwa normal und liegt in Wahrheit nur bei 35 ml/min. Nach Cockcroft und Gault kann die Nierenclearance wie folgt errechnet werden:

für Männer  $(140 - \text{Alter}) \times \text{Gewicht (kg)} / 72 \times \text{Serumkreatinin (mg/ml)}$

für Frauen  $(140 - \text{Alter}) \times \text{Gewicht (kg)} / 85 \times \text{Serumkreatinin (mg/ml)}$

Im Alter sollten renal auszuscheidende Medikamente (z.B. Ampicillin, Benzylpenicillin, Captopril, Cefotaxim, Cefuroxim, Chinidin, Digoxin, Lithium, Metronidazol, Tetracyclin, Theophyllin, Triamteren) reduziert werden, damit sie nicht kumulieren (z.B. cave ototoxische Effekte bei Aminoglycosiden).

## Hepatische Elimination

Im Alter nehmen Leberperfusion (um 40%) und Eiweiß-Synthese unterschiedlich ab (Gesamtalbuminmangel kann ein Marker dafür sein). Die hepatische Elimination kann dadurch stark verändert sein (z.B. für Benzodiazepine, Betablocker, Diltiazem, Ergotamin, Fentanyl, Glyceroltrinitrat und andere Nitrate, Imipramin, Lidocain, Naloxon, Nortryptilin, Pentazozin, Pethidin, Prazosin, Salicylamid, Theophyllin, Verapamil und andere). Vornehmlich hepatisch eliminierte Stoffe müssen im Alter angemessen

reduziert werden. Zentral wirksame Stoffe müssen wegen einer Empfindlichkeitssteigerung im Alter und bei Leberperfusionsstörungen oft um 50% reduziert werden (z.B. Barbiturate, Benzodiazepine, Chlorpromazin).

## Interaktionen

Eine Enzyminduktion im Zytochrom-P450-Isoenzym-System durch Alkohol, Nikotin und etliche andere Stoffe kann die Verstoffwechselung in der Leber beschleunigen, was die Wirkung abschwächt (z.B. bei Barbituraten, vielen Antiepileptika, [Carbamazepin, Phenytoin], Griseofulvin, Isoniazid, Johanniskrautpräparaten, Omeprazol, Rifabutin, Rifampicin, Sulfipyrazon). Interaktionen können auch bei Multimedikation durch gegenseitige Hemmung oder Induktion im Zytochrom-P450-Isoenzym-System interindividuell unterschiedlich ausgelöst werden (3, 4).

## Compliance

Da über die Hälfte der über 70-Jährigen gleichzeitig 5 und mehr Medikamente einnimmt, ist die Einnahmeverlässlichkeit im Alter nur bei 50% gegeben. Besserung kann erreicht werden durch

- ausreichende Aufklärung über die beabsichtigte Wirkung und über Nebenwirkungen,
- vereinfachte, verständliche schriftliche Medikamentenpläne, Hilfsmittel (z.B. Dosett),
- Bevorzugung von Einmalgaben statt mehrmals tägliche Gaben,
- Anwendung einer möglichst geringen Zahl von Arzneistoffen (weniger ist mehr),
- Verwendung altengerechter Verpackung und Darreichungsform.

## Weitere detaillierte Hinweise

...finden sich in der Hausärztlichen Leitlinie, z.B. Pharmakotherapie im Alter, der Hessischen Leitliniengruppe (4), [www.pmvforschungsguppe.de/publikationen/leitlinien](http://www.pmvforschungsguppe.de/publikationen/leitlinien)

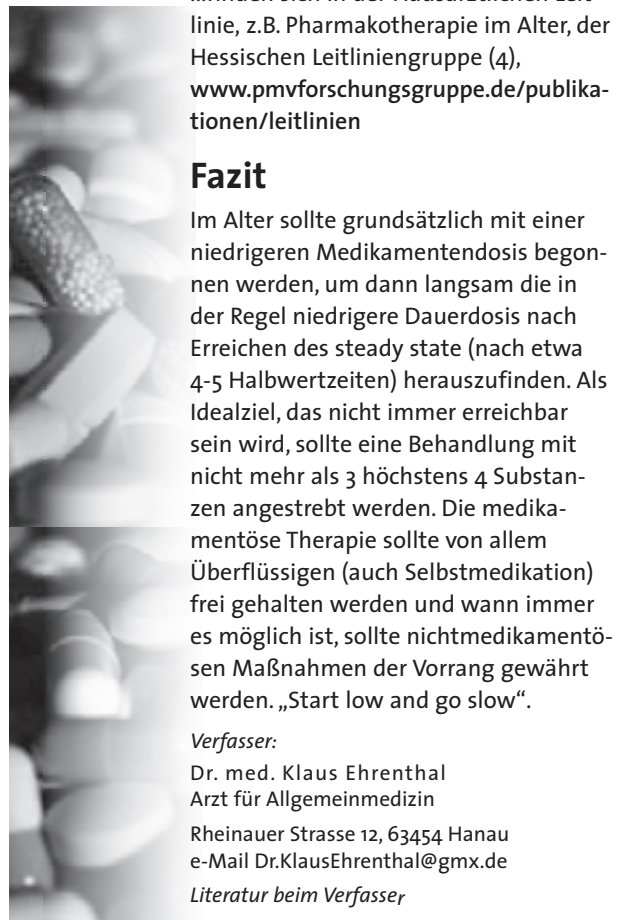
## Fazit

Im Alter sollte grundsätzlich mit einer niedrigeren Medikamentendosis begonnen werden, um dann langsam die in der Regel niedrigere Dauerdosis nach Erreichen des steady state (nach etwa 4-5 Halbwertszeiten) herauszufinden. Als Idealziel, das nicht immer erreichbar sein wird, sollte eine Behandlung mit nicht mehr als 3 höchstens 4 Substanzen angestrebt werden. Die medikamentöse Therapie sollte von allem Überflüssigen (auch Selbstmedikation) frei gehalten werden und wann immer es möglich ist, sollte nichtmedikamentöse Maßnahmen der Vorrang gewährt werden. „Start low and go slow“.

Verfasser:

Dr. med. Klaus Ehrental  
Arzt für Allgemeinmedizin  
Rheinauer Strasse 12, 63454 Hanau  
e-Mail [Dr.KlausEhrental@gmx.de](mailto:Dr.KlausEhrental@gmx.de)

Literatur beim Verfasser



ANZEIGE



Foto: privat

**INTERVIEW** mit Professor Dr. med. Cornel Sieber, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und Inhaber des Lehrstuhls für Innere Medizin – Geriatrie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

**BERLINER ÄRZTE:** Herr Professor Sieber, was muss bei der medizinischen Versorgung älterer Menschen in Deutschland getan werden, um den Anforderungen einer alternden Gesellschaft gerecht zu werden?

**Sieber:** Primär braucht es eine viel bessere Bewusstseinsmachung, dass die medizinischen Anforderungen für einen älteren anders sind als für einen jüngeren Erwachsenen. Gründe hierfür sind unter anderem spezifische Veränderungen des alten Organismus, das meist parallele Existieren verschiedener (chronischer) Krankheiten, und die enge Vernetzung von physio-psycho-sozialen Faktoren. Solange dies nicht viel breiter und standespolitisch offen diskutiert wird, kann sich das Fach Geriatrie nicht adäquat entwickeln. Hier hinkt ja Deutschland – auch nach WHO-Berichten – europäisch klar hinten nach.

**BÄ:** Wo sehen Sie die größten Lücken in der geriatrischen Versorgung in Deutschland?

**Sieber:** Es sind primär interdisziplinäre Netzwerke, die an vielen Orten fehlen, ohne die aber eine adäquate Versorgung betagter Menschen nicht möglich ist. Geriatrie bedient sich multidisziplinärer Teams unter der Leitung einer Geriaterin oder eines Geriaters. Diese Fachpersonen nehmen aufgrund eines „geriatrischen Assessments“ die Schaltstelle für Diagnostik und Therapie ein. In diese Teams gehören unter anderem die Fachgebiete Pflege, Krankengymnastik, Ergotherapie und wichtig auch Sozialdienste. Aus dem medizinischen Bereich bestehen enge fachliche Verzahnungen zur Gerontopsychiatrie (Bsp. Demenzkrankheit), der Neurologie, aber auch etwa zur Orthopädie. Ziel muss es deshalb sein, dass diese Teams in einem holistischen Zugang auf

den oft in seiner Mobilität eingeschränkten Betagten helfend einwirken können, dieser selbst aber nicht zwischen multiplen Fächergruppen herumgereicht wird.

**BÄ:** Was muss sich im Bereich Weiterbildung tun? Reicht die bisherige Zusatz-Weiterbildung von 18 Monaten in Ihren Augen aus, um den Aufgaben, die auf einen Geriater zukommen, fachlich gewachsen zu sein?

**Sieber:** Die angesprochenen 18 Monate sind meiner Ansicht nach zu kurz. In der Schweiz habe ich nach dem Facharzt für innere Medizin zum Beispiel eine 36-monatige Postgraduierten-Ausbildung für den Zusatztitel Geriatrie absolvieren müssen (davon ein Jahr Gerontopsychiatrie). Die Diskussionen in Deutschland zielen aktuell vorab darauf hin, eine Lösung anzustreben, die im europäischen Umfeld Parallelen findet. Dies wäre zum Beispiel drei Jahre Innere Medizin („common trunk“) und danach drei Jahre Geriatrie. Wichtig ist, dass eine bessere fachliche Verankerung der Geriatrie nun zügig angegangen wird. Da in Deutschland die universitäre Entwicklung des Faches Geriatrie verglichen zu vielen europäischen Ländern um Jahre nachhinkt, braucht es meiner Meinung nach unbedingt eine modulare Gliederung geriatrischer Ausbildungs-Curricula.

**BÄ:** Gibt es bereits im Medizinstudium große Defizite?

**Sieber:** Diese Frage kann kurz beantwortet werden: Ja. Wo es fast keine Lehrstühle für Geriatrie gibt, gibt es wenig akademischen Nachwuchs. Wo kein akademischer Nachwuchs, da keine adäquate personelle Decke, um geriatrisches Wissen in die medizinischen Fakultäten und so in die Lehre einzubringen. Die Defizite in der Lehre für die Spezifika der Physiologie und der Pathophysiologie bis hin zu Klinik sind somit system-immanent und können nur dadurch aufgewogen werden, wenn – auch mittels politischer Unterstützung – die universitäre und standespolitische bessere Verankerung des Faches Geriatrie mit hoher Priorität gefördert wird.

**BÄ:** Die Geriatrie steht gerade bei jüngeren Kolleginnen und Kollegen nicht allzu hoch im Kurs, weil die medizinischen Erfolge oft nicht ganz so leicht zu erringen sind wie in anderen Fächern. Warum lohnt es sich aus Ihrer Sicht trotzdem, Geriater zu werden?

**Sieber:** Altsein ist ganz allgemein in unserer jugendverliebten Gesellschaft nicht „hip“.

Viele von uns hadern ja auch selbst mit dem älter werden. Wenn es weiter viel zu wenige akademische Lehrerinnen und Lehrer für das Fach Geriatrie gibt, kann man die Spezifika und die „Schönheiten des Faches“ ja auch nicht direkt vermitteln. Als Geriater ist man Langstreckenläufer, wie ich gerne sage. Altersmedizin ist eine sehr individualisierte Medizin, sie ist komplex und gerade dies macht sie so gewinnend. Die Geriatrie kann gerade aufgrund der Multimorbidität ja meist nicht wirklich kurativ sein und hat somit medizinisch betrachtet einen eher optimierenden Charakter. Dies bedingt Priorisierungen, die in einem Team erarbeitet und umgesetzt werden. Der Patient – häufig zusammen mit seinem familiären Umfeld – gibt uns den Weg vor; so beschreibe ich gerne die Funktion des Geriaters als die eines „Reisebegleiters“ – und Reisen ist nun mal horizontenerweiternd!

**BÄ:** Die Debatte um Kosten und Nutzen von Medikamenten und Behandlungen ist in vollem Gange. Auch über den letzten Lebensabschnitt der Menschen wird oft diskutiert, weil die Behandlung alter Menschen besonders viel kostet. Wie verfolgen Sie als Geriater diese Diskussion um mögliche Rationierungen?

**Sieber:** Was sie spezifisch ansprechen ist der so genannte „Ageism“. Das besagt, dass betagte Menschen alleine aufgrund des chronologischen Alters von Diagnostik und Therapie ausgeschlossen werden. Dies ist sicherlich versteckt auch der Fall. Debatten wie Hüftgelenke nur bis zu einem gewissen Alter sind hier plakative effektheischerische Beispiele einer verfehlten gesundheitsökonomischen Debatte. Priorisierungen braucht das Gesundheitswesen unabhängig des Alters der zu Betreuenden, und ich habe ja schon erwähnt, dass Priorisierung ein Teil geriatrischen Handelns ist. Gründe hierfür sind aber nicht Kosteneinsparungen als Ausgangsbasis, sondern die Sinnhaftigkeit diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen im Sinne des Patienten, der an mehreren Krankheiten leidet. Ich bin somit überzeugt, dass eine adäquate und qualitativ hochstehende Verankerung der Geriatrie im Fächerkanon nicht kostentreibend, sondern ressourcensparend ist, und dennoch die legitimen Bedürfnisse betagter Menschen umgesetzt werden können.

Das Interview führte BÄ-Redakteur Sascha Rudat.



# Selbsterzeugte Klimakatastrophe?

## Vom Sinn der Selbstverwaltung



Die Frage nach dem Sinn der Selbstverwaltung ist so alt wie die Selbstverwaltung. Derzeit stehen eher die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen im Fokus der öffentlichen Debatte. Je nach Standpunkt werden sie – da für unfähig gehalten, ihre Aufgaben sinnvoll zu erfüllen – von Kritikern als überflüssig, von anderen dagegen als existenziell nötig bezeichnet, als Bollwerk gegen die Willkür der Politik. Dabei stellt man gelegentlich fest, dass Mandatsträger von Selbstverwaltungen häufiger deren Sinn preisen, das Fußvolk eher deren Unsinn beklagt. Im Gegensatz zu den vorgenannten Körperschaften stehen die unmittelbar auf Landesrecht basierenden (Landes-)Ärztelkammern eher im Schatten dieser öffentlichen Diskussion.

Dabei ist jeder Arzt und jede Ärztin in Deutschland Pflichtmitglied in einer (Landes-)Ärztelkammer und selbstverständlich wird die Sinnfrage von ihren Mitgliedern, wenn auch weniger öffentlich, gestellt.

Von Gerhard Andersen

Eine große Zahl der Mitglieder erkennt die Vorteile einer suffizienten Vertretung der eigenen Angelegenheiten durch eine schlanke, selbstgesteuerte Administration. Sie fühlt sich durch das Angebot in Fort- und Weiterbildungsangelegenheiten unterstützt und nimmt auch die politischen Aktivitäten ihrer Kammer als Vertretung ihrer Interessen wahr. Dass die Ausbildung des medizinischen Assistenzpersonals von der eigenen Berufsvertretung mitgestaltet, die Optimierung der Rahmenbedingungen für die eigene Arbeit vielfach durch die Kammergremien unterstützt wird, registriert manches Mitglied sehr wohl. Um den Vorteil eines Berufsständischen Versorgungswerkes mit solider Kapitaldeckung in eigener Hand beneidet uns manch andere Berufsgruppe. Die Möglichkeit, Vorwürfen gegen Kolleginnen und Kollegen zunächst selbst nachzugehen und sie im Falle unberechtigter Anschuldigungen zu schützen, ist ein Privileg, das besonders Kollegen, deren Reputation wir geschützt haben, zu schätzen wissen. Es gibt also gute Gründe für eine weitgehend autonome eigene Berufsvertretung, die von vielen ihrer Mitglieder getragen und auch akzeptiert wird.

### Interessenvertretung aller – geht das?

Aber es gibt auch andere Stimmen und wenn wir über den Sinn der Selbstverwaltung nachdenken, insbesondere mit Blick auf morgen, dann dürfen wir uns nicht zurücklehnen, sondern müssen auch die Positionen der Kritiker bewerten und wo nötig aufnehmen. Versprechen einer „wir sind rund um die Uhr für Sie da-Dienstleistung“ beeindrucken sie ebenso wenig wie berufspolitische Erfolgsmeldungen ohne greifbaren Benefit. Sie halten die Kammer für lästig, der zu entrichtende „Zwangsbeitrag“ bringe nicht den Gegenwert, den man

von „seiner Standesorganisation“ erwartete. Eine von ihnen finanzierte Organisation mache keinen Sinn, wenn sie nicht ausschließlich für ihre Interessen da sei.

Aufgabe der Ärztekammern ist demnach die reine Interessenvertretung des einzelnen Mitglieds? Im Berliner Kammergesetz heißt es dazu: „Die Kammern haben die Aufgabe, 1.) Im Rahmen des Gesetzes die beruflichen Belange ihrer Angehörigen ... unter Beachtung der Interessen der Allgemeinheit wahrzunehmen.“ Unter 2.) bis 9.) wird dann dieser Rahmen eng gesteckt. Die reine „primäre“ Interessenvertretung des einzelnen Kammermitgliedes kommt nicht vor.

Dies kann auch nicht, selbst wenn er es wollte, Ziel des Gesetzgebers sein. Es käme der Quadratur des Kreises gleich. In einer Gruppe von 26.000 Mitgliedern ist das Interesse des Einen nicht automatisch das Interesse des Anderen. Im Gegenteil: Wahrnehmung der Interessen des Einen mag dem Interesse des Anderen diametral entgegenlaufen. Hierzu liefert die tägliche Praxis reichlich Beispiele: Verfolgung der unlauteren Praktiken eines unehrlichen Kammermitgliedes nützt den Ehrlichen und dem gesamten Berufstand, ist definitiv aber nicht im Interesse des Delinquenten. Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis ist im Interesse des Antragstellers, wird aber nicht selten von dem davon betroffenen „Konkurrenten“ aus anderer Interessenlage abgelehnt. Gelegentlich wecken Aussagen von Mandatsträgern bei der einen Gruppe von Kammermitgliedern (Wählern) Erwartungen, die bei der anderen zu Verstimmungen führen.

Die Schwierigkeit des Kammermitgliedes mit dem abstrakten Auftrag des Kammergesetzes, die „Beruflichen Belange unter Wahrung der Interessen der Allgemeinheit“ wahrzunehmen, tut ein Übriges. Insgesamt ist es wohl eine Mischung aus nachvollziehbaren Forderungen, unerfüllbaren Erwartungen und fehlender Kenntnis der Grundlagen der Selbstverwaltung, die beim Kammermitglied zu Unmut und Missverständnissen führt.

Für uns in Berlin mag ein Blick in die Vergangenheit dem besseren Verständnis dienen.

## Historische Wurzeln der Kammeridee

Das mitten in Europa liegende Brandenburg war durch den 30-jährigen Krieg schwer betroffen. Hunger, Krankheit, Tod und Angst vor den marodierenden Truppen bildeten den Nährboden für Scharlatanerie und Heilsversprechen. Den Okkultisten, Barbieren, Steinschneidern, Badern, Geistheilern (schon damals!) und anderen stand eine relativ geringe Zahl angesehener Ärzte und Apotheker gegenüber. Für die verängstigte Bevölkerung bildete dies insgesamt eine unüberschaubare Gemengelage, sozusagen die Vorstufe des heutigen „Gesundheitsmarktes“. Es waren Theodor Weise und Christoph Menzel, hoch angesehene Hofärzte also, die seit 1661 den Großen Kurfürsten drängten, für Abhilfe zu sorgen. Ihr „Entwurf zur Errichtung einer Medizinalbehörde“ war letztlich Basis für das Edikt des Großen Kurfürsten von 1685, dessen zentrale Aussage damals wie heute gilt..

## Quintessenz dieses Ediktes ist:

Die medizinische Versorgung wird nicht dem Spiel des freien Marktes überlassen („höchstgefährliche Mißbräuche“). Die Medizin wird nicht verstaatlicht. Die Ausübung der Heilkunde und deren Kontrolle werden nicht den Zünften (Interessenvertretungen) überlassen, sondern es wird eine staatliche Behörde, hier in Form einer autonomen Körperschaft, gebildet.

Rückblickend also eine durchaus sinnvolle Entscheidung, die man in heutigen Zeiten wohl als Entscheidung für ein „Lean Management“ bezeichnen würde. Etwa 275 Jahre später (1961) hat das Berliner Abgeordnetenhaus (nach 9 Jahren Vorbereitung) das „Gesetz über die Kammern und die Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ – kurz: Das Berliner Kammergesetz – beschlossen. Damit sind Ärzte, die ihren Beruf in Berlin ausüben, kraft Gesetz Kammermitglieder, so wie die Bürger eines Staates qua Geburt zu Bürgern dieses

# Medizinal-Edikt

## des Großen Kurfürsten vom 12. Juni 1685

„In den Städten und auf dem Lande seien in Verfertigung und Austeilung der Arzneien und Kuren der Kranken große und höchst gefährliche Mißbräuche eingerissen, wodurch nicht allein die von Gott zu des Menschen Nutzen und sonderbaren Erhaltung offenbarte Arzneikunst in spöttlicher Verachtung und Vilipendenz geraten, sondern auch die Leute zum öfteren auch um ihre Gesundheit und Wohlfahrt, ja gar um Leib und Leben gebracht werden.

Zur Remedierung angezogener Mängel und Ungelegenheiten und zur fleißigen Aufsicht und sorgfältigen Beobachtung des Arzneiwesens und aller dazugehörigen Leute, die Apotheker, Barbieri, Wundärzte, Hebammen, Okkultisten, Bruch- und Steinschneider, Bader und dergleichen wird für die Mark Brandenburg ein Collegium Medicum gebildet, das aus den angesehensten Ärzten zusammengesetzt ist und zur Durchführung seiner Aufgabe Zwangsrechte erhält.“

*Friedrich Wilhelm III. Kurfürst von Brandenburg und Herzog von Preußen*

Staates werden. Die Kammermitglieder sind also keine Kunden, die sich per Kaufentscheidung frei am Markt für eine „Interessen-Vertretung“ entscheiden, quasi einem Verein beitreten können, sondern sie sind Pflichtmitglieder. Im Gegenzug zu dieser Pflichtmitgliedschaft hat die Kammer für die Ärzteschaft des Landes Berlin insgesamt Leistungen nach Recht und Gesetz zu erbringen. Sie darf das nicht nach Höchstgebot oder persönlichen Vorlieben beliebig ausgestalten. Folgerichtig reduziert das Gesetz die Kammeraufgaben auf das Wesentliche. Aber selbst dies stellt heute bei über 26.000 Mitgliedern eine enorme Herausforderung

dar. Der Blick auf die unten aufgeführten Kernaufgaben mit den dahinterstehenden Themen und Problemfeldern mag dies verdeutlichen.

Gemessen daran bietet die Ärztekammer Berlin ihren Mitgliedern gleichwohl ein Höchstmaß an professionellen Dienstleistungen. Darauf habe ich zu Beginn bereits hingewiesen und auch darauf, dass dies von vielen Kammermitgliedern gern genutzt und anerkannt wird.

Wofür zu Zeiten des Großen Kurfürsten ein einziges Kollegium ausreichte, stehen heute circa 300 ehrenamtlich tätige

Ärztinnen und Ärzte und etwa 80 Verwaltungsangestellte zur Beratung, Unterstützung und auch „zur fleißigen Aufsicht und sorgfältigen Beobachtung“ bereit.

Für die im 17. Jahrhundert vergleichsweise geringe Zahl der Heilkundigen mag ein kleines Kollegium und eine knappe Regelung (Edikt) ausgereicht haben. Gemessen an der Zahl von 26.000 Ärztinnen und Ärzten in Berlin ist der Mitarbeiterstab in der Verwaltung klein (noch), das Arbeitspensum jedoch enorm.

## Teils selbstgemachte Normenflut

Bei näherer Betrachtung ist dieses Zahlenverhältnis aber nicht das einzige und vor allem nicht das eigentliche Problem, sondern es sind Umfang und Komplexität des heutigen „Ediktes“, die den Rahmen sprengen. Und damit ist nicht das Berliner Kammergesetz mit seinen 14 Seiten gemeint, sondern hunderte Seiten von Vorschriften, die die Selbstverwaltung sich in den letzten Jahrzehnten selbst gegeben hat. Allein über 550 Seiten umfasst die Weiterbildungsordnung mit ihren Durchführungsbestimmungen, hinzu kommen unzählige Vorschriften in Berufsordnung und weiteren Satzungen, die entsprechende Arbeitsfelder nach sich ziehen. Dazu entstanden im Laufe der Zeit insgesamt etwa 70 Gremien mit 350 ehrenamtlichen Funktionen bzw. Positionen, auf denen die weiter oben genannten etwa 300 Berliner Ärztinnen und Ärzte mehr oder weniger koordiniert ihre Aufgaben wahrnehmen. Für diese 70 Gremien (u.a. Ausschüsse, Arbeitskreise, Ständige Konferenzen, Foren und Kommissionen) ist wiederum durch die hauptamtlichen Verwaltungsmitarbeiter mit erheblichem Aufwand Zuarbeit zu leisten. Aber diese Niederungen des Tagesgeschäftes seien nur am Rande erwähnt.

Das Thema dieses Beitrages lautet: Vom Sinn der Selbstverwaltung – gestern und heute. Grundsätzlich macht die Selbst-

## Hoheitliche/Gesetzliche Aufgaben

### ...der Landesbehörden (Ministerien)

**Erteilung der Approbation** nach staatlich geregelter Ausbildung (6 Jahre) sowie Aberkennung incl. Eingriffsrechte

### ...der Ärztekammern

#### Ärztliche Weiterbildung

Regelung der ärztlichen Weiterbildung (Weiterbildungsordnung, Durchführung der Facharzt-Prüfungen, Erteilung von Weiterbildungsbefugnissen)

#### Ärztliche Fortbildung

Fortbildungsverpflichtung gemäß Berufsordnung und SGB V. Ausstellung von Fortbildungszertifikaten, Anerkennung u. Punktevergabe für Fortbildungsveranstaltungen

#### Ausbildung von Medizinischen Fachangestellten

Gemäß BBiG, als staatliche Stelle für die Ausbildung von Medizinischen Fachangestellten

#### Berufsrechtliche Aufsicht und Beratung

Einhaltung der Berufspflichten, Erstellung und Aktualisierung Berufsordnung

#### Qualitätssicherung

u.a. gemäß Röntgenverordnung und Strahlenschutzverordnung, gemäß § 137 SGB V (externe Qualitätssicherung)

#### Melde- und Beitragsangelegenheiten

Ameld./Änderung d. Meldedaten, Berufsregister, Beitragsordnung, Arztausweis

#### Rentenversicherung

„Berliner Ärzteversorgung“

verwaltung heute wie vor gut 300 Jahren durchaus Sinn. Nur gerät sie mit Unmengen von Bestimmungen und einer Fülle selbst übernommener Aufgaben – die nur noch von wenigen überhaupt überblickt werden – irgendwann zum Irrsinn. Dem Kammermitglied bleibt dabei, zumal in einem Klima der allgemeinen Unsicherheit, das durch Globalisierung und EU-Vorschriften noch verstärkt wird, nur Resignation und Zorn gegenüber einer überbordenden Bürokratie, für die es verständlicher Weise die Selbstverwaltung verantwortlich macht. Diese zum Teil selbsterzeugte „Klimakatastrophe“ ist Ergebnis einer „Normen(sint)flut“, die uns und unsere Kammermitglieder immer häufiger an die Grenzen der Toleranz bringt. Doch nicht nur die Vielzahl der Normen ist ein Problem. Normen und Regeln müssen inhaltlich und sprachlich so verständlich und knapp sein, dass die Kammermitglieder sie ohne Beratung verstehen und befolgen können. In Flächenländern, wo zum Beispiel interkollegiale Probleme, Fort- und Weiterbildung, Qualitätssicherung und anderes mehr in Kreisstellen und Bezirksärztekammern erledigt oder vorgeklärt wird, mag (zumindest derzeit) noch kein so dringender Handlungsdruck gesehen werden. In Berlin, wo das komplette „Tagesgeschäft“ in der Landesärztekammer abgewickelt wird, ist die Grenze des Machbaren offensichtlich, die Auswirkung der Normenflut krasser.

## Was können wir tun?

Nichts spricht dagegen, auch weiterhin den Gesetzgeber („die Politik“) dort zu attackieren, wo er uns mit immer neuen Vorschriften und Regeln von unserer eigentlichen, ärztlichen Tätigkeit fernhält. Aber es spricht auch nichts dagegen, die eigenen Angelegenheiten zu ordnen und den Unsinn auszuräumen, der uns zu ersticken droht.

Wir können uns nicht damit herausreden, dass „die Anderen“, die „Politik“, immer Neues produzieren, was wir an-

geblich übernehmen oder womit wir uns beschäftigen müssen. Viele Regelungsvorschläge kommen zum Beispiel auch von der Bundesärztekammer, die ja bekanntlich keine Ärztekammer ist, sondern rechtlich ein nicht eingetragener Verein. Dieser kann und soll durchaus Regelungsvorschläge machen, um gemeinsames Handeln sicherzustellen. Jedoch nicht immer neue Aufgaben in die Verantwortung der Landesärztekammern ziehen, die dort zum Teil gar nicht originär angesiedelt sind und Ressourcen von Kammern und Mitgliedern binden. Nein, wir sind es den Kammermitgliedern schuldig, zunächst in jedem Einzelfall selbstkritisch zu prüfen, ob eine – alle Kammermitglieder rechtlich bindende – Vorschrift wirklich nötig, eine neue Aufgabe, sei sie noch so reizvoll, zu Lasten der Beitragszahler wirklich zu verantworten ist.

Das tun wir in Berlin schon jetzt, teils durchaus zum Ärger derer, die glauben, immer neue Aufgaben würden das Ansehen (und die Existenzberechtigung) der Kammern stärken. Aufgaben- und Vorschriftenkritik muss ab sofort in völlig anderem Ausmaß und absolut konsequent auf der Tagesordnung stehen. Mit dieser kritischen Prüfung können und müssen wir unverzüglich beginnen.

## Folgenden Weg schlage ich hier vor:

**Erstens:** Neue Vorschriften, wenn sie denn unbedingt erforderlich sind, werden nur aufgenommen, wenn mindestens im gleichen Umfang alte Regelungen entfallen, gleiches gilt für neue Aufgaben.

**Zweitens:** Das Konvolut der bestehenden Vorschriften wird infrage gestellt. Jede bestehende Regel gehört auf den Prüfstand und wird, wo immer möglich, gestrichen (die Berufsordnung für die Berliner Kammermitglieder könnte schon morgen auf weniger als die Hälfte reduziert werden. Dies gilt theoretisch für jede Satzung).

Insgesamt ist dies eine Aufgabe für Jahre, aber Haupt- und Ehrenamt gemeinsam

können es schaffen. Dies jedoch nur, wenn der Begriff „Selbstverwaltung“ ernst genommen wird. Selbstverwaltung ist nicht Selbstbedienung oder Selbstverwirklichung. Selbstverwaltung ist auch nicht Verwaltung um der Verwaltung willen. Selbstverwaltung heißt, die eigenen Angelegenheiten unter Berücksichtigung des Gemeinwohls selbstbewusst zu regeln.

## Abwerfen von Ballast

Das Kammergesetz, der Hippokratische Eid, die innerärztliche Solidarität, – wir haben Aufgaben und Leitbilder, für die einzusetzen es sich lohnt. Es gilt die Arbeit der Ärztinnen und Ärzte zu unterstützen, indem wir als eigenständige Berufsvertretung diejenigen sind, die Prioritäten setzen und den Rahmen definieren. Das gelingt nur, wenn wir uns dafür die nötigen Freiräume erhalten und das beginnt mit dem Abwerfen von Ballast. Es geht um nichts anderes als die Erhaltung der wirklichen Freiberuflichkeit. In diesem Sinne ist Selbstverwaltung sinnvoll. Gestern und heute, und wenn wir die Zeichen der Zeit erkennen, sicher auch morgen.



Dr. med. Gerhard Andersen  
Geschäftsführer der Ärztekammer Berlin

*Dieser Artikel gibt in Auszügen den Eröffnungsvortrag „Vom Sinn der Selbstverwaltung – gestern und heute“ zum 1. Kammertag der Ärztekammer Berlin am 6. Juni 2008 wieder.*



# Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung

Bestandene Facharztprüfungen Juli bis August 2008\*

| Name Antragsteller                  | WbO Beschreibung                                     |
|-------------------------------------|--|
| Dr. med. Sabine Allers              | FA Orthopädie und Unfallchirurgie                    |
| Dr. med. Sabine Bahr-Sarach         | FA Orthopädie und Unfallchirurgie                    |
| Dr. med. Friedrich Baier            | FA Innere Medizin                                    |
| Dr. med. univ. Hannes Bauer         | FA Anästhesiologie                                   |
| Prof. Dr. med. Heiner Berthold      | FA Innere Medizin                                    |
| Daniel Binder                       | FA Innere Medizin                                    |
| Dr. med. Heike Brandt               | FA Orthopädie und Unfallchirurgie                    |
| Dr. med. Sonia Briese               | FA Kinder- und Jugendmedizin                         |
| Dr. med. Patricia Jane Dé-Malter    | FA Visceralchirurgie                                 |
| Ezequias Durán Mendieta             | FA Chirurgie   |
| Dr. med. Dirk Oliver Eggert-Doktor  | FA Anästhesiologie                                   |
| Jörn Elling                         | FA Urologie  |
| Mirko Enge                          | FA Innere Medizin                                    |
| Jörg Etzholz                        | FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie |
| Dr. med. Ines Feyen                 | FA Innere Medizin                                    |
| Dr. med. Thilo Fleck                | FA Kinder- und Jugendmedizin                         |
| Elmar Fleischer                     | FA Psychiatrie und Psychotherapie                    |
| Dr. med. Yvonne Franke              | FA Innere Medizin                                    |
| Dr. med. Olaf Freiberger            | FA Orthopädie und Unfallchirurgie                    |
| Dr. med. Wiebke Freiesleben         | FA Pathologie  |
| Dr. med. Benjamin Garlipp           | FA Chirurgie   |
| Dr. med. Christoph Gill             | FA Orthopädie und Unfallchirurgie                    |
| Dr. med. Annerose Gnielka           | FA Allgemeinmedizin                                  |
| Dr. med. Florian Götze              | FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe                  |
| Dr. med. Jörg Eike Große            | FA Orthopädie und Unfallchirurgie                    |
| Prof. Dr. med. Norbert Haas         | FA Orthopädie und Unfallchirurgie                    |
| Sabine Haas                         | FA Allgemeinmedizin                                  |
| Dr. med. Joanna Heeger              | FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe                  |
| Dr. med. Christoph Heidenhain       | FA Gefäßchirurgie                                    |
| Dr. med. Gert Heine                 | FA Urologie  |
| Dr. med. Thomas Henrichs            | FA Innere Medizin                                    |
| Dr. med. Christian Herzmann         | FA Innere Medizin                                    |
| Prof. Dr. med. Michael Hünerbein    | FA Visceralchirurgie                                 |
| Dr. med. Ruth Jacob                 | FA Psychiatrie und Psychotherapie                    |
| Dr. med. univ. Amir Jawari-Ghassemi | FA Innere Medizin                                    |
| Dr. med. Anja Jentzmik              | FA Kinderchirurgie                                   |
| Dr. med. Michael Kammermeier        | FA Visceralchirurgie                                 |
| Dr. med. Christian Keim             | FA Nervenheilkunde                                   |
| Masoud Khiabanchian                 | FA Innere Medizin                                    |
| Dr. med. Hein Kleihues              | FA Orthopädie und Unfallchirurgie                    |
| Dr. med. Jana Kühne                 | FA Orthopädie und Unfallchirurgie                    |
| Olaf Kunhardt                       | FA Orthopädie und Unfallchirurgie                    |
| Dr. med. Jörn Lange                 | FA Kinder- und Jugendmedizin                         |
| Dr. med. Volker Laute               | FA Orthopädie und Unfallchirurgie                    |
| David Lieps                         | FA für Dermatologie und Venerologie                  |
| Dr. med. Jeannine Linde-Steinmann   | FA Psychiatrie und Psychotherapie                    |
| Dr. med. Tanja Lindner              | FA Innere Medizin                                    |
| Dr. med. Margrit Lock               | FA Orthopädie und Unfallchirurgie                    |
| Dr. med. Gunnar Lohm                | FA Strahlentherapie                                  |
| Diana Machleidt                     | FA Psychiatrie und Psychotherapie                    |

| Name Antragsteller                | WbO Beschreibung                    |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Dr. med. Klaus Peter Mark         | FA Orthopädie und Unfallchirurgie   |
| Dr. med. Katinka Marks            | FA Dermatologie und Venerologie     |
| Iris Melzer                       | FA Neurologie                       |
| Dr. med. Torsten Meyer            | FA Orthopädie und Unfallchirurgie   |
| Walter Mildenerberger             | FA Innere Medizin                   |
| Herbert Moestl                    | FA Psychiatrie und Psychotherapie   |
| Catalin Möller                    | FA Chirurgie                        |
| Dr. med. Konstantin Moskvitin     | FA Psychiatrie und Psychotherapie   |
| Hanna Neumann                     | FA Orthopädie und Unfallchirurgie   |
| Regina Nickert                    | FA Allgemeinmedizin                 |
| Prof. Dr. med. Wolfgang Noack     | FA Orthopädie und Unfallchirurgie   |
| Dr. med. Aurelia Noske            | FA Pathologie                       |
| Dr. med. Marlies Onken            | FA Psychiatrie und Psychotherapie   |
| Christina Pellnitz                | FA Innere Medizin                   |
| Dr. med. Robert Pflugmacher       | FA Orthopädie und Unfallchirurgie   |
| Christiane Pöhlmann               | FA Chirurgie                        |
| Dr. med. Sabine Jeanette Presser  | FA Visceralchirurgie                |
| Dr. med. Jennifer Puhlemann       | FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe |
| Dr. med. Christiane Rickmeyer     | FA Allgemeinmedizin                 |
| Dr. med. Hartwig Riediger         | FA Visceralchirurgie                |
| Sebastian Rimpau                  | FA Kinder- und Jugendmedizin        |
| Dr. med. Bertram Ritter           | FA Orthopädie und Unfallchirurgie   |
| Hanna Santa                       | FA Strahlentherapie                 |
| Dr. med. Raymond Schaffarczyk     | FA Herzchirurgie                    |
| Sven Scheffler                    | FA Orthopädie und Unfallchirurgie   |
| Karin Schneider                   | FA Psychiatrie und Psychotherapie   |
| Dr. med. Sascha Volkmar Schneider | FA Orthopädie und Unfallchirurgie   |
| Markus Schuler                    | FA Innere Medizin                   |
| Dr. med. Andreas Schwitzke        | FA Innere Medizin                   |
| Jana Seifert                      | FA Urologie                         |
| Yasemin Serbest                   | FA Anästhesiologie                  |
| Ilka Silbermann                   | FA Allgemeinmedizin                 |
| Dr. med. Stephanie Steinbeis      | FA Allgemeinmedizin                 |
| Dr. med. Kerstin Stenkamp         | FA Psychiatrie und Psychotherapie   |
| Dr. med. Uta Annett Syrbe         | FA Innere Medizin                   |
| Helena Torlach                    | FA Strahlentherapie                 |
| Dr. med. David von Kleist         | FA Innere Medizin                   |
| Dr. med. Marlies Walldorf         | FA Innere Medizin                   |
| Prof. Dr. med. Ulrich Weber       | FA Orthopädie und Unfallchirurgie   |
| Dr. med. Stefan Weinmann          | FA Psychiatrie und Psychotherapie   |
| Dr. med. Mirko Weinrich           | FA Orthopädie und Unfallchirurgie   |
| Dr. med. Thomas Werner            | FA Chirurgie                        |
| Dr. med. Frank Wittstock          | FA Gefäßchirurgie                   |
| Katrin Wolf                       | FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe |
| Dr. med. Jens-Joachim Ziesche     | FA Orthopädie und Unfallchirurgie   |
| Dr. med. Günter Uwe Zuchold       | FA Orthopädie und Unfallchirurgie   |
| Harald zum Felde                  | FA Psychiatrie und Psychotherapie   |

\* 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.

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](http://www.aerztekammer-berlin.de) (im Kapitel „Fortbildung“, „Veranstaltungskalender“) recherchiert werden. Hier sind auch – soweit verfügbar – nähere Informationen zu Unterthemen

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

| Termine  | Thema/ Referenten  | Veranstaltungsort   | Information/ Gebühr   | Fortbildungspunkte             |
|--|--|---|---|--------------------------------|
| <b>10.10.–11.10.2008 (Teil A)</b><br><b>05.12.–06.12.2008 (Teil B)</b><br><b>07.11.–08.11.2008 (Teil C)</b><br><b>16.01.–17.01.2008 (Teil D)</b> | Veranstaltungsreihe der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Suchtakademie Berlin Brandenburg<br><b>Erwerb der Zusatzweiterbildung Suchtmedizinische Grundversorgung</b><br>Teil A: Allgemeine Grundlagen<br>Teil B: Illegale Drogen<br>Teil C: Alkohol, Nikotin und Medikamente<br>Teil D: Motivierende Gesprächsführung | DRK Kliniken<br>Mark Brandenburg<br>Haus E<br>Dronheimer Str. 39–40<br>13359 Berlin     | Information:<br>Ärztekammer Berlin<br>Tel.: 40806–1301 / –1303<br>Anmeldung erforderlich!<br>Teilnahmegebühr: 130 € je Kursteil<br>(Ermäßigung für arbeitslose Ärzte, PJ-ler und Arzthelferinnen möglich) | 15 P pro Kursteil              |
| <b>11.10.2008</b>  | <b>Qualitätsmanagement – Basiskurs für Einsteiger</b><br>(Weitere Informationen s. S. 31)  | Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum<br>Friedrichstr. 16<br>10969 Berlin | Information:<br>Frau Drendel<br>Tel.: 40806–1401<br>E-Mail: <a href="mailto:r.drendel@aekb.de">r.drendel@aekb.de</a><br>Anmeldung erforderlich!<br>Gebühren: 90 €   | 10 P                           |
| <b>22.10.2008</b><br>(Auftaktveranstaltung)  | <b>Qualitätszirkel – Aufbau von Qualitätsmanagement in Praxen</b><br>(Weitere Informationen s. S. 30)  | Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum<br>Friedrichstr. 16<br>10969 Berlin | Information:<br>Frau Drendel<br>Tel.: 40806–1401<br>E-Mail: <a href="mailto:r.drendel@aekb.de">r.drendel@aekb.de</a><br>Anmeldung erforderlich!   | 3 P (pro Veranstaltungstermin) |
| <b>28.10.2008; 19:30 Uhr</b>   | <b>Aggression und Gewalt in der häuslichen Pflege</b>  | Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum<br>Friedrichstr. 16<br>10969 Berlin | Information:<br>Tel.: 40806–1731<br>E-Mail: <a href="mailto:d.mutz@aekb.de">d.mutz@aekb.de</a>  | 2 P                            |
| <b>03.11.–12.11.2008 (Kursteil B1)</b><br><b>12.09.–21.11.2008 (Kursteil B2)</b>   | <b>Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin</b>   | Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum<br>Friedrichstr. 16<br>10969 Berlin | Information:<br>E-Mail: <a href="mailto:aag@aekb.de">aag@aekb.de</a><br>Telefon: 40806–1301<br>Anmeldung erforderlich!<br>Gebühren:<br>Kurs B gesamt: 920 €<br>Kurse B1 und B2 getrennt: je 460 €         |                                |
| <b>01.–03.12.2008</b>  | <b>Grundkurs im Strahlenschutz</b>   | Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum<br>Friedrichstr. 16<br>10969 Berlin | Information:<br>E-Mail: <a href="mailto:aag@aekb.de">aag@aekb.de</a><br>Telefon: 40806–1301<br>Anmeldung erforderlich!<br>Gebühren:<br>Grundkurs: 230 €   | 21 P                           |

|   |  |  |  |   |
|---|--|--|--|---|
| <b>■ 03.-05.12.2008:</b><br><b>05.12.2008:</b>                                  | <b>Spezialkurs im Strahlenschutz:</b><br>- bei der Röntgendiagnostik<br>- bei CT   | Ärztekammer Berlin, Fort-<br>und Weiterbildungszentrum<br>Friedrichstr. 16<br>10969 Berlin | Information:<br>E-Mail: aag@aekb.de<br>Telefon: 40806-1301<br>Anmeldung erforderlich!<br>Gebühren:<br>Spezialkurs Röntgendiagnostik: 200 €<br>Spezialkurs CT: 60 € | 20 P (Spezialkurs<br>Röntgendiagnostik)<br><br>5 P (Spezialkurs CT) |
| <b>■ 3 Präsenzmodule:</b><br>16.-21.02.2009<br>20.-25.04.2009<br>15.-20.06.2009 | <b>Weiterbildungskurs „Ärztliches<br/>         Qualitätsmanagement“ nach dem<br/>         Curriculum der Bundesärztekammer</b> | Ärztekammer Berlin, Fort-<br>und Weiterbildungszentrum<br>Friedrichstr. 16<br>10969 Berlin | Information:<br>Tel.: 40806-1400<br>E-Mail:<br>QM-Kurs2009@aekb.de<br>Anmeldung erforderlich!  | 50 P pro Modul  |

## Qualitätszirkel (QZ) – Aufbau von Qualitätsmanagement in Praxen

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

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

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

## Fortbildungsveranstaltung für Humanmediziner und Zahnmediziner

### Parodontitis und Diabetes mellitus: Etablierung einer notwendigen fachübergreifenden Zusammenarbeit

Mit der Auftaktveranstaltung „Interdisziplinäres Forum MED-DENT“ startet das Philipp-Pfaff-Institut eine Veranstaltungsreihe, die sich sowohl an Humanmediziner als auch Zahnmediziner richtet und deren interdisziplinäre Zusammenarbeit fördern und intensivieren möchte. Die Pilotveranstaltung wurde auf Anregung und in enger Zusammenarbeit mit der Zahnärztekammer Berlin und der Ärztekammer Berlin konzipiert und steht unter dem Thema „Parodontitis und Diabetes mellitus: Etablierung einer notwendigen fachübergreifenden Zusammenarbeit“.

**Termin:** 12.11.2008; 18:00 - 21:00 Uhr

**Veranstaltungsort:** Philipp-Pfaff-Institut / Aßmannshauser Str. 4-6, 14197 Berlin

Seit langem ist bekannt, dass Parodontitis sowie andere Erkrankungen des Zahnhalteapparates mit Diabetes mellitus assoziiert sind. Neuere Studien zeigen nun, dass die Parodontitis selbst einen Risikofaktor für die Entstehung des Typ 2 Diabetes darstellt. Darüber hinaus konnte durch weitere Studien belegt werden, dass durch periodontale Erkrankungen die Stoffwechselkontrolle von Typ 1 und Typ 2 Diabetikern verschlechtert wird und dass durch eine Behandlung der parodontalen Entzündung die Blutzuckerkontrolle verbessert und der HbA<sub>1c</sub> gesenkt werden kann. Hieraus ergibt sich, dass eine engere interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Diabetologen und Zahnarzt notwendig ist und dass ein gesunder Zahnstatus zur erfolgreichen Behandlung eines Diabetikers angestrebt werden muss.

In der Veranstaltung werden Prof. Dr. med. Dr. h. c. Hans Peter Meissner (Berlin) und PD Dr. med. dent. Stefan Hägewald (Berlin) die Problematik einer guten Diabeteskontrolle, die Bedeutung von parodontalen Erkrankungen in Hinblick auf die Stoffwechseleinstellung sowie die therapeutischen Möglichkeiten in einem interdisziplinären Forum darstellen und mit den Teilnehmern diskutieren.

Interessenten werden gebeten, sich zu dieser Veranstaltung beim Philipp-Pfaff-Institut schriftlich anzumelden.

**Kontakt:** Philipp-Pfaff-Institut  
 Fortbildungseinrichtung der Landes Zahnärztekammern Berlin und Brandenburg GmbH  
 Aßmannshauser Str. 4-6, 14197 Berlin  
 Telefon: 030 / 414 725 – 40, Fax: 030 / 414 89 67, E-Mail: info@pfaff-berlin.de, Kursbörse: www.pfaff-berlin.de

Die Teilnahme an der Veranstaltung ist mit 3 Fortbildungspunkten für das Fortbildungszertifikat der Ärztekammer Berlin anrechenbar.

## Qualitätsmanagement-Basiskurs für Einsteiger

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

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

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

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

**Termin:** Samstag, 11.10.2008, 9.00 – 17.30 Uhr

**Ort:** Ärztekammer Berlin

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



# Patienten ohne Papiere

## Medizinische Versorgung von Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus

In Deutschland leben nach Schätzungen von Wohlfahrtsverbänden zwischen 500.000 und einer Million Menschen ohne Papiere. Circa 100.000 Migranten ohne geregelten Aufenthaltsstatus sollen es schätzungsweise in Berlin sein. Seit Jahren wird auf den Deutschen Ärztetagen in Resolutionen gefordert, Rechtsicherheit für Ärzte und medizinisches Personal herzustellen, dass medizinische Hilfe nicht unter den Straftatbestand der Beihilfe zur illegalen Einreise oder zu illegalem Aufenthalt nach § 96 Aufenthaltsgesetz fällt. Zwar wird immer betont, dass in Deutschland noch nie ein Arzt verurteilt wurde, aber es wurden Ermittlungsverfahren gegen Ärzte eingeleitet. Wie versorgen Ärztinnen und Ärzte in Berlin trotz der widrigen Umstände Menschen ohne Aufenthaltspapiere?

Von Ulrike Hempel

**Die vornehmste Pflicht des Arztes ist, seinen Beruf im Dienst der Menschlichkeit auszuüben, die körperliche und geistige Gesundheit ohne Ansehen der Person zu erhalten und wiederherzustellen und die Leiden und das Leid der Patienten zu lindern. Die deutsche Ärzteschaft fordert vehement von der Politik:**

1. Die medizinische Hilfe durch Ärzte und medizinisches Personal darf nicht unter den Straftatbestand der Beihilfe zur illegalen Einreise und zum illegalen Aufenthalt nach § 96 Aufenthaltsgesetz fallen.
2. Die Übermittlungspflicht nach § 87 Aufenthaltsgesetz für öffentliche Stellen an die Ausländerbehörde im ärztlichen Behandlungsfall muss aufgehoben werden.
3. Die Finanzierung auch von teuren Behandlungskosten muss gewährleistet werden.

ANZEIGE

## Ausschuss für Menschenrechtsfragen der Ärztekammer Berlin

„Ich habe Patienten ohne Papiere geholfen“, sagt Dr. med. Jürgen Hölzinger, Mitglied im Ausschuss für Menschenrechtsfragen der Ärztekammer Berlin und des Arbeitskreises Flüchtlinge in der Ärzteorganisation IPPNW<sup>1</sup>, „die Paragrafen, nach denen ich mich damit angeblich strafbar machte, habe ich erst viel später kennen gelernt.“ Was ihn vor allem ärgere, sei die politische Scheinheiligkeit. Nach außen werde propagiert, in Deutschland würden alle Menschenrechte eingehalten. Man prangere die Menschenrechtsverletzungen in anderen Ländern an, verschließe aber die Augen vor denen im eigenen Land. So werde das Menschenrecht auf medizinische Grundversorgung den Menschen ohne Papiere faktisch nicht gewährleistet. Denn es besteht immer noch die Übermittlungspflicht öffentlicher Stellen wie zum Beispiel Krankenhäuser und Sozialämter an die Ausländerbehörde. Migranten vermeiden deshalb oft eine notwendige ärztliche Behandlung, weil sie fürchten müssen, ihr illegaler Aufenthaltsstatus werde damit bekannt und sie könnten abgeschoben werden.

Hölzinger betont: „Ich wehre mich gegen die Einteilung von Patienten in legal und illegal.“ Der vielfach verwendete Begriff „Illegale“ impliziere, hier handle es sich um Verbrecher und Kriminelle. Die meisten Menschen flohen jedoch vor Krieg, Armut, Hunger oder Verfolgung aus ihrem Land. „Ich hatte keine Bedenken, einen kranken Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus so zu behandeln wie jeden anderen Patienten“, sagt Hölzinger, der bis zu seinem Ruhestand als niedergelassener Urologe tätig war. Die „unsichtbaren Patienten“ vermittelte das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin (Medibüro) an ihn, ein selbstorganisiertes und nichtstaatliches Projekt, das 1996 gegründet wurde. In den letzten 10 Jahren hat das Medibüro ein Netzwerk von etwa 120 ÄrztInnen, ZahnärztInnen, HeilpraktikerInnen, Hebammen und KrankengymnastInnen

<sup>1</sup> Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges/Ärzte in sozialer Verantwortung (IPPNW)

aufgebaut, die qualifizierte Behandlung anonym und kostenlos durchführen.

Heikel war die Situation, erinnert sich Hölzinger, als ein junger Mann an Hodenkrebs erkrankt war, dringend operiert werden musste und eine Chemotherapie brauchte. Da telefonierte er einige Tage intensiv durch ganz Berlin. Manchmal habe er richtig gemerkt, wie die angerufenen Kollegen vor Schreck am liebsten den Hörer fallen gelassen hätten. Aber letztlich fand Hölzinger einen Arzt, der sagte: „Kein Problem, OP übermorgen.“

Der Urologe begründet sein Handeln mit seinem ärztlichen Selbstverständnis. Es ist gut, sich immer mal wieder daran zu erinnern, warum man Arzt wurde. Deshalb engagiert sich Hölzinger auch seit fünf Jahren ehrenamtlich in der ÄKB für Menschenrechte, die übrigens bundesweit als einzige Kammer einen Ausschuss für Menschenrechtsfragen hat. In den anderen Landesärztekammern gibt es, so das Ausschussmitglied, nur jeweils einen Menschenrechtsbeauftragten, der in seiner Arbeit leider nicht auf die Ressourcen von Mitstreitern zurückgreifen kann. Acht Menschenrechtsausschuss-Mitglieder ermöglichen auch auf der politischen Bühne in Berlin Präsenz. So hatten zwei Mitglieder des Menschenrechtsausschuss Ende Mai 2008 einen Termin mit Dr. Benjamin Immanuel Hoff (DIE LINKE.), Staatssekretärs für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz. Ein zentraler Schwerpunkt des Treffens war im Zusammenhang mit dem Integrationskonzept des Berliner Senats auch die medizinische Versorgung von Migranten ohne Papiere in Berlin.

## In der Klinik

Auch Dr. med. Anna Lange (Name geändert), Gynäkologin in einer Berliner Klinik, hat nicht die Gesetzestexte im Kopf, wenn sie arbeitet. Es gibt ihrer Meinung nach nur eine Möglichkeit, wie sie mit der von der Politik verordneten Grauzone hinsichtlich der Behandlung von so genannten Illegalen umgehen kann: Ihr ist völlig egal, woher eine Patientin kommt, welches Versicherungsverhältnis gilt und ob sie eine Meldeadresse hat.

Nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) gibt es auch für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus einen Anspruch auf Kostenerstattung der Behandlung. Würde eine Klinik die Kosten jedoch vom Sozialamt erstattet haben wollen, wäre die Klinikverwaltung verpflichtet, Daten wie Name, Geburtstag, Adresse und Grund der Behandlung des Patienten mitzuteilen. Das Sozialamt wiederum muss die Angaben der Ausländerbehörde übermitteln, was eine Aufdeckung des illegalen Aufenthalts und die Abschiebung der Person zur Folge hätte. „Mit dieser Übermittlungspflicht für öffentliche Stellen“, so Lange, „wird eindeutig die ärztliche Schweigepflicht verletzt“.

Wie fühlt es sich an, ständig in dem Spannungsfeld von ärztlichem Auftrag, Unsicherheit und Illegalität zu stehen? „Wichtig ist, dass man etwas tut, wovon man überzeugt ist“, meint Lange. Manchmal gehen einem die ängstlichen Augen und die verkrampfte Körperhaltung der Patientinnen ohne Papiere schon sehr nahe. Jeder Arztbesuch ist für sie mit dem Risiko verbunden, entdeckt zu werden. Deshalb kommen die meisten Patienten viel zu spät. Das kann lebensgefährlich sein und macht die Behandlungskosten nicht selten noch viel teurer als sie eh schon sind. Krankheiten werden verschleppt und weitere Beschwerden kommen hinzu. Bei ansteckenden Krankheiten besteht die Gefahr andere Menschen zu infizieren und somit Krankheiten unkontrollierbar zu machen.

## Malteser Migranten Medizin (MMM)

Die Malteser haben 2001 in Berlin eine medizinische Beratungsstelle Malteser Migranten Medizin (MMM) geschaffen. Menschen ohne Krankenversicherung und

ohne Geld bekommen die Chance auf medizinische Behandlung. In den ersten sieben Jahren konnte MMM über 12.000 Menschen in Not helfen. 605 Kinder konnten mit Hilfe von MMM entbunden werden. 2007 kamen über 3200 Patienten, 67 Prozent der behandelten Menschen waren ohne gültige Aufenthaltsgenehmigung.

An vier Tagen in der Woche bietet die leitende Ärztin, Dr. med. Adelheid Franz, Allgemeinmedizinerin, anonyme Beratung und Behandlung an. Einmal pro Woche gibt es zusätzlich eine gynäkologische Sprechstunde. Je nach Krankheit bzw. Problemlage werden die Patienten in der MMM-Praxis behandelt oder an niedergelassene Ärzte überwiesen. Mit MMM kooperieren diverse Ärzte und Krankenhäuser. Zusätzlich sind Labore, Sanitätshäuser, Optiker, Apotheken, Psychotherapeuten und Hebammen im Netzwerk aktiv.

Die gesundheitlichen Probleme, mit denen Patienten zu MMM kommen, sind ähnlich wie in anderen Arztpraxen auch. Franz sagt: „Wir sind eine normale medizinische Praxis der besonderen Art, und zwar deshalb, weil Menschen mit allen Erkrankungen her kommen: Zahnschmerzen, offene Brüche, abgetrennte Gliedmaßen, Grippe, Aids.“ Mit dem Unterschied, dass die Patienten laut Malteser Hilfsdienst deutlich jünger sind, 85 Prozent unter 50 Jahren, und die Erkrankungen meist weiter fortgeschritten und somit auch schwieriger zu behandeln sind. Franz: „So entsteht aus einer Erkältung eine Lungenentzündung, aus einem Loch im Zahn ein Wurzelabszess, Tumore sind bereits durch die Haut nach außen durchgebrochen.“ Circa ein Fünftel der Hilfesuchenden sind schwanger.

Müssen Patienten von der MMM ins Krankenhaus überwiesen werden, gibt der Malteser Hilfsdienst eine Kostenübernahmeerklärung ab. Dann wendet sich

ANZEIGE



Dr. med. Adelheid Franz

Foto: Hartung

die Leistungsstelle der Klinik nicht an das Sozialamt. Die Übermittlungspflicht für öffentliche Stellen kommt somit nicht zum Tragen. „Die Malteser und damit der MMM übernehmen ein hohes finanzielles Risiko“, sagt Franz. Es ist dringend notwendig, die Finanzierung zu klären. Behandlung, die auf Spendenbasis beruht, kann langfristig den Anforderungen nach angemessener, medizinischer Versorgung für Menschen ohne Papiere nicht gerecht werden. Franz: „Es ist wichtig, dass der Deutsche Ärztetag dieses Thema zu seinem macht und wir merken, dass der Präsident der BÄK und die Ärzteschaft hinter uns und unserer Arbeit stehen.“

Die Unsicherheit, wie man die nächsten Behandlungen bezahlt, bleibt. Franz erinnert sich: „Ein Patient brauchte dringend eine Hüftgelenkprothese. Er hat in und mit der Community Gottesdienste, Straßenfeste und Trödelmärkte etc. organisiert, bis eine Summe da war, mit der ich die OP organisieren konnte. Ohne Improvisation geht hier gar nichts.“ Daher begrüßt Franz, dass im Integrationskonzept 2007 vom Berliner Senat für Personen, die behördlich nicht registriert hier leben, die Initiierung eines Fonds für die medizinische Versorgung als geeignete Lösung erwähnt wird.

Franz weist nochmals auf die Verknüpfung von Lebenssituation und Gesundheitszustand hin. Sie sagt, die Lebensumstände von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus sind gekennzeichnet durch beengte und häufig wechselnde Wohnbedingungen, beständige Angst vor Entdeckung, Ermangelung finanzieller Einkünfte. Daher fehlen u. a.: regelmäßige Mahlzeiten, hier vor allem auch die aus dem Herkunftsland gewohnten Lebensmittel und deren Zubereitung sowie angemessene Kleidung. Werden von Menschen ohne Papiere Jobs gefunden, in der Baubranche, der häuslichen Pflege, der Gastronomie, dann widerfahren ihnen oft genug Willkür, Ausbeutung und ungenügende Arbeitsschutzmaßnahmen. Franz erfährt davon, wenn sie etwa einen Mann, der beide Füße gebrochen hat, nach dem Unfallhergang fragt. Ergebnis: Der Patient stürzte von einer sieben Meter hohen ungesicherten Leiter beim Streichen einer Lagerhalle.

„Man muss sich aber auch vor Verallgemeinerungen hüten. Es gibt viele Leute in der Illegalität, die leben hier mehr oder weniger glücklich in ihren Communitys“, erzählt Franz. „Sie versuchen ein normales Leben zu leben.“ Die Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus lernen sehr schnell deutsch, denn das ist ihre einzige Chance, schnell gute Arbeit zu finden.

Die Herkunftsländer der Menschen, die die medizinische Beratung durch MMM suchten, kamen im Durchschnitt zu:

- 33 Prozent aus Ost- bzw. Südeuropa,
- 19 Prozent aus Ländern Afrikas,
- 13 Prozent aus Asien,
- 9 Prozent aus Russland und anderen ehemals sowjetischen Staaten,
- 13 Prozent aus Mittel- und Südamerika,
- 8 Prozent aus Deutschland,
- 5 Prozent andere Länder.

Es gibt kulturspezifische Eigenheiten bei ihren Patienten, die Franz respektiert und achtet. Wenn zum Beispiel Frauen aus bestimmten Kulturkreisen nur von einer Ärztin untersucht werden wollen. Es gibt andere Sachen, wie die Beschneidung von

Mädchen und Jungen, die sind für sie keine Kulturspezifität, sondern Körperverletzung und mit ihrem Verständnis definitiv nicht vereinbar. „Dinge, die ich als Ärztin für überflüssig, schädlich oder sogar gemeingefährlich halte, bezahlen wir nicht“, verdeutlicht Franz. Malteser Migranten Medizin beinhaltet nur die Behandlung medizinisch relevanter Erkrankungen sowie Untersuchungen im Rahmen der Mutterschafts- und Säuglingsvorsorge.

Das primäre Ziel liegt nicht in der unentgeltlichen Behandlung, sondern darin, dass der MMM an Kosten übernimmt, was der Patient nicht aufbringen kann. „Ich begegne Menschen, die sind wirklich in einem Kahn über das Mittelmeer geschippert und haben das nackte Leben gerettet. Sie schlafen jede Nacht woanders und essen in der Suppenküche. Da ist an eine Eigenbeteiligung nicht zu denken“, erzählt Franz, fügt aber hinzu, dass sie trotzdem immer fragt, ob der Patient in der Lage ist, sich an den Kosten für die notwendigen Untersuchungen und Therapien zu beteiligen. Sie ist angetreten, um einer menschenunwürdigen Situation zu begegnen, die Menschen ohne Krankenversicherung bzw. ohne Papiere medizinische Versorgung vorenthält. Aber sie will keine neue Ungerechtigkeit schaffen, denn es gibt viele Leute in Deutschland, die zwar eine Krankenversicherung haben, von der Arbeitsagentur bezahlt, denen es inzwischen jedoch wegen steigender Medikamentenzuzahlungen etc. auch am Nötigsten zum Leben fehlt. Diese Menschen kommen in ihrer Bedrängnis ebenfalls in die Aachenerstr. 12 und Franz muss ihnen erklären, warum sie sie nicht behandeln kann.

Franz ist eine gläubige Christin. Sie fühlt sich gut in Gottes Hand aufgehoben, was ihr ermöglicht, so manche Durststrecke zu überstehen. Was sie sich wünscht? Eine gute finanzielle Basis aus staatlicher Unterstützung und privaten Spenden sowie die Fähigkeit, für jeden Menschen, der zu ihr in die Migranten Medizin kommt, die passenden Worte zu finden und die richtige Entscheidung zu treffen.

Ulrike Hempel, Medizinjournalistin

# Manfred Stürzbecher wird 80



Foto: privat

Kein Arzt und kein Historiker, der sich für die Berliner Geschichte der Medizin interessiert, kommt an Manfred Stürzbecher vorbei. Keiner, der, auch weit von Berlin entfernt, dazu ernst-

haft forscht, hat sich nicht schon auf mindestens einen seiner über 600 Aufsätze und biographischen Skizzen gestützt. Von den an dieser Stelle durch Rolf Winau bereits zum 75. Geburtstag publizierten Lebensdaten seien nur die wichtigsten wiederholt: Am 18.10.1928 geboren, aus einem Berliner Apothekerhaus stammend, promovierte er 1954 zum Dr. phil. und 1961 zum Dr. med. Bereits lange vorher beginnt seine Publikationsliste mit Aufsätzen zu Berliner medizinisch und pharmazeutisch wirksamen Personen, Chefärzten, Medizinalbeamten, Universitätsprofessoren, auch Standespolitikern, zur Geschichte der Apotheken, der medizinischen Disziplinen, der ärztlichen Standesgeschichte und der Hospitäler und Krankenhäuser. Seine u. a. in der Bibliothek

des Berliner medizinhistorischen Institutes aufbewahrte Publikationsliste ist eine Fundgrube für jeden Interessierten. Kaum einer der häufig verschlungenen Wege vom historischen Akten-Standort in einen heute zugänglichen, bei privaten Akten manchmal auch unzugänglichen, Archivbestand blieb ihm verborgen. Dabei war und blieb er Medizinhistoriker eigentlich nur in Nebentätigkeit. Dies ist hinsichtlich der Fruchtbarkeit seines Schaffens kaum glaublich, hat er dabei doch die Produktivität manches hauptamtlichen Universitätshistorikers weit übertroffen. In seinem beruflichen Hauptamt war Stürzbecher ein äußerst wirksamer Medizinalbeamter mit Stationen in einem breiten Feld: Die Akademie für Staatsmedizin in Hamburg, die von den norddeutschen Bundesländern einschließlich der damals noch „besonderen politischen Einheit“ Berlin/West zur Qualifikation des Medizinalbeamtennachwuchses getragen wurde, leitete er stellvertretend und half, den Ausbildungsgang zu modernisieren. Bereits in dieser Zeit gehörte er einem Arbeitskreis an, der die Entwicklung des Gesundheitswesens in der damaligen SBZ, wie die DDR in Westpublikationen noch lange nach ihrer Grün-

dung hieß, interessiert verfolgte. Er leitete die Berliner medizinische Zentralbibliothek, war der Referent des Gesundheitssenats für die Medizinalstatistik und Dokumentation und als Leitender Medizinaldirektor die letzten zehn Jahre seiner hauptberuflichen Tätigkeit bis 1990 Amtsarzt und Chef des Gesundheitsamts eines ganzen Berliner Bezirks in Steglitz.

Seit 18 Jahren kann er sich, neben der Familie, ganz und gar seiner Leidenschaft für die Geschichte des Gesundheitswesens und der Medizin in allen ihren Facetten widmen.

Wir gratulieren herzlich, wünschen ihm viele weitere Jahre uneingeschränkter geistiger Produktivität und uns allen, weiter von seinem großen, noch unpublizierten Wissensfundus profitieren zu können.

Dr. med. Udo Schagen

## Zum Tode von Günter Hennies



Foto: privat

Am 17.07.2008 ist Günter Hennies gestorben, der 1921 in Berlin geboren wurde. Er hinterlässt eine Lücke, die nur schwer zu schließen ist. Er verbrachte seine Schul- und Jugend-

jahre in seiner Heimatstadt und studierte in Würzburg Jura. Die Endposition seines Berufsweges war die des Vizepräsidenten des Berliner Landessozialgerichts. Dass an dieser Stelle seiner gedacht wird, ist dem Umstand geschuldet, dass er 15 Jahre lang der Ärztekammer Berlin als juristisches Mitglied und Berater der Ethikkommission gedient hat.

Günter Hennies war ein besonderer Mensch und ein besonderer Jurist. Im Zusammenhang mit seiner Tätigkeit war er Sozialrichter, aber er war mehr. Analog dem Sozialmediziner konnte man ihn mit Fug und Recht einen „Sozialjuristen“ nennen, der sein breites juristisches Wissen am liebsten im Zusammenhang mit sozialen Problemen zur Anwendung brachte. Hierbei bildeten sich auch Schwerpunkte heraus. So galt sein besonderes Interesse juristischen Problemen im Zusammenhang mit Blindheit. Bis in die allerletzten Lebenswochen beschäftigte er sich intensiv mit den Themen Sterbehilfe und Patientenverfügung. Mit ihm darüber ein Fachgespräch zu führen war immer ein Gewinn. Ein besonderes Anliegen war ihm die Verständigung zwischen Juristen und

Ärzten. Ihm ist zu verdanken, dass das „Heidelberger Gespräch“, eine jährlich stattfindende Fortbildungsveranstaltung für Ärzte und Juristen, wieder in Gang kam, bei der er regelmäßig mitwirkte. In zahlreichen Veröffentlichungen hat er sein Wissen und seine Erfahrungen weitergegeben.

Menschlich kennzeichnete Günter Hennies äußerste Bescheidenheit und unermüdliche Hilfsbereitschaft. Es wird nicht oft vorkommen, dass jemand für die Auszeichnung mit dem Bundesverdienstkreuz von einem Nachbarn vorgeschlagen wird. Ein wesentlicher Kraftquell war für ihn sicherlich ein ungewöhnlich glückliches und harmonisches Familienleben, aber auch an Musik und Natur konnte er sich immer wieder freuen.

Günter Hennies wird vielen Menschen in dankbarer Erinnerung bleiben.

Prof. Dr. med. Ruth Mattheis



# „Die ganze Medizin“

**Das MSD-Manual der Diagnostik und Therapie. Elsevier/Urban & Fischer, München 2007, 7. deutsche Ausgabe, 3607 S., geb. 79,95 Euro.**

Nur wenig übertrieben ist der Werbeslogan „Die ganze Medizin in einer Hand“. (Die Hand muss allerdings robust sein.) Jeder Spezialist wird natürlich sein Fachgebiet als arg komprimiert empfinden, sich aber über alle anderen recht gut informiert fühlen. Seit der (auf deutsch 2000 erschienenen) Jahrhundertausgabe des ehrwürdigen amerikanischen, in 18 Sprachen weltweit verbreiteten Kompendiums sind wieder mehr als 200 Dünndruckseiten hinzugekommen. Aber der überquellende Stoff ist durch den 200 Seiten umfassenden detaillierten Index gut erschlossen.

Die Beiträge wurden teils gestrafft, teils erweitert, sie sind übersichtlicher gegliedert, und jedem ist ein Abstract vorangestellt. Ein Beispiel: Der chronisch venösen Insuffizienz war in der 6. Ausgabe nur ein kleiner Passus der Abhandlung über „Venenthrombose“ gewidmet. Jetzt sind „Krankheiten der peripheren Arterien“ und „Periphere venöse und lymphatische Krankheiten“ getrennte Kapitel, und ein zweieinhalb Seiten langer Abschnitt des letzteren ist „Chronisch venöse Insuffizienz“ überschrieben. Zur Therapie heißt es da sehr ehrlich: „Medikamente spielen keine Rolle“ und „Chirurgische Eingriffe sind in der Regel nicht wirksam“.

Die enorme Stoffmenge ist im wesentlichen nach Organsystemen geordnet, ab-

gesehen von Gynäkologie, Pädiatrie, Verletzungen/Vergiftungen dem Kapitel „Spezielle Sachgebiete“ wie Geriatrie, Rehabilitation, Palliativmedizin und Rechtsmedizin, angepasst an deutsche Verhältnisse. Ein neuer Text, „Komplementäre und alternative Medizin“, ist sehr ausgewogen, aber nicht ganz irrtumsfrei: Was im Westen „Traditionelle chinesische Medizin“ genannt wird, ist mitnichten 200 Jahre alt, sondern ein Konstrukt des kommunistischen Regimes aus dem 20. Jahrhundert.

Bemerkenswert das Kapitel „Klinische Pharmakologie“: Das erschreckende Ausmaß von Arzneimittelschäden wird keineswegs heruntergespielt, obwohl das Kompendium von einem Pharmaunternehmen herausgegeben wird.

**Der Text ist im Internet abrufbar unter [www.elsevier.de](http://www.elsevier.de) und [www.elsevier.com](http://www.elsevier.com).**

Rosemarie Stein

# „Warum macht man uns das Leben so schwer?“

Die Leute in unserem bildungsbürgerlichen Viertel nennen sie Philemon und Baucis. Man sieht das alte Arztehepaar immer zusammen, und sie laufen zu sehends mühsamer. Er geht schon lange am Stock, und sie hat jetzt so ein Wägelchen, auf das man sich stützen und notfalls auch mal setzen kann und mit dem man seine Einkäufe transportiert.

Neulich, als sie zur Bushaltestelle wollten, half ich ihnen über die Straße – in zwei Etappen, denn es wurde schon rot, als sie noch längst nicht auf dem Mittelstreifen waren. „Immer sind die Grünphasen zu kurz“, seufzte Baucis; „denken die denn nur an die Autofahrer und nie an die Alten?“

Wir stiegen in denselben Bus, für die beiden eine mühsame Sache. „Mit der U-Bahn ginge es ja schneller“, meinte Philemon, „aber es gibt noch nicht überall Fahrstühle, und die Rolltreppen sind oft kaputt. Die Quälerei auf der hohen Treppe Hallesches Tor vergessen wir nicht so bald! Und die S-Bahn? Haben Sie schon mal versucht, einen Fahrscheinautomaten zu benutzen, wenn die Sonne so prall auf den Bildschirm scheint, dass man nichts erkennen kann?“

Baucis fiel ihm ins Wort: „Auf den langen einsamen Bahnsteigen habe ich Angst, seit die Stationsvorsteher wegrationalisiert wurden. Ich denke immer an diesen pensionierten Schulleiter, den sie fast totgeschlagen haben, nur weil er auf das Rauchverbot hingewiesen hatte.“

Sie wollten in eine Kunstaussstellung. „Wer weiß, wie lange wir das noch können“, meinte Philemon; „in den meisten Museen gibt es viel zu wenig Sitzgelegenheiten. Und die Beschriftung! Nichts für alte Augen: Weiß auf Grau, oder gar auf dem spiegelnden Glas der Vitrinen oder irgendwo ganz unten. Da müsste man sich bücken oder hinknien.“ Baucis sekundierte: „Ja, da sind Designer gnadenlos am Werk – wie in den Zeitschriften.“ Sie zog

ein Heft aus der Tasche: „Gucken Sie mal – dunkelblaue Schrift auf Hellblau. Dieser Text sollte wohl hervorgehoben werden, ist aber kaum lesbar. Und auf der nächsten Seite haben sie ein Farbfoto unter den Text gelegt. Das muss doch auch für Jüngere schwer zu lesen sein.“

Wir schauten aus dem Fenster. Gerade fuhr der Bus an einem wilhelminisch-prunkvollen Postamt vorbei. „Unseres haben sie jetzt zugemacht“, sagte Philemon verbittert. „Dafür müssen wir nun ein ganzes Stück weiter laufen, zu einer Poststelle in einem Laden. Da kriegt man aber nicht alles. Neulich hatten sie nicht mal genug Briefmarken.“

„Ach ja“, fiel Baucis ein, „und die Hausbriefkästen in unserer Siedlung haben sie jetzt aus dem Flur entfernt und zwei Meter vor die Haustür neu gesetzt. Da spart die Post Zeit, also Personal, aber wir müssen uns bei Eis und Schnee extra straßenfertig anziehen und eine Schenkelhalsfraktur riskieren, nur um nachzusehen, ob der Briefträger schon da war.“

„Und wenn man selbst einen Brief in den Kasten stecken will, weiß man nie, ob der schon geleert wurde oder nicht. Früher mussten die Postfahrer nach der Leerung Zahlen weiterdrehen, so dass man sah, wann die nächste Leerung fällig war. Heute steht bloß dran: ‚Letzte Leerung 17 Uhr‘, und ich habe schon lange den Verdacht, dass die letzte auch die einzige ist“, sagte Philemon. „Ehe unser Postamt schloss, hat es übrigens noch seinen Nachbarn kaputt gemacht, einen Schreibwarenladen, weil es selbst Schreibwaren verkaufte.“

„Wie unsere gute alte Ladenstraße heruntergekommen ist, mit all den geschlosse-

nen Läden, das ist überhaupt ein Trauerspiel“, erzählte Baucis. „Als wir vor 35 Jahren in diese Gegend zogen, gab es in nächster Nähe alles, was der Mensch so täglich braucht, oder auch nur gelegentlich: Spezialgeschäfte nur für Kartoffeln und Eier oder für Fisch, einen Fleischer, zwei Drogerien, einen Eisenwaren- und einen Kurzwarenladen zum Beispiel – alles mit fachkundiger Beratung. Sogar einen Optiker, ein Schuhgeschäft und eine große Buchhandlung hatten wir. Jetzt muss man wegen jeder Schraube in den Baumarkt und wegen jeder Garnrolle ins Kaufhaus fahren – lange Wege für die vielen alten Leute, die hier wohnen, und das, nachdem wir das Autofahren aufgeben mussten.“

Philemon zog das traurige Fazit aus diesem Gespräch: „Ich verstehe die Welt nicht mehr. Angeblich leben wir doch in einer Dienstleistungsgesellschaft, aber Dienstleistungen werden immer seltener, und die Dienstleister sind nun arbeitslos. Können wir uns Dienste nicht mehr leisten? Aber die Arbeitslosen kosten uns doch auch viel, direkt und auch indirekt, weil Arbeitslosigkeit krank macht. Und dass wir eine alternde Gesellschaft sind,



also immer mehr Dienstleistungen brauchen, ist ja nun lange genug bekannt. Warum stellt man sich nicht darauf ein, sondern macht uns Alten das Leben so schwer?“

An der nächsten Haltestelle musste ich aussteigen – zum Glück, denn eine Antwort hätte ich Philemon auch nicht geben können.

Rosemarie Stein

# BERLINER ÄRZTE

10/2008 45. JAHRGANG

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

**Herausgeber:**

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

**Redaktion:**

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

**Redaktionsbeirat:**

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

**Anschrift der Redaktion:**

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

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

**Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:**

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

Telefon 0341 710039-90, FAX -99  
Internet: [www.l-va.de](http://www.l-va.de)  
E-Mail: [mb@l-va.de](mailto:mb@l-va.de)

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

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

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

ISSN: 0939-5784