

Werbung oder Information, das ist hier die Frage

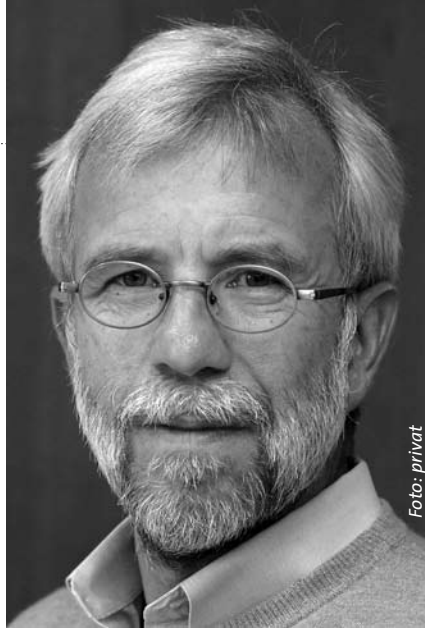


Foto: privat

**Professor Dr. med.
Wolf-Dieter Ludwig**

... ist Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Zu Risiken und Nebenwirkungen lesen Sie die Packungsbeilage und fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker“ oder den pharmazeutischen Hersteller.

Wollen wir tatsächlich, dass die pharmazeutische Industrie in Zukunft unsere Patienten über Nutzen sowie Risiken von Arzneimitteln informiert und bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Asthma und HIV-Infektion sogar für ihre Arzneimittel werben darf? Halten wir die Pharmaindustrie trotz täglicher Erfahrungen mit Marketing- und Arzneimittel(des)informationsstrategien für geeignet, unseren Patienten verlässliche, sachgerechte und evidenzbasierte Informationen zu liefern? Die Antwort auf diese Fragen lautet eindeutig „nein“. Trotzdem wird in Brüssel wieder einmal über eine Aufhebung des Verbots der Direktwerbung für rezeptpflichtige Arzneimittel (Direct-To-Consumer Advertising, DTCA) bei Patienten nachgedacht.

§ 10 des Heilmittelwerbegesetzes (HWG) legt in Deutschland fest, dass für verschreibungspflichtige Arzneimittel nur innerhalb der Fachkreise (zum Beispiel bei Ärzten und Apothekern) geworben werden darf. Der Begriff „Werbung für Arzneimittel“ wird in Artikel 86 der europäischen Richtlinie 2001/83 eindeutig definiert. 2002 scheiterte der erste Versuch der Pharmaindustrie und der Europäischen Kommission, das Verbot des DTCA für rezeptpflichtige Arzneimittel abzuschaffen. Im Jahre 2005 wurde von der Europäischen Kommission ein neues Gremium berufen, das „Pharmazeutische Forum“, um erneut die Rolle der Pharmaindustrie als Informant der Patienten zu diskutieren. Die Stellungnahme dieses Gremiums, in dem die Industrie mit fünf Vertretern deutlich überrepräsentiert ist,

war für Eingeweihte nicht überraschend. Überraschend war jedoch die unkritische Übernahme der Positionen dieses Gremiums durch EU-Kommissare. Die derzeit in Europa über Gesundheit zur Verfügung stehenden Informationen wurden als unbefriedigend bzw. sogar als inakzeptabel bezeichnet und eine stärkere Einbeziehung der Pharmaindustrie als Informationsquelle empfohlen. Die insbesondere durch methodische Mängel sowie fehlende Transparenz hinsichtlich Interessenkonflikten gekennzeichneten Berichte des „Pharmazeutischen Forums“ sind von führenden medizinischen Fachzeitschriften in Europa, von der International Society of Drug Bulletins zusammen mit dem Medicines in Europe Forum und der Health Action International, aber auch von unabhängigen Institutionen in Deutschland, wie der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, scharf kritisiert worden.

Angesichts der zahlreichen Ebenen der Beeinflussung des Ordnungsverhaltens von Ärzten durch die Pharmaindustrie sollte jetzt nicht auch noch das Verbot des DTCA aufgehoben und somit zusätzlichen Werbestrategien der pharmazeutischen Industrie, kaschiert als Arzneimittelinformation, direkt bei Patienten Tür und Tor geöffnet werden. Selbstverständlich setzt die aktive Beteiligung von Patienten im Sinne einer

gemeinsamen Entscheidungsfindung vor der Arzneimitteltherapie sachgerechte, unabhängige Informationen voraus. Es ist deshalb eine wichtige Aufgabe der Ärzte, Patienten über ihre Erkrankung, die Therapieoptionen, auch nicht-medikamentöse, und die Risiken von Arzneimitteln zu unterrichten. Hierfür benötigen wir unabhängige, evidenzbasierte, Nutzen und Risiken von Arzneimitteln zuverlässig abwägende und für Patienten verständliche Informationen. Die Sensibilisierung der Patienten für schädliche Nebenwirkungen der Arzneimitteltherapie und für ihre Verantwortung bei der Risikominimierung ist auch ein Schwerpunkt des im November 2007 vom Bundesministerium für Gesundheit vorgelegten Aktionsplanes zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland. Die pharmazeutische Industrie kann durch Entwicklung neuer Wirkstoffe, deren Testung in aussagekräftigen, methodisch einwandfreien klinischen Studien und die Bereitstellung von sachgerechten Gebrauchsinformationen für Ärzte und Patienten einen wichtigen Beitrag für eine bessere und sichere Arzneimitteltherapie leisten.

Erfahrungen in den USA, wo die Pharmaindustrie seit 1997 für verschreibungspflichtige Arzneimittel bei Patienten werben darf und hierfür 2005 4,2 Milliarden US-Dollar ausgegeben hat, sollten uns als abschreckendes Beispiel dienen. Unter dem Titel „The DTCA genie“ erschien Anfang dieses Jahres ein Editorial im „Lancet“. Wir werden diesen dienstbaren Geist nicht mehr einfangen, wenn er einmal aus der Flasche gelassen wurde.

W. D. Ludwig

Berlins berühmte Gynäkologen

Mathias David und Andreas D. Ebert, Berühmte Frauenärzte in Berlin. Mit einem Beitrag von Joachim W. Dudenhausen und Manfred Stürzbecher. Mabuse-Verlag, Frankfurt/M. 2007. ISBN 978-3-938304-45-7. 230 S., br., 23,90 Euro.

Die Autoren, beide aktive Frauenärzte in Berlin, verstehen ihr Buch unter anderem als Fortsetzung der 1994 erschienenen Geschichte der „Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe in Berlin“ (GGGB). Sie wird durch eine Chronik, die Schilderung der Gründungsjubiläen und ein Faksimile des Gründungsstatuts ergänzt. Überhaupt enthält das Buch fast auf jeder Seite anschaulich vertiefende Bilder, Dokumente und Tabellen. Der moderate Preis ist der GGGB zu danken.

Wer unter das Kriterium „berühmter Frauenarzt in Berlin“ fällt, ist wie immer auch subjektiver Einschätzung unterworfen. Den sich nur indirekt erschließenden Kriterien für die Auswahl der biographischen Skizzen aus der 150-jährigen Geschichte des Faches kann kaum widersprochen werden: Carl Mayer, Samuel Kristeller, Wilhelm Freund, August Martin, Alwin Mackenrodt, Albert und Gustav Döderlein, Paul Strassmann, Walter Stoeckel, Wilhelm Liepmann, Ernst Gräfenberg, Erich Bracht, Felix von Mikulicz-Radecki, Willibald Pschyrembel und Helmut

Kraatz stehen jeweils für wichtige Kapitel in der Entwicklung des Faches, nicht nur in der Stadt sondern weit darüber hinaus. Ernst Bumm, Robert Meyer, Selmar Aschheim, Bernhard Zondek, auch Herbert Lax, u.a. hätten wohl mit gleichem Recht Aufnahme finden können.

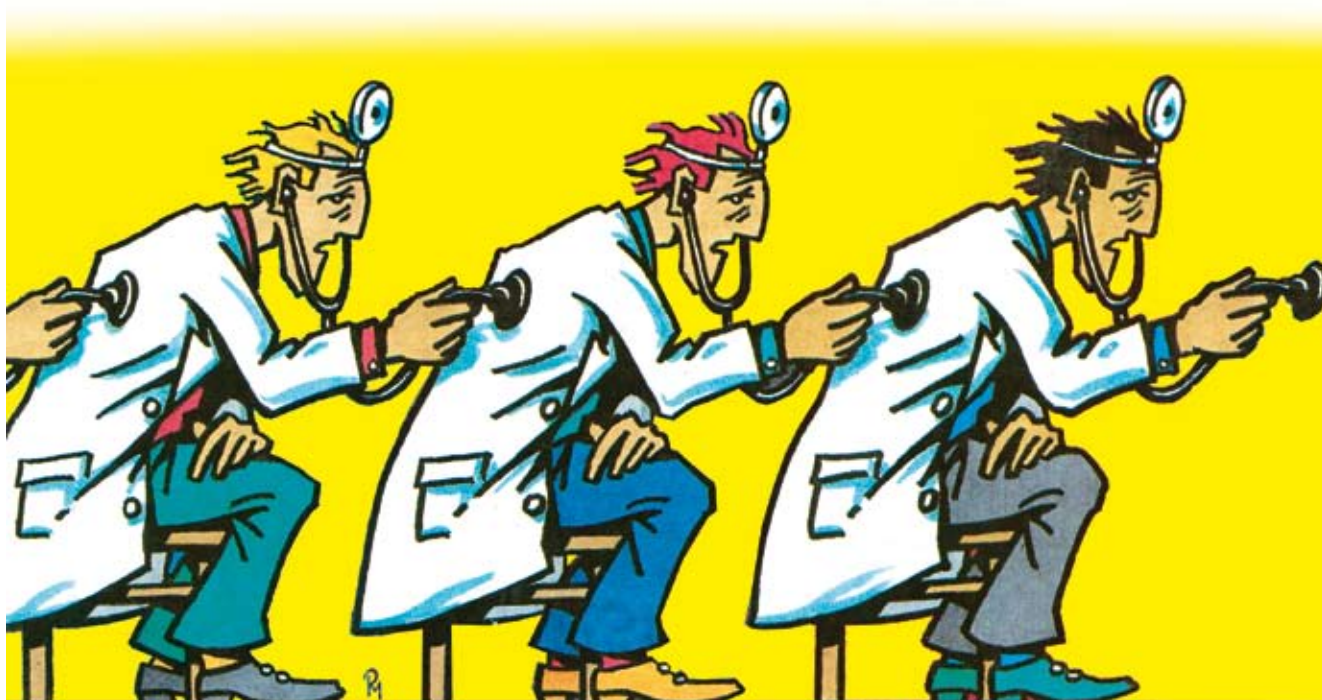
Die biografischen Skizzen, die häufig schwer greifbare Dokumente wiedergeben, lesen sich flüssig und schildern die wissenschaftshistorische Bedeutung immer im Zusammenhang des jeweils erreichten Entwicklungsstandes im Fach und geben die kontroversen Diskussionen wieder. Vielfältige Hinweise beziehen die Position und die Bedeutung zahlreicher zeitgenössischer Kollegen, auch über ein Register auffindbar, ein. Vor allem das Döderlein-Kapitel enthält eine immer noch häufig vernachlässigte Darstellung der Beteiligung des Faches und der Fachvertreter an den verbrecherischen Eingriffen zur Zwangssterilisierung hunderttausender Frauen und einer Medizin der ausgrenzenden Praktiken des Nationalsozialismus. Die Rolle des Herrschers über das „gynäkologische Kaiserreich“ in der Berliner Artilleriestraße, Walter Stoeckel, wird zwar noch nicht als aktive Förderung des Ausmerzens „minderwertigen“ Erbgutes dargestellt – hier sind ausführliche Publikationen der Medizingeschichte erst in den nächsten Monaten zu erwarten –, aber seine Einstellung 1933 wird deutlich: Die „unerbittliche Härte bei der unbeirrbaren

Verfolgung großer politischer Zukunftsziele (...) zerbricht rücksichtslos das staatlich nicht gewollte und sie geht mit festem Blick auf Deutschlands national-völkische Gestaltung schicksalhaft über Einzelschicksale hinweg.“ Das Kapitel zu Freund enthält auch eine Darstellung der historischen Schritte zur niemals erreichten Gleichberechtigung jüdischer Hochschullehrer. Die biografierten Vertriebenen Strassmann, Liepmann und Gräfenberg waren selbst „national-völkisch“ gesinnt. Strassmann 1933: „Ich stehe selbstverständlich mit ganzem Herzen auf dem Boden der nationalen Erhebung.“ Seinem im Ersten Weltkrieg gefallenen Sohn setzte er ein Denkmal mit der Aufschrift: „Du fandest wozu du ausgesandt, Den Weg zur Höh' für dein Vaterland.“ Liepmann (40-jährig !) war 1918 Kriegsfreiwilliger, Gräfenberg hoch dekorierter Chefarzt einer Sanitätskompanie. Es hat ihnen nichts genutzt. Ein Kapitel über die Erschießung von Paul Caffier und Wilhelm Breipohl am letzten Kriegstag in Berlin beschließt diesen Abschnitt deutscher (Gynäkologie-)Geschichte.

Aus Sicht des Rezensenten ist besonders erfreulich, wenn ausgewiesene Fachvertreter sich der eigenen Geschichte annehmen und dabei handwerkliche Kriterien der historischen Wissenschaften nicht außer Acht lassen. Der Leser profitiert vom Fachwissen der Autoren, die manche Entwicklung und wissenschaftlichen Irrweg besser einzuschätzen vermögen.

Dr. med. Udo Schagen

ANZEIGE



TITELTHEMA.....

**AUF DER ANDEREN SEITE –
Wenn Ärzte zu Patienten werden**

Ärztinnen und Ärzte sind es gewohnt, anderen Menschen zu helfen. Doch schlagartig werden sie selbst oft zu Patienten und benötigen Hilfe.

Wie betroffene Ärzte mit dieser ungewöhnlichen Rolle umgehen, zeigt BERLINER ÄRZTE in diesem Titelthema.

Von Ulrike Hempel.....14

**„Eine große Hemmschwelle, um
Hilfe zu bitten“**

Interview mit der Psychotherapeutin
Iris Hauth

Von Ulrike Hempel.....20

EDITORIAL.....

**Werbung oder Information, das
ist hier die Frage**

Von Wolf-Dieter Ludwig 3

BERLINER ÄRZTE aktuell..... 6

**Bundesinstitute laden zu ihrer
jährlichen Fortbildungsveran-
staltung ein**

Informationen des Bundesinstitutes für
Risikobewertung.....11

BERUFS- UND GESUND-
HEITSPOLITIK.....**Gefühle und reale Risiken**

Rechtfertigen „gefühlte“ Risiken staatli-
ches Handeln? Dieser Frage ging eine
Veranstaltung des Bundesinstituts für
Risikobewertung nach.

Von Rosemarie Stein..... 23

**Anspruch und Wirklichkeit in
Arztpraxen**

Vermeintlich lange Wartezeiten und
unfreundlicher Umgangston sorgen
immer wieder für Unmut zwischen
Patient und Arzt. BERLINER ÄRZTE zeigt

einen scheinbar banalen Fall und die
Reaktion einer Ärztin.

Von Sascha Rudat.....25

Bestandene Facharztprüfungen

September 2006 bis Februar 2007
.....27

FORTBILDUNG.....

Fortbildungskalender..... 21

BUCHBESPRECHUNGEN...

Berühmte Frauenärzte in Berlin

.....4

FEUILLETON.....

**Neue Dauerausstellung:
Empfehlenswert!**

Das Berliner Medizinhistorische
Museum der Charité zeigt sich in
neuem Glanz.

Von Rosemarie Stein30

Impressum38

Kritik

Durch Pflegereform drohen neue „Verschiebebahnhöfe“

Wieder plant die Bundesregierung einen Griff in die Töpfe der Gesetzlichen Krankenversicherung, um damit andere soziale Sicherungssysteme zu unterstützen. Neuestes Beispiel: Die geplante Pflegereform. Im „Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegereform“ ist unter anderem geplant, ab 2008 bundesweit rund 4000 Pflegestützpunkte einzurichten, die als zentrale Anlaufstellen eine bessere Beratung und Vernetzung von Pflegeleistungen sicherstellen sollen.

Die Einrichtungen sollen von Pflege- und Krankenkassen, sowie den zuständigen landesrechtlichen Stellen anteilig finanziert werden. Ein Bundeszuschuss ist nur bis 2011 geplant, dann müssen die beteiligten Akteure die Kosten allein schultern.

In ersten Berechnungen beziffern Insider die Belastung, die dadurch auf die Gesetzliche Krankenversicherung zukommen wird, auf mindestens 250 Millionen Euro jährlich. Diese Mittel würden der Krankenversorgung nicht mehr zur Verfügung stehen. Berlins Ärztekammer-Präsident Dr. med. Günther Jonitz äußerte sich kritisch gegenüber diesen Plänen und begrüßte, dass sich bereits

parteilichter Widerstand gegen entsprechende Gesetzespassagen regt. Abgesehen vom unklaren Finanzierungsmodus ist auch die geplante Streuung der Pflegestützpunkte ein Monitum der Kritiker. In großstädtischen Regionen wie Berlin würde der vorgesehene Versorgungsschlüssel von einem Pflegestützpunkt auf 20.000 Einwohner dazu führen, dass „hinter jeder Pommeshütte ein Pflegestützpunkt steht“, heißt es etwas überspitzt aus Fachkreisen. Der begehrliche Griff in die Töpfe der Krankenkassen ist ein Klassiker der bundesdeutschen Sozialpolitik. Etwa 11 Milliarden Euro jährlich verliert das Gesundheitssystem durch politische Entscheidungen, berechnete das Kieler Institut für Gesundheits-Systemforschung, das regelmäßig die „Verschiebebahnhöfe“ zu Lasten der Krankenversicherung analysiert, bereits für 2005. Angesichts dieser Summe mögen sich 250 Millionen Euro noch gering ausnehmen. Doch „jeder umgeleitete Euro ist einer zu viel“, so Kammerchef Jonitz. Der Ausgang des Gesetzgebungsverfahrens, das kurz vor Weihnachten in 1. Lesung den Bundestag passierte, ist offen. *sygo*

ANZEIGE

Standpunkt

ÄKB: Ärzte dürfen keine Sterbehelfer sein



Foto: T. Rase

Dr. Günther Jonitz

Ärztinnen und Ärzte dürfen sich aus Sicht der Ärztekammer Berlin nicht zu Sterbehelfern machen lassen. Dies betont die Kammer nach Ankündigungen von Sterbehilfeorganisationen und Berliner Ärzten, aktiv nach sterbewilligen Patienten zu suchen, um Präzedenzfälle zu schaffen.

Die Verlautbarungen von Dignitas, dem deutschen Ableger der Schweizer Organisation Dignitas, verstoßen aus Sicht der Kammer gegen die ärztliche Berufsordnung. Aufgabe des Arztes ist es danach, Leben zu erhalten, Leiden zu lindern und Sterbenden Beistand zu leisten.

Ein Arzt darf das Leben eines Sterbenden nicht aktiv verkürzen. „Wir lehnen die Kommerzialisierung des Suizides, wie sie derzeit aktiv von einigen Organisationen vorangetrieben wird, strikt ab“, betonte Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz in einer Presseerklärung. Wichtiger sei vielmehr der Ausbau der Palliativmedizin und der Hospizarbeit in Deutschland, um das Lebensende von unheilbar kranken Patienten „so menschenwürdig wie möglich zu gestalten und Schmerzen so weit wie möglich zu lindern“. Jonitz wies darauf hin, dass

die Linderung starker Schmerzen aber auch bedeuten könne, eine Lebensverkürzung in Kauf nehmen zu müssen. Der Wunsch des Patienten nach einem „gnädigen Tod“ begründet nicht die Forderung nach einem ärztlich gesteuerten Suizid.

Gleichwohl plädierte Jonitz für einen umfassenden gesamtgesellschaftlichen Diskurs zum Thema Sterben. Es gebe noch viele offene Fragen. Dazu zählt beispielsweise auch, ob eine Patientenverfügung eingeschränkt oder uneingeschränkt gelten soll. Ärzte befänden sich in einem permanenten Spannungsfeld zwischen dem Verbot der aktiven Sterbehilfe und den Wünschen von Patienten, die keinen Lebenswillen mehr haben, weil ihre Schmerzen nicht gelindert werden können. Dieses Spannungsfeld werde sich auch durch gesetzliche Regelungen nicht gänzlich auflösen lassen.

Jonitz forderte die Menschen auf, sich intensiv mit den Themen Sterben und Tod auseinanderzusetzen. Die Niederlande und der US-Bundesstaat Oregon haben diese Diskussion geführt und verfügen über wichtige Erfahrungen. Nur so könne eine Diskussion in der Gesellschaft auf allen Ebenen in Gang gesetzt werden. „Ärzte sollten sich aber nicht in die erste Reihe dieser Diskussion stellen und sich gar zum Steigbügelhalter von Geschäftemachern machen lassen“, warnte der Kammerpräsident.

*Psychosomatik und ärztliche Psychotherapie***DGPM nach Berlin gezogen**

Dr. D. Bodenstein, Professor Dr. Th. Loew, Dr. Th. Bißwanger-Heim, Dr. J. F. Buhrmann, Dr. W. Bertram (v.l.n.r.)

Die Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie (DGPM) ist mit ihrer Geschäftsstelle nach Berlin gezogen. Neuer Standort ist das geschichtsträchtige Stammhaus der Familie Mendelssohn in der Jägerstraße in Berlin-Mitte, unweit des Gendarmenmarktes. Wie der DGPM-Geschäftsführer, Kammervorstand Dr. med. Dietrich Bodenstein, auf einer Pressekonferenz am 22. November betonte, sei der

Umzug der Fachgesellschaft nach Berlin nahe liegend gewesen, da die Hauptstadt „schon immer ein Angelpunkt der Psychosomatik und der ärztlichen Psychotherapie gewesen ist“. Bereits 1946 habe es in Berlin psychosomatische Medizin für die gesamte Bevölkerung auf Krankenschein gegeben. Der DGPM-Landesvorsitzende Berlin-Brandenburg, Dr. med. Bernhard Palmowski, erläuterte daneben neue Erkenntnisse zu Funktionellen

Somatischen Störungen (FSS). „Fünf von zehn Patienten in der Praxis des Hausarztes leiden an funktionellen somatischen Beschwerden“, betonte er. Die stellvertretende DGPM-Landesvorsitzende, Dr. med. Anna Goedel, stellte ein Modellprojekt von Hausärzten, Fachärzten für Psychosomatik und ärztliche Psychotherapie sowie Kliniken vor.

BERLINER ÄRZTE wird in einer der kommenden Ausgaben über dieses Projekt berichten.

*Elektronische Gesundheitskarte***Pro und Contra**

Das Für und Wider der Elektronischen Gesundheitskarte steht im Mittelpunkt einer Diskussionsveranstaltung des Ausschusses für Menschenrechte der Ärztekammer am 30. Januar. Dr. med. Silke Lüder, Allgemeinärztin aus Hamburg, und Norbert Paland, Ministerialdirigent und Leiter der Unterabteilung Haushalt/-Telematik im Bundesministerium für Gesundheit, werden die Problematik aus ihrer jeweiligen Sicht darstellen. Im Anschluss wird es reichlich Gelegenheit zur Diskussion mit dem Publikum geben, insbesondere über die Probleme Datensicherheit, technische Umsetzung in der Praxis und Finanzierung.

Ort:
Großer Sitzungssaal der
Ärztekammer Berlin
Friedrichstr. 16
10969 Berlin

Datum:
30. Januar 2008, 19.30 Uhr.

Allgemeinmedizin als eigenständiges Gebiet: Pro- und Contra-Meinungen

Pro Wenn „Scheidung“ gut tut

Die Entscheidung der Berliner Ärztekammer, den Facharzt für Allgemeinmedizin wieder einzuführen, hat in den vergangenen Wochen für reichlich Wirbel gesorgt. Dies war auch nicht anders zu erwarten, denn die Delegiertenversammlung ist mit ihrem Beschluss nicht der Empfehlung der Bundesärztekammer gefolgt, einen Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin zu installieren. Doch sie hat dies nicht getan, um „Macht“ zu demonstrieren, sondern um auch in Zukunft eine wohnortnahe und an den Bedürfnissen der Patienten orientierte hausärztliche Versorgung anbieten zu können.

Es sei gleich vorangestellt: Die neue Berliner Weiterbildungsregelung für Allgemeinmediziner ist praxisorientiert, flexibel und sehr umfangreich. Weiterbildungsinhalte und -zeiten sind genau auf das künftige Tätigkeitsfeld eines angehenden Hausarztes abgestimmt. Die Weiterbildung ist breit gefächert und umfasst wesentlich mehr Inhalte als die alte. So wurde die Weiterbildungszeit in der Orthopädie und Unfallchirurgie neu aufgenommen und auf sechs Monate festgelegt, zusätzlich sind sechs Monate Chirurgie Pflicht. Das praktische Lernen steht im Vordergrund: Statt in

Kursen soll die Weiterbildung überwiegend in der ambulanten Patientenversorgung stattfinden. In der bisherigen Weiterbildungsordnung, die sowohl den internistischen als auch den allgemeinmedizinischen Teil abdeckte, kamen allgemeinmedizinische Aufgaben schlichtweg zu kurz. Deshalb konnte die auf dem Deutschen Ärztetag 2002 in Rostock beschlossene „Zwangsehe“ zwischen den Fachärzten für Allgemeinmedizin und den Fachärzten für Inneres – zumindest in Berlin – nicht funktionieren. Die Beschlüsse der Ärztekammer, wieder einen Facharzt für Inneres ohne Schwerpunkt (wie vom letzten Ärztetag beschlossen) und einen Facharzt für Allgemeinmedizin einzuführen, sind deshalb nur konsequent. Dies umso mehr, als in Brüssel für Deutschland der Facharzt für Allgemeinmedizin derzeit notifiziert ist. Eine Änderung der Notifizierung in Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin war nie absehbar und ist – entgegen allen anders lautenden Behauptungen – europarechtlich auch nicht notwendig.

Warum die „Scheidung“ notwendig war, sollen folgende zwei Punkte verdeutlichen. Punkt eins: Schon jetzt gibt es in vielen Regionen Deutschlands einen Mangel an Hausärzten. Deshalb müssen wir den Facharzt für Allgemeinmedizin für den Nachwuchs attraktiv ma-

chen und ihm eine anspruchsvolle Ausbildung bieten, die auf die ärztliche Betreuung von Menschen jeden Alters und mit den unterschiedlichsten Gesundheitsstörungen vorbereitet.

Punkt zwei: Die Anforderungen an den Hausarzt werden in den nächsten Jahren weiter steigen. Mit der wachsenden Zahl von älteren Menschen in der Gesellschaft wird auch die Zahl der multimorbiden Patienten zunehmen. Dafür benötigen wir nicht nur ausreichend, sondern auch bestens qualifizierte Hausärzte – Hausärzte, die sich mit orthopädischen Problemen genauso gut auskennen wie mit gastroenterologischen Beschwerden, die sich um die Prävention und Früherkennung kümmern, die wissen, wie sie die ärztliche Behandlung koordinieren und gegebenenfalls weitere ärztliche pflegerische und soziale Hilfen einbeziehen.

In der neuen Weiterbildungsordnung sind diese Punkte berücksichtigt. Ich bin sicher, dass wir damit nicht nur eine jahrelange Diskussion um die allgemeinmedizinische Weiterbildung beendet haben, sondern auch einen richtungsweisenden Schritt getan haben. Andere Ärztekammern haben bereits signalisiert, sich dem Berliner Modell anzuschließen. Nunmehr bleibt abzuwarten, ob auch die Senatsgesundheitsverwaltung der Änderung zustimmen und damit ein klares Zeichen für die Stärkung der hausärztlichen Versorgung setzen wird.

Contra Allgemeinmedizin zum zweiten

Die Delegiertenversammlung hat am 14.11.07 den „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ aus der Berliner Weiterbildungsordnung gestrichen und stattdessen den „Facharzt für Allgemeinmedizin“ wieder eingeführt. Die Fraktion Gesundheit hat dagegen argumentiert und votiert – warum? Sind sich nicht alle einig, dass ein gut weitergebildeter Hausarzt für unser Gesundheitssystem von eminenter Wichtigkeit ist?

Zu Erinnerung: Auf dem Deutschen Ärztetag in Rostock 2002 wurde nach Abstimmung mit allen Fachverbänden der „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)“ eingeführt, um damit für die Zukunft die Konkurrenz zwischen diesen beiden Fächern zugunsten einer speziell auf die hausärztliche Tätigkeit zugeschnittenen Weiterbildung aufzuheben. Das Gebiet der Inneren Medizin wurde zunächst an die Spezialisten der sieben Schwerpunkte aufgeteilt. Aus EU-rechtlichen Gründen wurde auf dem Ärztetag 2007 ein „Facharzt für Innere Medizin“ – ohne Schwerpunkt – für die klinische Versorgung ergänzt.

Nicht allen gefiel diese Neuordnung, dennoch wurde in den vergangenen Jahren hart um eine bundeseinheitliche Umsetzung gerungen. Denn um die notwendige EU-Notifizierung zu erreichen, muss die Bundesregierung einen einheitlichen Hausarzt benennen. In allen anderen Landesärztekammern hielt man sich deshalb an den Kompromiss, nur in Berlin beschloss die DV, den „Facharzt



Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin

Dr. med. Angelika Prehn

Hausärzte, Mitglied der Delegiertenversammlung der ÄKB
Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin

für Innere und Allgemeinmedizin“ wieder durch den „Facharzt für Allgemeinmedizin“ zu ersetzen.

Dieser Beschluss birgt eine Reihe von schwerwiegenden Problemen:

1. Die bundesweite Übereinkunft, in Deutschland Innere und Allgemeinmedizin zum Hausarzt zusammenzuführen wird aufgekündigt, was die Notifizierung dieses Facharztes bei der EU in der Berufsanerkennungsrichtlinie unmöglich macht. Ob daraus ein erneutes Vertragsverletzungsverfahren mit erheblicher Strafanzeige der EU gegen Deutschland erwächst, bleibt offen.

2. Die Intention, die Konkurrenzsituation zwischen Innerer und Allgemeinmedizin um die hausärztliche Versorgung zu glätten, ist gescheitert.

3. Wegen der Inkompatibilität der Weiterbildungen werden die jungen Kolleginnen und Kollegen während ihrer Weiterbildungszeit nicht mehr zwischen Berlin und anderen Bundesländern wechseln können. Wer z.B. in einem anderen Kammerbereich die Weiterbildung zum „Arzt für Innere und Allgemeinmedizin“ begonnen hat, kann diese hier nicht abschließen, weil es sie in Berlin nicht mehr gibt.

4. Experten befürchten, dass die mindestens 5 verschiedenen

Weiterbildungsabschnitte des Berliner Facharztes für Allgemeinmedizin kaum so zu koordinieren sind, dass die vorgesehene Mindestweiterbildungszeit eingehalten werden kann. Das ist ein Problem, das nicht nur die Weiterbildungskollegen trifft, sondern auch die zukünftige Versorgung mit Hausärzten in Berlin und im Umland! Wir befürchten, dass die Weiterbildung der Allgemeinmediziner durch den Berliner Beschluss nicht verbessert wird, sondern dass im Gegenteil schwerwiegende Hürden entstehen, die letztendlich den drohenden Hausärztemangel noch verschärfen.

Dem Vernehmen nach gibt es in anderen Landesärztekammern

erheblichen Unmut über den Berliner Alleingang. Der Präsident der Bundesärztekammer hat den Senat gebeten, dieser Änderung der Weiterbildungsordnung nicht zuzustimmen, sondern sie noch einmal an die Delegiertenversammlung zurück zu verweisen.

Vielleicht können wir ja der Anregung einer erneuten, sachlichen Diskussion folgen?

Dr. med. Charlotte Lutz

Fraktion Gesundheit, Mitglied der Delegiertenversammlung der ÄKB, Stellv. Vorsitzende des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte

ANZEIGE

Informationen zur Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

Die Ärztekammer Berlin hat am 14. November 2007 die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin neu strukturiert. Wichtiger noch als eine neue Weiterbildungsordnung sind jedoch nach Ansicht des Hausärzteverbandes BDA die Bemühungen um die Schaffung von Verbund-Rotationsstellen und um die Vollfinanzierung der Assistentegehälter. Der Weiterbildungsassistent muss ein

Weiterbildungsangebot und Verträge für volle 5 Jahre im voraus erhalten bei einem Gehalt, das mindestens den Klinikgehältern entspricht. Daran wird gegenwärtig auf verschiedenen Ebenen intensiv gearbeitet.

Nach einer Vereinbarung des Initiativprogramms können Fördergelder für spezifische Fortbildungen in der Allgemeinmedizin genutzt werden. Die Kurse, die

dann für Weiterbildungsassistenten kostenlos sind, werden vom BDA organisiert.

Ziel ist eine möglichst breite Weiterbildung des künftigen Hausarztes. Wir wollen darüber hinaus im Gespräch mit erfahrenen Kollegen und Weiterbildern Probleme der Weiterbildung ansprechen und konkrete Hilfestellung beim Berufseinstieg geben.

Nächste Termine, jeweils 19.30 Uhr

- 24. Januar
Hautkrankheiten – Tumor
 - 21. Februar
HNO-Erkrankungen
 - 13. März
Neurologie in der Allgemeinpraxis
 - 24. April
Psychiatrische Fälle in der Hausarztpraxis
- Informationen gibt es über den BDA, Tel. 030/312 92 43
Dr. med. Hans-Peter Hoffert
2. Stellv. Vorsitzender des BDA in Berlin und Brandenburg

Info-Veranstaltung

„Zukunftschancen für junge Mediziner“

Der Hartmannbund Berlin lädt in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin am 29. Januar zu einer Informationsveranstaltung für junge Medizinerinnen und Mediziner ein. Themenschwerpunkte sind die Facharztorientierung und die neue Weiterbildungsordnung der Kammer. Erfahrene Kliniker und Niedergelassene verschiedener Fachrichtungen werden aus der Praxis berichten. Im Anschluss gibt es eine Diskussion und die Möglichkeit zur Beratung im Einzelfall. Referenten sind u.a. Dr. Rudolf Fitzner (Laborarzt, Vorsitzender des Hartmannbundes LV Berlin und Kammervorstand) und Dr. Elmar Wille (Augenarzt und Vizepräsident der Kammer).

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Beginn: 29.01.2008, 19.00 Uhr.
Informationen und Anmeldungen:
Hartmannbund Berlin; Tel.: 030/206 208 55
E-Mail: lv.be@hartmannbund.de

Menschenrechte

Behandlung von Migranten ohne Papiere

Die Ärzteorganisation IPPNW veranstaltet am 19. Januar die 1. Folgetagung „achten statt verachten – Menschenrechte für Migranten ohne Papiere“. Nach Angaben der Organisation klafft weiterhin eine große Lücke zwischen den ordnungspolitischen Vorstellungen der Politik und der traurigen Realität der Menschen ohne Papiere. Die ärztliche Pflicht, jedem Kranken ohne Ansehen der Person zu helfen, deckt sich in ihren Konsequenzen nicht immer mit den ordnungspolitischen Vorstellungen von Innenpolitikern. Dieses Spannungsverhältnis soll einer der Schwerpunkte der Tagung sein. Zu den Referenten der Tagung gehört u.a. Dr. Cornelia Goesmann, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer.

Ort: Ev. Heilig-Kreuz-Kirche
Zossener Str. 65, 10961 Berlin-Kreuzberg
Datum: 19. Januar 2008, ab 9.30 Uhr
Informationen und Anmeldung: www.ippnw.de/tagung

Bundesinstitute laden zu ihrer jährlichen Fortbildungsveranstaltung ein

Die Fortbildungsveranstaltung für Ärzte aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst wird gemeinsam vom Bundesinstitut für Risikobewertung, dem Robert Koch-Institut und dem Umweltbundesamt angeboten.

Die dreitägige Veranstaltung richtet sich an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheitsämter, der Medizinal-, veterinärmedizinischen und chemischen Untersuchungsämter, an die Hygienebeauftragten der Krankenhäuser sowie an Ärztinnen und Ärzte aus Praxen, Krankenhäusern oder Laboratorien.



Termin für die nächste Fortbildungsveranstaltung ist der 2.-4. April 2008. Veranstaltungsort ist das Bundesinstitut für Risikobewertung in Berlin-Marienfelde, Diedersdorfer Weg 1. Neben den genannten Bundesinstituten beteiligen sich weitere Bundes- und Landesinrichtungen. Das Programm umfasst Themen aus dem Gesundheits- und Infektionsschutz, der Kindergesundheit, der Umweltmedizin und dem gesundheitlichen Verbraucherschutz.

Das Programm im Einzelnen:

MITTWOCH, 02.04.2008

10.00–10.15 Uhr Begrüßung

GESUNDHEITS- UND INFektionSSCHUTZ

- 10.15–11.00 Uhr Todesursachenverschlüsselung auf dem Totenschein
- 11.00–12.00 Uhr Risikoüberwachung von Arzneimitteln
- 12.00–12.45 Uhr Bedeutung von Hantaviren für Menschen und Tiere
- 13.30–14.15 Uhr Ergebnisse aus dem Sentinel „Pilot-Gesundheitsämter“
- 14.15–15.30 Uhr Die konnatale Cytomegalie: Ein unterschätztes Gesundheitsrisiko
- 16.00–16.45 Uhr Kontrolle sexuell übertragbarer Krankheiten in Deutschland
- 16.45–17.30 Uhr Neues aus der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention
- 17.30–18.15 Uhr Impfungen von Jugendlichen

DONNERSTAG, 03.04.2008

KINDERGESUNDHEIT

- 08.30–09.15 Uhr Soziale Lage und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen
- 09.15–10.00 Uhr Neueste Ergebnisse aus dem Kinder-Umwelt-Survey – Quellen und Zusammenhänge
- 10.30–11.15 Uhr Kontaktallergien bei Kindern – häufiger als gedacht
- 11.15–12.00 Uhr Gesund groß werden – Präsentation des neuen Elternordners
- 12.00–12.45 Uhr Das neue Nationale Zentrum „Frühe Hilfen“

UMWELT UND GESUNDHEIT

- 13.30–14.15 Uhr Aktuelle Daten für bevölkerungsbezogene Expositionsschätzungen in Deutschland
- 14.15–15.15 Uhr Humanbiomonitoring
 - Beurteilungswerte für die Praxis
 - Die Humanprobenbank des Bundes
- 15.45–16.30 Uhr Einfluss von Klimaänderungen auf vektorübertragene Krankheiten
- 16.30–17.15 Uhr Trichloramin im Schwimm- und Badebeckenwasser
- 17.15–18.00 Uhr PFT, PCM-Metabolite und Arzneimittel im Trinkwasser – Aktuelle Bewertung

Freitag, 04.04.2008

VERBRAUCHERSCHUTZ

- 08.30–09.15 Uhr Rechtliche Grenzen der Behördenkommunikation über Risiken
- 09.15–10.15 Uhr Nahrungsergänzungsmittel
 - Der aufgeklärte Verbraucher und die gesundheitlichen Angaben für Lebensmittel
 - Zielgruppengerechte Risikokommunikation zu Nahrungsergänzungsmitteln
- 10.45–11.30 Uhr Risiken pflanzlicher Stoffe – Das Beispiel der Isoflavone
- 11.30–12.15 Uhr Gesundheitliche Risiken des Wasserpfeifenkonsums
- 12.45–13.30 Uhr Neue diagnostische Verfahren zum Nachweis von Erregern lebensmittelbedingter Infektionen
- 13.30–14.15 Uhr Wildfleisch als „neue“ Quelle für Infektionen des Menschen mit EHEC
- 14.15–15.00 Uhr Pflanzenschutzmittelrückstände in Proben aus amtlicher Überwachung: Bewertung des akuten Risikos
- Gegen 15.00 Uhr Ende der Veranstaltung

Kammer sorgt für Patientensicherheit

Die Ärztekammer Berlin sorgt durch eine konsequente berufsrechtliche Arbeit für Patientensicherheit in der Hauptstadt. So gingen alleine im Jahr 2006 rund 1.400 Beschwerden von Patienten und Dritten ein. Die meisten Probleme ließen sich durch Gespräche mit den Betroffenen einvernehmlich klären. In den glücklicherweise wenigen Fällen, in denen offenbar ärztliches Fehlverhalten vorlag, ging die Ärztekammer Berlin mit allen berufsrechtlichen Mitteln vor. Ziel ist dabei immer der Schutz der Patienten und das hohe Ansehen der Berliner Ärzteschaft in der Bevölkerung.

So leitete der Kammervorstand in den vergangenen fünf Jahren 117 Rügeverfahren (davon sind 14 noch nicht bestandskräftig) sowie 85 Untersuchungsverfahren (von denen 24 noch nicht beendet sind) ein. Aus den Untersuchungs- und Rügeverfahren sind 38 berufsgerichtliche Verfahren hervorgegangen. Von den 17 abgeschlossenen berufsgerichtlichen Verfahren endete keines mit einem Freispruch.

Das Spektrum der Verstöße gegen die ärztliche Berufsordnung ist sehr groß. Gegenstand der Rügeverfahren, die häufig mit Geldauflagen verbunden worden sind, waren beispielsweise das verspätete Einreichen von Gutachten oder Befundberichten, werberechtliche Verstöße oder die missbräuchliche Führung von akademischen Graden und Bezeichnungen aus der Weiterbildungsordnung der ÄKB. Rügeverfahren können in der Regel nach einigen Monaten abgeschlossen werden.

Bei Untersuchungsverfahren sind die Verstöße schwerwiegender oder die Beweisaufnahme gestaltet sich aufwändiger. Die Schwerpunkte bei den eingeleiteten berufsgerichtlichen Verfahren waren schwerwiegende Hygienemängel, größte Behandlungsfehler mit massiven Folgen für die Patienten, Annahme erheblicher finanzieller oder geldwerter Vorteile von Patienten, sexuelle Übergriffe gegen Patienten oder Angestellte sowie schwerwiegende Straftaten im Privatbereich.

So ging es beispielsweise bei einem der Berufsgerichtsverfahren darum, dass ein niedergelassener Arzt unter anderem mit Krebswunderheilung geworben hatte. Hierfür wurde er vom Berufsgericht verurteilt, wogegen er bis vor das Obergericht ging und verlor. In einem weiteren Fall wurde ein Arzt verurteilt, weil er bei zwei schwerwiegend erkrankten Patienten unter anderem im Rahmen des KV-Bereitschaftsdienstes die notwendigen Untersuchungen nicht durchgeführt und in einem Fall den Patienten bis zum Eintreffen des Krankentransports nicht überwacht hatte. Der Patient starb an einem Herzinfarkt. Der beschuldigte Arzt wurde zu einer Geldbuße von 5.000 Euro verurteilt. Vorher wurde in diesem Fall ein Strafprozess wegen fahrlässiger Tötung durchgeführt, in dem der beschuldigte Arzt freigesprochen worden war, weil nicht nachgewiesen werden konnte, dass seine Pflichtverstöße für den Tod des Patienten verantwortlich waren.

In einem anderen Fall kam es zu sexuellen Übergriffen eines Arztes auf Patienten während arbeitsmedizinischer Untersuchungen. Das Gericht stellte gemäß dem Antrag der Ärztekammer fest, dass der Beschuldigte berufsunwürdig ist, was in der Regel zum Widerruf der Approbation durch die Approbationsbehörde führt. In diesem Fall hatte der Arzt nach Abschluss des berufsgerichtlichen Verfahrens seine Approbation freiwillig zurückgegeben.

In einem weiteren Fall wurde eine Ärztin wegen der missbräuchlichen Führung des Doktor-Titels und einer Facharztbezeichnung sowie Urkundenfälschung und betrügerischer Handlungen zu einer Geldbuße von 7.200 Euro verurteilt. Außerdem wurden ihr das aktive und passive Kammerwahlrecht aberkannt.

Ein Arzt, der sich von seiner Patientin unter anderem ein größeres Wertpapierdepot hatte überschreiben lassen und der Patientin mit dem Abbruch der Behandlung gedroht hatte, sofern sie ihn nicht als Alleinerben einsetzt, wurde zu einer Geldbuße in Höhe von 50.000 Euro verurteilt. Die beiden letztgenannten Urteile sind noch nicht rechtskräftig. Berufsgerichtliche Verfahren ziehen sich in der Regel wegen der langen Bearbeitungszeiten durch das Verwaltungsgericht über mehrere Jahre hin. Noch länger dauern die Verfahren im Falle der Einlegung von Rechtsmitteln durch die beschuldigten Ärzte.

Etwa ein Viertel der Verfahren wird durch Rechtsmittel angegriffen. Der personelle und zeitliche Aufwand der Kammer für die Durchführung berufsgerichtlicher Verfahren ist also immens. *srd*

Aktionsbündnis Patientensicherheit: Neuer Vorstand gewählt

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) hat Anfang Dezember einen neuen Vorstand gewählt. Vorsitzender ist weiterhin **Professor Dr. med. Matthias Schrappe**, Generalbevollmächtigter des Aufsichtsrats der Universitätsklinik Frankfurt, zu seinem Stellvertreter wurde wieder Kammerpräsident **Dr. med. Günther Jonitz** gewählt. Neuer Geschäftsführer ist **Dr. Jörg Lauterberg** vom AOK-Bundesverband. Er löst damit **Professor Dr. med. Daniel Grandt** ab. Beisitzer sind **Professor Dr. med. Dieter Conen**, **Professor Dr. Dieter Hart**, **Dr. Torsten Hoppe-Tichy**, **Gunhild Leppin M.A., MBA**, **Professor Dr. med. Thomas Lichte** sowie **Hannelore Loskill**. Der Vorstand wird für zwei Jahre gewählt.

Weitere Informationen unter:
www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de

Aktuell

Prüfungstermine für Arzthelferinnen/Medizinische Fachangestellte



Die Ärztekammer Berlin führt die nächste Zwischenprüfung für Arzthelfer/innen und Medizinische Fachangestellte am **06. März 2008** in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin (Kreuzberg), durch.

Teilnahmeverpflichtet sind alle Auszubildenden, die zu diesem Zeitpunkt die Hälfte ihrer Ausbildungszeit zurückgelegt haben.

Anmeldeschluss ist der **15. Februar 2008**.

Die erforderlichen Anmeldeformulare werden den auszubildenden Ärzten Anfang/Mitte Januar übersandt.

Die Sommer-Abschlussprüfungen 2008 für Arzthelfer/innen und Medizinische Fachangestellte finden an folgenden Tagen statt:

Schriftlicher Teil der Prüfung: **20. und 21. Mai 2008**

Praktischer Teil der Prüfung: **16. Juni 2008 bis 05. Juli 2008**

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

Ärzte werden gebeten, ihre Auszubildenden bis spätestens zum **15. Februar 2008** mit allen erforderlichen Unterlagen anzumelden:

Anmeldeformular, Berichtsheft (schriftlicher Ausbildungsnachweis) oder die schriftliche Bestätigung des Auszubildenden, dass das Berichtsheft (der Ausbildungsnachweis) geführt wurde, Kopie der Zeugniskarte vom OSZ Gesundheit, ggf. Bescheinigung über Art und Umfang einer Behinderung.

Die erforderlichen Anmeldeformulare werden den auszubildenden Ärzten Anfang/Mitte Januar übersandt.

Die vorgezogenen Abschlussprüfungen finden ebenfalls am **20. und 21. Mai 2008** (schriftlicher Teil der Prüfung) sowie vom **16. Juni bis 05. Juli 2008** (Praktischer Teil der Prüfung) statt.

Die formlosen Anträge müssen allerdings mit den erforderlichen Unterlagen (Befürwortung oder Stellungnahme des Ausbilders, Befürwortung der Schule, Kopie der Zeugniskarte vom OSZ Gesundheit und Berichtsheft (schriftlicher Ausbildungsnachweis) oder die schriftliche Bestätigung des Auszubildenden, dass das Berichtsheft (der Ausbildungsnachweis) geführt wurde) schon bis zum **08. Februar 2008** eingereicht werden.

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

Fortbildung

ERNÄHRUNGSMEDIZIN

Die Landesärztekammer Brandenburg bietet in Kooperation mit dem Deutschen Institut für Ernährungsforschung (DIfE) in Potsdam und der Ärztekammer Berlin im Jahr 2008 die strukturierte Curriculäre Fortbildung „Ernährungsmedizin“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer (2. Auflage 2007) an.

VERANSTALTUNGSORT

Deutsches Institut für Ernährungsforschung (DIfE)
Potsdam-Rehbrücke
Arthur-Scheunert-Allee 114-116, 14558 Nuthetal

WEITERE INFORMATIONEN UND ANMELDUNG

MUT gemeinnützige Gesellschaft für Gesundheit mbH
Büro Ernährungsmedizin, Rudolfstr. 11, 10245 Berlin
Tel. 030 293302-44
emed@mut-gesundheit.de, www.mut-gesundheit.de

TERMINE

Der 80-Stunden-Kurs findet an insgesamt fünf Wochenenden statt:

Block I: 07.03. bis 09.03.2008
Block II: 04.04. bis 06.04.2008
Block III: 25.04. bis 27.04.2008
Block IV: 23.05. bis 25.05.2008
Block V: 06.06. bis 08.06.2008

Das 20-Stunden-Praktikum findet vom **04.07. bis 06.07.2008** statt.

Die Wochenendblöcke finden jeweils freitags von 14:00 bis 18:00 Uhr, sonnabends von 10:00 bis 18:00 Uhr und sonntags von 10:00 bis 14:00 Uhr statt.

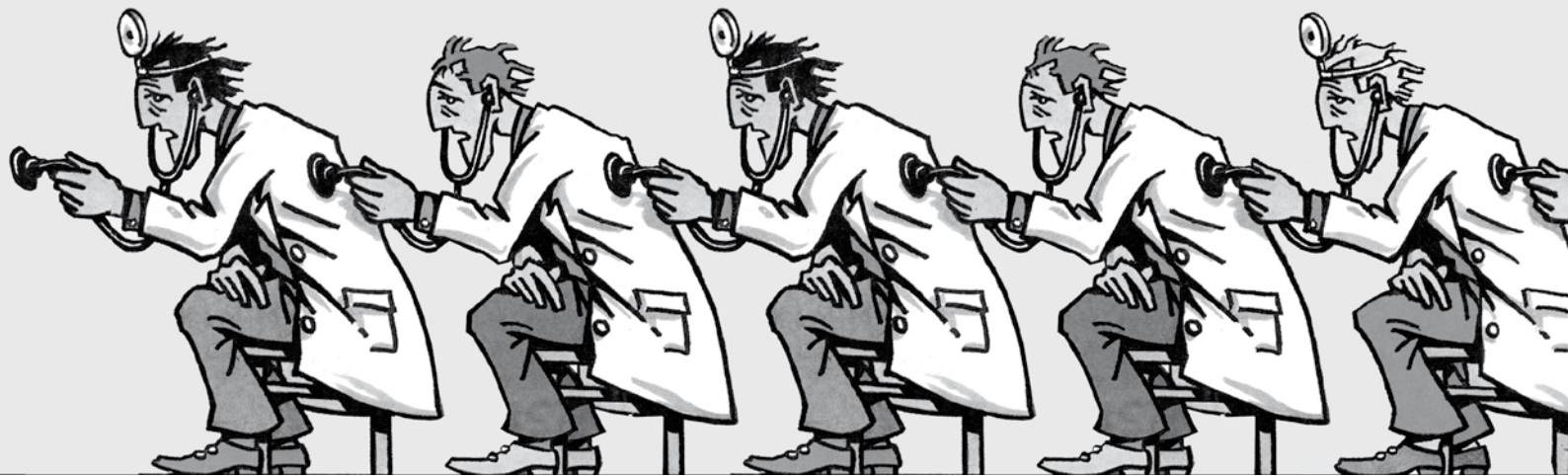
Die Zertifizierung des Kurses als Fortbildungsveranstaltung erfolgt durch die Landesärztekammer Brandenburg.



Auf der anderen Seite

Im Fall einer Krankheit haben Ärztinnen und Ärzte dem gewöhnlichen Patienten das medizinische Fachwissen voraus. Trotzdem bleiben auch Ärzten bei lebensverändernder Erkrankung emotionale Verstörung, Angst- und Entfremdungszustände sowie tiefe Betroffenheit nicht erspart. „Der kranke Arzt ist vor und während seiner Erkrankung Patient wie jeder andere“, schreibt Prof. em. Dr. Werner Wenz in „Der Arzt als Patient“¹ und fügt an anderer Stelle hinzu: „In der Zeit nach seiner Erkrankung ist er kritischer gegenüber sich selbst und seinem ärztlichen Können“. Wie ist es um die Ärztegesundheit in Deutschland bestellt und wie wirken sich bei Ärzten die eigenen Krankheitserfahrungen auf den Umgang mit sich selbst, dem Arztsein, den Patienten und den Kollegen aus?

Von Ulrike Hempel



Wenn Ärzte zu Patienten werden

Ärztegesundheit und Gesundheitsgefahren

„Die gesundheitliche Situation und die Lebensqualität von Ärztinnen und Ärzten hat sich in den letzten Jahrzehnten verschlechtert“, sagt Dr. med. Iris Hauth, Ärztliche Direktorin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinik für Suchtmedizin St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee (s. auch Interview mit Iris Hauth auf Seite 20). Wird über Probleme der Lebensqualität bei Ärzten und Ärztinnen berichtet, dann weil es Anhaltspunkte gibt, dass die Gesundheit dieser Berufsgruppe unter anderem aufgrund der spezifischen Stressoren des ärztlichen Berufs beeinträchtigt ist. Psychische Belastungen wie etwa hohe Verantwortung, Stress, Schichtdienst und traumatisierende Ereignisse im medizinischen Berufsalltag gelten als gesundheitsgefährdend.

„Die Gesundheit von Ärzten zu erhalten ist kein Luxus, sondern eine gesamtgesellschaftliche Notwendigkeit“, schrieb Dr. med. Bernhard Mäulen, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie 2002 im Deutschen Ärzteblatt². Noch vor wenigen Jahren war es überraschend schwierig, klare Angaben zur Lebens-

erwartung von Ärzten zu machen. Seit dem Thema Ärztegesundheit immer mehr Aufmerksamkeit gewidmet wird, lassen sich dank interessierter Forschung auch konkrete Zahlen nennen.

Inzwischen ist bekannt, dass die Lebenserwartung von Ärztinnen und Ärzten in Deutschland etwa der des Bevölkerungsdurchschnitts entspricht, jedoch etwas niedriger als diejenige von sozioökonomisch vergleichbaren Berufsgruppen liegt.

Dr. Maxi Braun, Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm, stellte auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) im November 2007 eine Erhebung vor, die erstmals Daten zur Häufigkeit von Burnout und Depressionen an einer größeren Stichprobe deutscher Ärzte vorlegt. Im Rahmen der Untersuchung zur psychischen Gesundheit von Notfallmedizinern/ Anästhesisten und Psychiatern wurde unter anderem ersichtlich, dass die Werte hinsichtlich aktueller und früherer Depressivität bei Ärzten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung wesentlich höher liegen.³

Aber nicht nur die schwierigen Arbeitsbedingungen gefährden die Gesundheit der Ärztinnen und Ärzte, die Ausübung

der ärztlichen Tätigkeit in Praxis und Klinik bringt an und für sich schon Risiken mit sich: Infektionskrankheiten sind bei Ärzten, medizinischen Fachberufen und Pflegekräften laut der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) Gesundheitsgefahr Nummer eins. Eine Ansteckung etwa mit Hepatitis oder TBC ist in dieser Berufsgruppe deutlich stärker vertreten als in anderen. Die Berufskrankheiten-Statistik verzeichnete 2006 insgesamt 504 Infektionskrankheitsfälle, die von der DGUV anerkannt wurden. Auf Platz zwei der Gesundheitsgefährdungen stehen die Hautkrankheiten mit insgesamt 149 anerkannten Fällen. Hier spielen Allergien sowie Hautbelastungen durch häufiges Händewaschen und Handschuhtragen eine besondere Rolle. Probleme mit der Lendenwirbelsäule, bedingt durch Heben und Tragen, lagen an dritter Stelle. Insgesamt 111 Fälle wurden hier als Berufskrankheit anerkannt.

1) Quellenangabe: „Der Arzt als Patient“ im Internet unter www.der-kranke-arzt.de

2) Dr. med. Bernhard Mäulen: Förderung der Ärztegesundheit. Es besteht Nachholbedarf, Deutsches Ärzteblatt 99, Ausgabe 50 vom 13.12.2002, Seite A-3392 / B-2855 / C-2657 Themen der Zeit.

3) Dr. Maxi Braun: Burnout bei deutschen Ärzten – Stand der Forschung und Epidemiologie, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) Kongress vom 21.-24.11.2007 in Berlin

Schweigen oder reden?

„Aufgrund der exponierten beruflichen Stellung als Oberärztin muss ich ein Interview zu den Details meiner Patientenerfahrung leider ablehnen. Meine besten Wünsche begleiten das wichtige Projekt, ist mein Schweigen doch symptomatisch für die Auseinandersetzung mit Ärztesundheit in unserer Gesellschaft“, lautete die Antwort auf eine Interviewanfrage für diesen Artikel. Es war nicht leicht, Gesprächspartnerinnen und -partner zu finden. Letztlich erklärten sich die nachfolgend aufgeführten Ärzte gegenüber BERLINER ÄRZTE bereit, über ihr Arzt- und Patientsein zu sprechen:

- Dr. med. Thomas Gies (Name geändert), 41 Jahre, Facharzt für HIV und Geschlechtskrankheiten (Genitourinary Medicine and HIV), lebt in London

- Diagnose: HIV positiv (seit 1997).

- Adelheid Lühtrath, 55 Jahre, Fachärztin für Allgemeinmedizin, Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren, Schwerpunkte Akupunktur, Traditionelle Chinesische Medizin (TCM), niedergelassen in privatärztlicher Praxis in Berlin

- Diagnose: undifferenzierte Spondylarthropathie mit Familiärer Anamnese (HLA-B 27 neg.), multiple Enthesitiden und Arthritiden (szintigraphisch) (seit Oktober 2006).

- Dr. med. Silke Nollen, (Name geändert), 45 Jahre, Fachärztin für Innere Medizin, niedergelassen in privatärztlicher Praxis in Berlin

- Diagnose: Ovarial-CA (OP 2007, anschließend Chemotherapie).

Um Hilfe bitten

„Warum Ärzte so selten über ihre eigenen Krankheit berichten, liegt vielleicht an der Vorsicht, die Aura der Perfektion und damit durch eigenes Jammern Kranke zu verlieren“, vermutet Werner Wenz. Den meisten Ärzten fällt es sehr schwer, einen Kollegen um Hilfe zu bitten. Die Schilderungen von Adelheid

Lühtrath bestätigen diese Aussage. Bevor sie der Hausärztin ihre gesundheitlichen Probleme anvertraute, durchlebte sie eine lange Leidensphase. Immer war sie gewohnt, anderen zur Seite zu stehen, immer war sie die Frau, für die Medizin kein Beruf sondern Berufung ist. Sich selbst als Patientin in die Obhut eines anderen zu begeben und zu sagen „Hilf mir bitte“, das ging gar nicht. Sie vergleicht sich sogar mit einem Alkoholiker, der erst richtig tief in der Gosse landen muss, bevor eine Wende eintreten kann. Dann der komplette seelische und körperliche Zusammenbruch und Schmerzen, Schmerzen. „Es war ein fürchterliches Gefühl nur noch müde, hilflos und ausgebrannt zu sein“, erinnert sich Lühtrath. Als sie sich in der Badewanne nicht

mal mehr allein hinsetzen konnte, weil die Hand- und Schultergelenke ihren Dienst versagten, suchte sie sich endlich Unterstützung bei einer Kollegin. Die Erfahrung, um Hilfe zu bitten, fehlte schlichtweg. Gründe sieht Lühtrath etwa in ihrer Erziehung: „Mein Vater ist Pathologe. Krankheit gab es bei uns nicht. Ich bin als Kind drei Wochen mit einem gebrochenen Arm rumgelaufen. Stell dich nicht so an, hat er damals gesagt.“

Nachdem Lühtrath die Hemmschwelle überwunden hatte, konnte sie über ihre Krankheit leichter reden. „Ich habe sogar meine Hausverwalterin angerufen und gesagt, wie furchtbar schlecht es mir geht. Dabei habe ich heftig geweint.“ Sie musste ihrer Meinung nach auch

Selbsthilfegruppe für kranke Ärzte

Dr. med. Thomas Ripke, Facharzt für Allgemeinmedizin, Lehrbeauftragter an der Universität Heidelberg, geb. 1943, gest. 2001 an Krebs, startete mit seinem Artikel „Der kranke Arzt – Chancen zum besseren Verständnis der Patienten“ im Februar 2000 im Deutschen Ärzteblatt den Versuch, die typische Krankheitskarriere eines Arztes zu beschreiben. Seine „Krankheitskarriere von Dr. Schmidt“ sollte vor allem zeigen, dass es prinzipiell gewichtige Auswirkungen des eigenen Umgangs von Ärzten mit eigener Gesundheit und Krankheit auf die Behandlung der Patienten gibt. Deshalb forderte er „Selbsterfahrungsgruppen zum vertraulichen Umgang mit körperlicher Erkrankung während des Studiums und der Facharztausbildung und für den Einbau dieses Themas in die Weiterbildung mit Qualitätszirkeln, Balintgruppen und Supervisions-Gruppen [...]“. Dr. Ripkes Engagement ist es zu verdanken, dass es das bundesweite Netzwerk „Der kranke Arzt / die kranke Ärztin“ gibt. Die inhaltliche Betreuung des Themas hat nach Ripkes Tod sein Freund und Kollege übernommen.

Weitere Informationen unter www.der-kranke-arzt.de.

Die aktuellen Kontaktdaten der Berliner Selbsthilfegruppe lauten:

Dr. med. Renate Diedrichs, Tel.: 030/8014304

Dr. med. Isabel Traenckner- Probst, Tel.: 030/39888393

(Montags von 20:30 - 22:00 Uhr)

Das Angebot richtet sich an alle Ärztinnen und Ärzte sowie im Gesundheitswesen arbeitenden Personen, die sich mit eigener Gesundheit und möglicher Krankheit auseinandersetzen wollen. Ziele der regionalen Gruppen sind Erfahrungsaustausch der Teilnehmer, Beratung erkrankter Ärzte, wissenschaftlicher Austausch, gegenseitige Hilfe sowie Organisation von Fortbildungen.

unbedingt mit anderen sprechen, weil sie auf keinen Fall ihrem Mann zur Last werden wollte, der sich rührend um sie kümmerte. Auf das Phänomen, dass schwerkranke Ärzte häufig von Sorge, Ängsten und Schuldgefühlen gegenüber dem Partner geplagt werden, weist auch Mäulen in seinem Artikel „Selbstbericht von kranken Ärzten in Biographien“ hin.

Nachdem Lühtrath über ihre Krankheit zu sprechen begann, wurde ihr ein enormes Maß an Zuwendung zuteil. Noch jetzt steigen ihr Tränen in die Augen, wenn sie an all die Menschen denkt, die ihr geholfen haben und immer noch helfen. Zum Beispiel kam ihre Spanischlehrerin, um ihr eine Stunde lang den Nacken zu massieren. Lühtrath, die als Kind nie jammern und in ihrem Beruf nie die Contenance verlieren durfte, lernte durch ihre Erkrankung, Hilfe anzunehmen. „Als ich am schwächsten und bedürftigsten war, ist mir etwas passiert, was ich nie zu träumen gewagt habe. Mein Mann, Freunde, aber auch Fremde haben mir vermittelt, dass sie mich trotz meiner Krankheit lieben und schätzen.“ Ohne diese Unterstützung wäre sie nicht so entschieden in den Kampf um Gesundheit getreten, meint sie.

Die Diagnosemitteilung

Den Tag wird Dr. med. Thomas Gies nie vergessen: Afrika, vor 10 Jahren. Ein Routinetest, er hatte sich in eine Frau verliebt, mit der er gern Kinder haben wollte. Den Untersuchungsschein stellte er sich selbst aus. Wenig später lag das Ergebnis vor. Beim Verlassen der Klinik in Simbabwe öffnete er nichts ahnend den Brief. Gies las den Befund, faltete das Papier blitzartig wieder zusammen. Wo genau er dann den Becher Kaffee kaufte, weiß er nicht mehr, aber dass einige Minuten später da immer noch schwarz auf weiß stand „HIV positiv“, daran erinnert er sich genau. „In dem Moment war es so furchtbar, Arzt zu sein. Auf meiner Station waren 90 Prozent HIV positiv und 70 Prozent hatten Aids. Täglich schrieb ich Totenscheine aus. Plötzlich



Adelheid Lühtrath als Ärztin

sollte ihr Sterben etwas mit meinem eigenen Leben zu tun haben. Das war unmöglich wahr“, schildert Gies Ende 2007 in London am Telefon, noch immer mit dem ganzen Erstaunen von damals in der Stimme.

Als er Deutschland für seinen Auslandsaufenthalt als Arzt in Afrika verließ, war sein Test negativ. Die Blutprobe wurde zum Beweis sogar eingefroren. Immer wieder stellt er sich die Frage, wann genau er sich infiziert hat. War es eine Nadelstichverletzung? Oder passierte es während der OP auf der Entbindungsstation. Als sein Bauch über eine halbe Stunde lang großflächig mit dem Blut einer Patientin nass geworden war. Und das, obwohl die neuen Kittel flüssigkeitsresistent sein sollten und er die bis dahin übliche Plastikschrürze unten drunter auf Anweisung weggelassen hatte? Gies ist wütend: „Da behaupten europäische und amerikanische Studien zwar, man könne sich auf diesem Weg nicht anstecken, aber in Afrika sind doch die Viruslasten viel höher“. Fakt ist: Vier Monate nach dieser OP bekam er Grippe und Ausschlag...

„Zuerst stand ich völlig neben mir. Ich wusste nicht, wie ich mich verhalten sollte und habe einfach weiter gearbeitet“. Gies klingt selbst verwundert. So seltsam

es erscheint, aber er sei als Arzt überhaupt nicht auf die Bewältigung der eigenen Erkrankung vorbereitet gewesen. Er habe vollständig unter Schock gestanden. Aus dem beruflichen Alltag auf Station kannte er die Vorurteile gegen die HIV-infizierten und aidskranken Patienten, die miesen Sprüche und fieseren Witze. Sollte er da als junger unerfahrener Arzt mal so eben bei seinem deutschen Arbeitgeber reinspazieren und „auspacken“? Also schwie er. Rückkehr nach Deutschland. Eine Ärztin empfahl ihm, sich seine Erkrankung als Berufskrankheit anerkennen zu lassen.



Fotos: Susanne Hartung



Adelheid Lühtrath als Patientin

„Da ich aber in Simbabwe nach dem Ende des Vertrages mit dem deutschen Arbeitgeber unter einem lokalen Arbeitgeber weiter gearbeitet habe, unterlag ich nicht mehr dem deutschen Versicherungsschutz. Ich bin einfach aus dem System im Nachhinein rausgefallen“, erzählt er. Zwei Anwälte haben inzwischen erfolglos versucht, ihm in Deutschland die Anerkennung einer Berufskrankheit auf juristischem Wege zu erstreiten. Gies lebt seit einigen Jahren in London und ist in einer Spezialklinik als Arzt festangestellt. Er versucht, mit der Krankheit zu leben. Auch wenn ihm Grippe-symptome sofort Angst machen und er denkt, er habe TBC.

Mitbestimmung in der Therapie

Dr. med. Silke Nollen wusste, dass es für sie als Ärztin schwierig werden würde, sich in Behandlung zu begeben. Vor allem, weil man als Arzt ja meint, von sich selbst alles am besten zu wissen. Deshalb habe sie sich vor dem Klinikaufenthalt fest vorgenommen, niemandem in die Behandlung zu pfuschen, gesteht sie und sagt weiter: „Außerdem

wollte ich wie jede Nichtmedizinerin einfach nur dem Behandler vertrauen und loslassen. Mich wirklich wie eine Patientin fühlen und nicht immer die Kontrolle behalten müssen.“ Nur einmal habe sie gegenüber Kollegen interveniert, als in der Vorabsprache zur OP darüber beraten wurde, ob auch eine Totaloperation gemacht werden soll, wenn es nur Zysten wären. „Operateur und Onkologe haben ganz schnell akzeptiert, dass ich in diesem Fall keine Totaloperation wollte. Ihr Argument war, dass ich sowieso bald ins Klimakterium kommen würde, da könne man das gleich mitmachen.“ In dem Moment war Nollen überaus froh, über das entsprechende Expertenwissen zu verfügen, um mitreden zu können. Dabei stand nicht etwa das Fachgespräch von Kollege zu Kollegin im Mittelpunkt, in dem Nollen ihre fachliche Kompetenz unter Beweis stellen wollte, „sondern vor allem die Überlegungen einer kranken Frau, die über die Durchführung einer medizinischen Maßnahme mitentscheiden kann“.

Auch Lühtrath brachte ihre eigenen Vorstellungen in die Therapie ein. Der Rheumatologe wollte sie ursprünglich auf das Medikament Methotrexat ein-

stellen. Das lehnte Lühtrath mit dem Hinweis ab, sie käme mit Diclofenac soweit klar. Sie versuchte relativ schnell, die Dosis zu reduzieren und nimmt heute nur so viel, „damit es nicht knirscht“. Im Gegenzug hat sie ihr Leben völlig auf den Kopf gestellt: Sie hörte nach 35 Jahren exzessivem Zigarettenkonsum auf zu rauchen, ernährt sich weitestgehend vegetarisch, nimmt zweimal täglich chinesische Kräuter zu sich, lässt sich einmal wöchentlich akupunktieren, geht zur Warmwasser- und Krankengymnastik und zur Psychotherapie. Beim letzten Kliniktermin sagte der junge Rheumatologe, sie sei einer der wenigen Fälle einer Spontanremission. „Aber so kann nur ein Schulmediziner denken, aus meiner Sicht kann von ‚spontan‘ überhaupt keine Rede sein“, sagt Lühtrath.

Gegenwehr und Erfahrungen als gewöhnliche Patientin

Ihr Arztsein wirkte sich nach Auskunft der interviewten Ärztinnen neben der Mitsprache in der Therapie ebenfalls in Situationen aus, in denen sie im Gesundheitssystem wie andere Patienten auch behandelt wurden. Als Lühtrath zum Beispiel im Mai bei einer Spezialistin einen Termin erbat, wurde ihr ein Tag im Dezember genannt. „Das kann nicht sein, ich bin jetzt krank“, sagte Lühtrath verständnislos und erfragte, ob sie eher rankommen würde, wenn sie die Untersuchung privat bezahlen würde, denn sie sei Kassenpatientin. Nein, war die Antwort, das spiele bei der Terminvergabe überhaupt keine Rolle. Erst als Lühtrath erklärte, sie sei selbst Ärztin und kenne die Spezialistin noch von früher, fand sich eine Lösung zu ihren Gunsten: unter diesen Bedingungen gab man ihr einen Termin im August.

Nollen fragte sich während ihres Krankenhausaufenthalts: „Wie hätte ich mich gegen die schlechte pflegerische

Versorgung wehren sollen, wenn ich ein Laie gewesen wäre? Wenn mir das schon als Ärztin, Kollegin und Bekannte des behandelnden Arztes zugemutet wird, wie muss es dann erst dem gewöhnlichen Patienten ergehen?“

Nollen hat nach ihrer Bauch-OP „ein richtiges Fass“ aufgemacht, wie sie sagt: wegen fehlender Infusionsgaben nach der OP, mangelnder Körperpflege und Wundversorgung, miserabler Hygiene im Krankenzimmer sowie Mahlzeiten, die ihr falsch ans Bett gestellt wurden, so dass sie nicht essen konnte. Und wie wurde mit ihrer Kritik aus Arzt-Patienten-Sicht umgegangen? „Der Professor und Leiter der Abteilung hat sich bei mir sogar dafür bedankt, dass ich – wie er wörtlich sagte – den schlampigen Haufen mal professionell aufgemischt habe.“ Sie erklärt auch, warum er dankbar für ihre „kompetente“ Beschwerde war. „Ich hätte mich auch als Patientin ohne medizinisches Hintergrundwissen beschwert, so hatte ich jedoch den Vorteil, die Fakten gleich beim Namen nennen zu können“.

„Ich bin ein guter Arzt geworden“

Lüchtrath sagt von sich, sie habe sich als Ärztin verändert. Ihre Beratung für Schmerzpatienten ist etwas anders geworden, denn sie kann Schmerzzustände viel besser beurteilen. Sie sei noch nie eine Dreiminuten-Medizinerin gewesen, auch früher habe sie sich für die Kranken immer Zeit zum Zuhören genommen. Der Unterschied besteht nach Ihrer Aussage heute vor allem darin, dass sie ihre Patienten unmittelbar bittet und auffordert, über ihre Schmerzen und die Erfahrungen damit zu sprechen. Eine zugewandte Ärztin und ein vertrauensvoller Patient „können im Gespräch einen Weg finden, wie man auch mit einer schweren oder chronischen Krankheit leben kann“.

Nollen weiß inzwischen, warum Patienten manchmal überhaupt nicht richtig mitmachen. Da wird ihnen von den Ärzten die Diagnose mitgeteilt, verschiedene Optionen der Therapie werden vorgeschlagen und die Patienten verharm-



losen alles oder sträuben sich sogar. „Ich habe kapiert, warum sie sich manchmal so verhalten. Das ist das Einzige, was ich aus meiner Krankheit wirklich lerne: Das Gefühl, nicht im Hier und Jetzt zu sein, sondern an einem völlig falschen Platz. Das haben mir Patienten immer wieder erzählt, aber ich konnte damit nichts anfangen.“ Auch Gies ist in seinem Kranksein angekommen, hat akzeptiert, dass er HIV positiv ist. Ob er durch die eigene Erkrankung ein besserer Arzt geworden ist, diese Frage kann er nicht beantworten. „Auf jeden Fall bin ich gut für meine Patienten, weil ich weiß, wie die Krankheit nach dir greift. Gleichgültig, Augenblicke eiskalter Stille! Plötzlich fühlst und hörst du ein menschliches Gegenüber, dass dich warm berührt, dir lebenswichtig Fragen stellt: Wie oft weinst du am Tag und wie oft denkst du ans Sterben?“ Das spielt für ihn eine Rolle, wenn er heute als Arzt die Hand eines Aidskranken nimmt. Die unbedeutend wirkende Geste sei dem Kranken mehr Medizin als alles andere. Das Gefühl, schmutzig und unberührbar zu sein, ist anfangs für den Patienten bedrückend stark. Körperkontakt tröstet. „Mir hat in Afrika eine niedergelassenen Ärztin in der Krankheitskrise Mut zum Weiterleben gegeben. Ihre emotionale Beteiligung war wichtiger als das fachliche Können.“



Lüchtrath: Schmerzzustände besser beurteilen

Ulrike Hempel, Medizinjournalistin



Dr. med. Iris Hauth

BÄ: Unter welchen psychischen Erkrankungen leiden Ärzte und Ärztinnen?

Hauth: Aus meiner Erfahrung leiden Ärzte und Ärztinnen vor allem an Burnout, wobei das eigentlich keine psychische Diagnose ist. Man könnte wohl eher Anpassungsstörung beziehungsweise Stressstörung sagen. Weiterhin treten häufig depressive Verstimmungen auf, aber auch schwere Depressionen bis hin zum Suizid. Vor allem bei Psychiatern und in den operativen Fächern soll die Suizidrate deutlich höher liegen als in anderen ärztlichen Berufsgruppen. Angststörungen spielen ebenfalls eine wichtige Rolle. Ebenso wie Suchterkrankungen. Hier vor allem die Substanzabhängigkeiten: Alkohol und Tabletten. Aber auch Partnerschaftsprobleme treten bei Ärzten und Ärztinnen verhältnismäßig oft auf.

BÄ: Erkranken Ärzte und Ärztinnen häufiger an psychischen Erkrankungen als andere Berufsgruppen?

Hauth: Das ist anzunehmen. Ich erinnere mich an Zahlen einer Schweizer Studie, danach waren Ärztinnen und Ärzte drei- bis sechsfach häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen als die Normalbevölkerung. Die Dunkelziffer liegt vermutlich deutlich höher, denn Ärzte mit psychischen Problemen holen sich oft keine Hilfe. Das Thema psychische Erkrankungen ist gesellschaftlich stigmatisiert. Ärzte sind zusätzlich noch besonders schamgesetzt. Der hohe ärztliche Anspruch, dass man vor allem anderen helfen und

„Eine große Hemmschwelle, um Hilfe zu bitten“

Interview mit Dr. med. Iris Hauth, Ärztliche Direktorin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinik für Suchtmedizin in der St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee GmbH

dafür notgedrungen immer stark sein möchte, führt dazu, dass man nicht in der Ecke der vermeintlichen Verlierer und Schwachen stehen will. Defizite zeigen gehört nicht zum Selbstbild des Arztes. Nur ganz wenige Ärzte haben selbst einen Hausarzt, vielmehr ist es üblich, sich selbst zu behandeln. Bevor man zu einem Kollegen geht, muss es schon ganz schlimm sein. Es gibt bei Ärzten eine große Hemmschwelle, für sich selbst um Hilfe zu bitten. Vor allem auch bei psychischen Erkrankungen.

BÄ: Worin sehen Sie die Krankheitsursachen für psychische Erkrankungen bei Ärzten und Ärztinnen?

Hauth: Stress ist heute bei allen, die Verantwortung tragen, ein entscheidender Faktor. Hinzugekommen ist im letzten Jahrzehnt eine Berufsunzufriedenheit. Auf der einen Seite herrscht ein hoher Anspruch und ein hohes Selbstbild, auf der anderen Seite steht eine dauerhafte Stressbelastung und immer weniger Gratifikation. In den Klinikorganisationen haben die Ökonomen, Betriebswirte und das Management immer mehr zu sagen. Die Autonomie, die ein Arzt früher entwickeln konnte, ist immer mehr eingeschränkt worden. Ärzte sind gezwungen, heute mehr administrative Aufgaben zu erledigen. Sie müssen verschlüsseln und codieren und haben im Hinterkopf permanent den Druck, dass der Laden laufen muss. Diese Entfremdung der Tätigkeit, kann sehr schmerzhaft sein, wenn man ursprünglich angetreten ist, etwas für andere Menschen zu tun. Große berufliche Belastungen wie Schichtdienst, Überstunden, Konfrontation mit schwierigen Themen wie Umgang mit

Sterben und Tod etc. sind erträglich, so lange kein Gratifikationsdefizit vorhanden ist. Wird jedoch versucht, dass Berufsbild des Arztes öffentlich zum Beispiel in den Medien zu demontieren, wie wir es in der Vergangenheit auch bei den Lehrern erlebt haben, dann kann die Unzufriedenheit unter bestimmten Umständen krankheitsfördernd sein.

BÄ: Wie kann sich der Arzt, die Ärztin vor psychischen Erkrankungen schützen?

Hauth: Wichtig ist vor allem, dass sich Mediziner der Gesundheitsgefahr, der sie ausgesetzt sind, unbedingt bewusst machen. Wir versuchen unseren Patienten immer zu sagen, sie mögen achtsam mit sich umgehen. Nur wenn man sich selbst hinterfragt, kann man etwa den Rhythmus zwischen An- und Entspannung überhaupt wahrnehmen. Wenn jemand nur noch arbeitet, dann kommen die Erholungs- und Entspannungsphasen zu kurz. Hingegen können Stressbewältigungstraining und ein gutes Zeitmanagement Befindlichkeitsstörungen vorbeugen. Einige Fragen sollten sich auch Ärzte regelmäßig stellen: Was ist neben der Arbeit noch lebensbestimmend? Bekomme ich selbst auch genug Zuwendung und Anerkennung? Verdränge ich eventuell Konflikte, die ich besser lösen sollte? Ärzte sind genauso verwundbar wie andere Menschen auch, deshalb sollten sie für sich und ihre seelische Gesundheit auch ebenso Sorge tragen.

BÄ: Wir bedanken uns für das Gespräch.

Das Gespräch mit Dr. Iris Hauth führte Ulrike Hempel.

Die Ankündigungen auf diesen beiden Seiten geben einen Überblick über die ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen, die von der Ärztekammer Berlin veranstaltet werden oder in Kooperation mit ihr stattfinden. Alle weiteren Fortbildungsveranstaltungen, die bepunktet wurden, können im **Online-Veranstaltungskalender** auf der Homepage der Ärztekammer unter **www.aerztekammer-berlin.de** (im Kapitel „Fortbildung“, „Veranstaltungskalender“) recherchiert werden. Hier sind auch – soweit verfügbar – nähere Informationen zu Unterthemen

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

Termine	Thema / Referenten	Veranstaltungsort	Information / Gebühr	Fortbildungspunkte
Modul II: 25./26.01.2008 Modul IV: 22./23.02.2008 Modul III: 04./05.04.2008 freitags jeweils 15 – 20 Uhr, samstags jeweils 9 – 13 Uhr	„Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ in 4 Modulen, basierend auf dem Curriculum der Bundesärztekammer	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1203 E-Mail: begutachtung@aekb.de Gebühr: Module I-IV/ insgesamt 400 € (100 € pro Modul)	10 P pro Modul
Semesterbegleitende Veranstaltungsreihe jeweils donnerstags NEU/ BITTE BEACHTEN: Beginn um 19:00 Uhr	Fachspezifische Fortbildungsreihe Innere Medizin; Schwerpunktthema im Wintersemester 2007/2008: Geriatrie 10.01.2008: Sarkopenie und Osteoporose 17.01.2008: Stürze im Alter 24.01.2008: Schmerzsyndrom 31.01.2008: Multimedikation im Alter 14.02.2008: Sterben und Tod, Patientenverfügung, Betreuungsrecht	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1206 E-Mail: fobi-zert@aekb.de Teilnahme kostenlos Anmeldung nicht erforderlich	3 P pro Veranstaltungstermin
Semesterbegleitende Veranstaltungsreihe jeweils 14-tägig dienstags BITTE BEACHTEN: Beginn um 19:00 Uhr	Interdisziplinäre Fortbildungsreihe der Ärztekammer Berlin 08.01.2008: Tremor 22.01.2008: Fieber	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1206 E-Mail: fobi-zert@aekb.de Teilnahme kostenlos Anmeldung nicht erforderlich	3 P pro Veranstaltungstermin
Kursteil C1: 07.01 – 16.01.2008 Kursteil C2: 16.01. – 25.01.2008	Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin/ Betriebsmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1301 E-Mail: aag@aekb.de Gebühren: Kursteile C1, C2 separat: je 440 €, Kursteile C1 und C2 jeweils gemeinsam: 880 €	60 P je Kursteil
16.02.2008 15:00 – 18:30 Uhr	Harninkontinenz – Workshop für Ärzte und Apotheker (s. auch Textkasten auf Seite 22)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1207 E-Mail: fobi-zert@aekb.de Gebühr: 50 € Anmeldung erforderlich!	5 P
25. – 27.02.2008	Grundkurs im Strahlenschutz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1301 E-Mail: aag@aekb.de Gebühr: 230 € Anmeldung erforderlich!	21 P
27. – 29.02.2008	Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1301 E-Mail: aag@aekb.de Gebühr: 200 € Anmeldung erforderlich!	20 P
29.2.2008	Spezialkurs im Strahlenschutz bei CT	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1301 E-Mail: aag@aekb.de Gebühr: 60 € Anmeldung erforderlich!	5 P
03. – 07.03.2008	Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Tele- und Brachytherapie sowie bei der Behandlung mit Röntgenstrahlen (Therapiekurs)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1301 E-Mail: aag@aekb.de Gebühr: 1.100 € Anmeldung erforderlich!	51 P
10. – 15.03.2008 14. – 19.04.2008 09. – 14.06.2008	Weiterbildungskurs „Ärztliches Qualitätsmanagement“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer (s. auch Textkasten auf Seite 22)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1400, 40806-1207 E-Mail: QM-Kurs2008@aekb.de	50 P pro Modul

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

Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

Der 200 Stunden-Weiterbildungskurs Qualitätsmanagement nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin im Jahr 2008 als Kompaktkurs innerhalb von vier Monaten veranstaltet. Dabei werden alle drei Stufen des Curriculums im Rahmen dieser vier Monate absolviert. Die drei intensiven Wochen der Präsenzphasen werden durch eine 50-stündige Phase des Selbststudiums ergänzt. Fachärzte haben die Möglichkeit, durch die Teilnahme an diesem Weiterbildungskurs und an einer anschließend erfolgreich abgelegten Prüfung vor der Ärztekammer Berlin die Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ zu erwerben.

Für eine vertrauensvolle Arbeitsatmosphäre und die effektive Beteiligung jedes Einzelnen ist die Teilnehmerzahl (Ärzte und Angehörige anderer Berufsgruppen im Gesundheitswesen) begrenzt. Das methodisch-didaktische Konzept des Kurses sieht eine Ausrichtung der theoretischen Inhalte auf die praktischen Tätigkeiten und Erfahrungen der Teilnehmer vor. Im Kurs werden wesentliche Kenntnisse über die Instrumente des Qualitätsmanagements, die Steuerungselemente in Gesundheitssystemen sowie über ökonomische Modelle und Theorien und deren wirksame Anwendung vermittelt. Die Teilnehmer werden in die Lage versetzt, die strategische Bedeutung des Faktors Qualität in Gesundheitssystemen einzuschätzen und mit den im Kurs vorgestellten Instrumenten der Qualitätsplanung, Qualitätsregulierung, Qualitätsmessung, Qualitätsverbesserung und Qualitätspolitik Projekte im Rahmen der Qualitätssicherung methodisch zu bearbeiten.

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

Termine und Inhalte:

10.03.2008 bis 15.03.2008 – Inhalte z.B.: Einführung in das Qualitätsmanagement; Gesetzliche Regelungen; Qualitätsmanagement-Instrumente/Zertifizierung; Budgetierung/Controlling; Qualitätsberichte; Projekt-/Veränderungsmanagement

14.04.2008 bis 19.04.2008 – Inhalte z.B.: Training zum TQM-Assessor nach EFQM (European Foundation for Quality Management); Gesundheitsökonomie; Externe Qualitätssicherung; Moderations-/Präsentationstechniken; EbM, Leitlinien/Behandlungspfade; Gesundheitsökonomie

09.06.2008 bis 14.06.2008 – Inhalte z.B.: Patientensicherheit; Fehlermanagement; Vorstellung erfolgreicher Praxisprojekte, Qualität aus Patientensicht, berufsübergreifende Versorgung

Weitere Informationen erhalten Interessenten:

telefonisch unter Tel.: 40 806-1207 (Organisatorisches) und

Tel.: 40 806-1400 (Inhaltliches) od. per E-Mail: QM-Kurs2008@aekb.de

Gemeinsame Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin
und der Apothekerkammer Berlin

Harninkontinenz – Workshop für Ärzte und Apotheker

In der Bundesrepublik leiden etwa fünf Millionen Männer und Frauen an einer behandlungsbedürftigen Inkontinenz. 11 Prozent der über 60-Jährigen und 30 Prozent der über 80-Jährigen sind von einer behandlungsbedürftigen Harninkontinenz betroffen. Auch wenn Inkontinenz nicht immer heilbar ist, so gibt es eine Reihe therapeutischer Möglichkeiten, die Lebensqualität der Betroffenen entscheidend zu verbessern. Das konservative Therapiespektrum reicht vom Beckenbodentraining über Elektrostimulation und Biofeedback-Verfahren bis zur pharmakologischen Behandlung.

Darüber hinaus ist Vertrauen ein Schlüsselwort bei der Beratung, Betreuung und Versorgung. Die Patienten müssen der Versorgung trauen können. Die aufsaugenden und ableitenden Systeme müssen nach Geschlecht und Stärke der Inkontinenz gewählt werden, sicher sitzen und die Saugstärke von Anfang an passen.

Folgende Schwerpunkte werden für den Workshop gesetzt:

- Ätiologie, Einteilung und Therapie der Harninkontinenz aus somatischer Sicht
- Operative Therapie – Bänderinlagen, Kolposuspension, Neosphinkter
- Physiotherapie – Beckenbodentraining und Rüttelplatte
- Medikamentöse Therapie – Anticholinergika, Hormone, Botox, Phytotherapeutika und Alternativpräparate
- Praktische Vorstellung saugender Systeme
- Demonstration verschiedener Medizinprodukte
- Kostenerstattung

Die Themen werden mit ärztlichen Kollegen und Apothekern aus der öffentlichen Apotheke und dem Krankenhaus gemeinsam erarbeitet und Ansätze der Zusammenarbeit diskutiert. Für Ärzte und Apotheker stehen je 15 Seminarplätze zur Verfügung. Zu den Anmeldeformalitäten beachten Sie bitte die Angaben im Textkasten.

Gemeinsame Fortbildungsveranstaltung der
Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin
Harninkontinenz – Workshop für Ärzte und Apotheker

Referenten: Rugard Hovermann
Romberg-Apotheke, Recklinghausen
Dr. med. Annett Gauruder-Burmester
St. Hedwig Kliniken / Urogynäkologie, Berlin

Moderation: Dr. Christian Heyde, Apotheker, Kommission
Arzt/Apotheker der Ärztekammer Berlin und
der Apothekerkammer Berlin

Termin: Samstag, 16.02.2008, 15.00 bis 18.30 Uhr

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Anmeldung: Ärztekammer Berlin, Tel. 40 80 6-1207,

erforderlich: E-Mail: fobi-zert@aekb.de

Gebühr: 50,00 EUR

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

ANZEIGE

RUGE & CHERIF Rechtsanwälte und Arzt

Dr. med. Dietrich Ruge
Rechtsanwalt und Arzt

Dr. jur. Sylvia El Cherif
Rechtsanwältin

Medizinrecht und Arbeitsrecht
www.rae-ruge-cherif.de

Xantener Str. 15A (Am Olivaer Platz) • 10707 Berlin • Tel. 030 88722831

Gefühlte und reale Risiken

Die Leute haben vor vielem Angst. Auch, wenn das Risiko minimal oder, wie bei den gar nicht messbaren Erdstrahlen, unreal ist. Aber die Angst ist real. Es kostet den Arzt viel Zeit und Zuwendung, solche Ängste zu zerstreuen oder doch zu mildern. Manchmal hilft gegen das gefürchtete Nocebo auch ein Placebo. Mit Begriffen wie Hypochondrie oder Umwelthysterie lässt sich das Problem jedenfalls nicht lösen. Ärzte tun in solchen Fällen trotzdem etwas. Und was tut der Staat? Rechtfertigen „gefühlte“ Risiken staatliches Handeln? Diese Frage stand im Zentrum einer Veranstaltung zum fünfjährigen Bestehen des Bundesinstituts für Risikobewertung (BfR).

Den baren Unsinn zu glauben ist ein „Privileg des Menschen.“ Dieser Satz von Konrad Lorenz wurde zustimmend zitiert von Peter Bleser (MdB), der sich für den Verbraucherschutz engagiert. Man müsse zwar den Bürger mit seinen Ängsten ernstnehmen, die Probleme aber versachlichen. Allerdings sei es für Wissenschaftler schwierig, sich mit sachlichen Äußerungen hörbar zu machen. Dennoch schafften sie das immer besser, zum Beispiel bei der Vogelgrippe oder bei Acrylamid. „Einzelfälle regen keinen mehr auf, die Skandalisierung wird nicht mehr gelingen, nicht zuletzt dank der Arbeit des BfR“!

Gegründet wurde die Forschungsbehörde auf Grund der BSE-Krise – zur Prävention künftiger Krisen. Die Wissenschaftler des Berliner Instituts, darunter hundert Toxikologen, prüfen und bewerten in gesetzlichem Auftrag mögliche gesundheitliche Gefahren, die von Lebensmitteln und anderen Produkten sowie Chemikalien ausgehen. Um ihre wissenschaftliche Unabhängigkeit zu gewährleisten, wurde die Risikobewertung strikt von Risiko- und Krisenmanagement getrennt. (Das sind Aufgaben des Bundesamtes für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit.)

Risiken über- oder unterschätzt

Die subjektive Wahrnehmung vervielfältigt ein minimales objektives Risiko in den Augen der Bevölkerung. Das erlebt Andreas Hensel, Präsident des BfR, immer wieder. Umgekehrt können reale Risiken übersehen oder geleugnet werden. Was ist

überhaupt ein „Risiko“? Nach Hensels Definition: Gefährdung plus Exposition. Das heißt, eine Noxe mit Gefährdungspotenzial stellt für ein Individuum oder eine Population nur dann ein Risiko dar, wenn sie ihr tatsächlich ausgesetzt sind.

Risiken werden in der Bevölkerung bis zur Absurdität falsch eingeschätzt. Hensel nannte Beispiele: Eier können geringe Spuren von Nikotin enthalten. Dies darf in Ställen (nicht am Huhn selbst) als Mittel gegen Milben angewandt werden. Es kann aber auch durch Pflanzen, Futtermittel oder rauchende Stallarbeiter in die Eier gelangen. „Viele Eier wurden vernichtet – hier herrscht null Toleranz.“ Aber Raucher, so Hensel, können dies wie auch alle anderen Schadstoffe vergessen, denn keiner kommt an die Gesundheitsgefahren des Rauchens heran.

Viele fürchten sich sehr vor Rückständen von Pflanzenschutzmitteln. Dabei seien die Sicherheitsabstände bei den Grenzwerten so groß, dass geringe Überschreitungen gar nichts schaden. Weit eher wäre die Furcht vor kanzerogenen Schimmelpilztoxinen in pestizidfrei angebautem Getreide berechtigt. Aber kann denn Bio böse sein? Die sehr reale Gefahr mikrobieller Verunreinigungen wird gleichfalls kaum gefühlt. Deshalb lässt die häusliche Lebensmittelhygiene zu wünschen übrig, monierte Hensel. (Kolibakterien im Kühlschrank und im Küchenwaschbecken!) Und kaum jemandem fällt es auf, wenn ein Fernsehkoch den rohen Selleriesalat auf demselben Brett vorbereitet, auf dem eben noch die Hähnchenschenkel lagen.

Salmonellen, Pneumokokken, Zigaretten ...

Schon öfter hat Hensel vor der Vernachlässigung der Salmonellose gewarnt, die bei Lebensmittelvergiftungen dominiert. Die Dunkelziffer schätzt er auf das Zehnbis Zwanzigfache der 60.000 in Deutschland jährlich bekannt werdenden Fälle.

Noch ein eklatantes Beispiel für unterschätzte reale Risiken nannte Sucharit Bhakdi, Mikrobiologe an der Universität Mainz: Pneumokokken, die in Deutschland jedes Jahr fünf- bis zehntausend Todesfälle durch Pneumonie verursachen. Hinzu kommen 200 bis 300 Meningitiden, bis zu 30 Prozent davon tödlich und 20 Prozent mit schweren neurologischen Folgeschäden. „Gehen Sie hin und lassen Sie sich impfen!“ rief der temperamentvolle Thai ins Plenum.

Denn auf Antibiotika ist kein Verlass; von Spanienreisen zum Beispiel kann man resistente Stämme mitbringen. Der Mikrobiologe kritisierte die falsche Verteilung der Ressourcen, die „ungeheures Leid“ verursachen: höchstens 50 Millionen gebe Deutschland für Aufklärung über Pneumokokken aus. Aber eine Milliarde habe der Kampf gegen das überstark gefühlte und gefürchtete BSE- und Creutzfeldt-Jakob-Risiko gekostet.

Auch an eine andere Diskrepanz erinnert er: Risiken, denen man sich freiwillig aussetzt, werden grenzenlos toleriert. („Der Deutsche trinkt, isst, raucht und fährt sich zu Tode.“) Aber gegen Risiken von außen, besonders gegen die nur gefühlten, tut man hierzulande alles. „Jeden Morgen um sechs steht ein Deutscher auf, um einen anderen Deutschen zu kontrollieren.“

Pillenpanik vervielfacht Abtreibungen

Als zwei Flugzeuge mit Terroristen und Passagieren die New Yorker Twin Towers zerstört hatten, hörten viele Amerikaner aus Angst auf zu fliegen. Ein Jahr lang wurden 30 Prozent weniger Flugmeilen zurückgelegt. In dieser Zeit starben etwa 1500 Menschen mehr als im Durchschnitt auf Amerikas Straßen. Ein Paradebeispiel, mit dem Gerd Gigerenzer vom Max Planck-Institut für Bildungsforschung auch hier wieder die verbreitete Unfähigkeit illustrierte, Risiken richtig einzuschätzen und gegeneinander abzuwägen.

Diese Unfähigkeit führt er auf die „kollektive Zahlenblindheit“ und die fehlende psychologische Bildung zurück: „Die Leute verstehen statistische Informationen nicht, und sie verstehen auch die eigenen Ängste nicht.“ Zum Beispiel die Angst vor den seltenen massierten Todesfällen (im Flugzeug) und die fehlende Angst vor den häufigen Straßenverkehrsunfällen. Auch aus der Medizin griff Gigerenzer seine Beispiele: Alle sieben Jahre beobachtet man in Großbritannien eine „Antibabypillen-Panik“. Die letzte entstand durch die Mitteilung, die „Pille“ erhöhe das Risiko einer Thromboembolie. Da setzten viele Frauen sie ab, wurden schwanger, und es gab zehntausend Abtreibungen mehr.

Das wäre zu vermeiden gewesen, hätte man statt des relativen das absolute Risiko genannt: Zwei Thromboembolien statt einer auf 14 000 Pillenschlucken. „Aber damit kann man niemandem Angst machen, und der Reporter kriegt die Geschichte nicht auf die erste Seite“, sagte Gigerenzer.

In diesem Falle sei also die Presse Schuld gewesen und nicht die Pharmaindustrie (die so gern mit der relativen Risikoreduktion, von Manfred Anlauf die „Zauberformel des Betrugs“ genannt, den angeblich hohen Nutzen bestimmter Medikamente propagiert, etwa den der Statine: 25 Prozent weniger Schlaganfälle unter Simvastatin, das klingt natürlich besser als – dasselbe anders ausgedrückt – die absolute Risikoreduktion von 1,4 Prozent oder die number needed to treat von 71 Patienten, damit einer davon profitiert).

Fehlinformationen über Mamma-CA-Screening

Ganz aktuell war ein anderes medizinisches Beispiel, nämlich die Fehleinschätzung des Brustkrebsrisikos nach dem Mammographie-Screening. Nach Gigerenzers vielfältiger Erfahrung irren da sogar Ärzte. Bei seinen Fortbildungsveranstaltungen für bisher 750 Gynäkologen unterschätzten sie meist die Zahl der falsch-positiven Befunde, von denen die Frauen in Angst und Schrecken versetzt und zu belastender weiterer Diagnostik veranlasst werden. Gigerenzer formulierte (wohl etwas überspitzt): von zehn positiv getesteten Frauen haben neun keinen Brustkrebs. Die weit aus meisten Frauenärzte glaubten aber – zu Beginn der Fortbildung –, dass umgekehrt neun von zehn tatsächlich ein Mamma-CA hätten.

Auch die Aufklärungsbroschüren zur Brustkrebsfrüherkennung informieren laut Gigerenzer meist falsch. Als beste bezeichnete er die der GEK, als „eine der schlechtesten die der Deutschen Krebshilfe, die damit ihren guten Ruf aufs Spiel setzt“. Er hat auch kein Verständnis dafür, dass die Gesundheitspolitiker, die sonst so sehr eine evidenzbasierte und wirtschaftliche Medizin propagieren, beim Screening eine Ausnahme machen, und er fragt sich, nach welchen Kriterien sie wohl ihre Berater auswählen. Denn bei der Krebsfrüherkennung würden nicht nur die Risiken und Nebenwirkungen heruntergespielt, sondern auch die Wirksamkeit schlicht vorausgesetzt – „eine Irreführung der Öffentlichkeit“.

Auch „gefühlter“ (oder suggerierter) und nachgewiesener Nutzen können also auseinanderklaffen, ebenso wie „gefühltes“ und reales Risiko. „Die Fühlstärke eines Risikos wird immer vom wissenschaftlich Ermittelten abweichen“, sagte Bernhard Kühnle, der im Verbraucherschutzministerium die Abteilung Lebensmittelsicherheit leitet, und wies auf das Lehrbeispiel BSE hin. Aber selbst ein nicht bloß übertriebenes, sondern auch ein ausschließlich gefühltes, in Wirklichkeit gar nicht vorhandenes Risiko rechtfertigt staatliches Handeln, darüber waren sich die 200 Teilnehmer aus allen Interessengruppen mit Kühnle einig.

Wie macht man Leute „risikomündig“?

Die Ängste der Bürger zwingen sogar zum Handeln: zur wissenschaftlichen Bewertung der gefürchteten Risiken und zu daraus abgeleiteten Maßnahmen. Dass kann teuer werden (ein Wirtschaftsgebot wie in der GKV gibt es hier offenbar nicht) – es sei denn sie beschränken sich auf eine offene und vor allem verständliche und wirksame Aufklärung. Das Bundesinstitut für Risikobewertung hat eigens den gesetzlichen Auftrag zur Risikokommunikation erhalten, wozu der ständige Dialog mit dem Verbraucher, den Interessengruppen, der gesamten Öffentlichkeit gehört. Man will den Bürger „risikomündig machen“:

ANZEIGE

Vergiftungsverdacht melden!

4551 Vergiftungsfälle wurden dem BfR 2006 gemeldet. An der Spitze standen Arbeitsunfälle mit Chemikalien oder chemischen Produkten, gefolgt von Vergiftungen im Haushalt. Vor allem im Internet angebotene Produkte sind zum Teil lebensgefährlich. Eine junge Frau starb an Kreislaufversagen durch ein Mittel zur Gewichtsreduktion, das 2,4-Dinitrophenol (DNP) enthält. Das liest man – samt anderen Fallbeschreibungen – in der Broschüre „Ärztliche Mitteilungen bei Vergiftungen 2006“ des Bundesinstituts für Risikobewertung (BfR), die einen Überblick über die im Berichtsjahr gemeldeten Fälle gibt. Nach dem Chemikaliengesetz sind Ärzte verpflichtet, dem BfR jeden begründeten Verdacht auf eine Vergiftung zu melden. Ein Meldeformular und auch ein Verzeichnis der Giftinformationszentren finden sich in der kostenlosen Broschüre. Anfordern kann man sie schriftlich (BfR, Thielallee 88-92, 14195 Berlin), per E-Mail (bfr@bfr.bund.de) oder per Fax (030 84124741)

schaftlichen Aussage – und Sicherheit statt Risiken. „Wir denken immer, wir werden verstanden“, sagte Hensel. Nun ermittelt das BfR, wie seine Informationen überhaupt ankommen. Verschiedene Verbrauchertypen nehmen Risiken sehr unterschiedlich wahr. Muss man also zielgruppenspezifisch aufklären? Jetzt hat das BfR für seine Abteilung Risikokommunikation eine Psychologin eingestellt.

Sie dürfte ebenso wenig arbeitslos werden wie die anderen Wissenschaftler der Forschungsbehörde. Es gibt noch viel zu tun. „Das meiste, das wir zum Beispiel im Baumarkt kaufen, ist toxikologisch noch gar nicht bewertet“, sagte der BfR-Präsident. „Hier, aber auch bei den Textilien, werden wir noch viel in der Büchse der Pandora finden.“ Gefühle und reale Risiken.

Rosemarie Stein

ihn befähigen, gesundheitliche Risiken „auf der Basis vorhandener Erkenntnisse und in Kenntnis der verbleibenden Unsicherheiten selbst zu beurteilen“, heißt es in einer Selbstdarstellung des Instituts. (Eine schwierige Aufgabe, wie

jeder Arzt weiß, der versucht, Patienten mündig zu machen.) Schwierig ist diese Aufgabe besonders dann, wenn es um die Mitteilung wissenschaftlicher Unsicherheit geht. Die Leute erwarten ja Sicherheit von einer wissen-

Anspruch und Wirklichkeit in Arztpraxen

Das Thema Umgang mit Patienten in Arztpraxen beschäftigt häufig die Öffentlichkeit. Mit schöner Regelmäßigkeit stürzen sich die Medien auf die vermeintlich langen Wartezeiten und den unfreundlichen Umgangston in den Praxen und erheben sich in die Rolle des Vertreters des unterdrückten Patienten. Dass dahinter auch eine teilweise überzogene Erwartungshaltung der Patienten steckt, zeigt folgender exemplarischer Fall, der – obwohl gar nicht einmal besonders spektakulär – anschaulich macht, mit welchen Ansprüchen sich Ärzte in ihrer täglichen Arbeit konfrontiert sehen.

Von Sascha Rudat

Ein Patient beschwerte sich im Sommer vergangenen Jahres mit einem Schreiben sowohl bei der Ärztekammer Berlin und seiner Krankenkasse als auch bei seiner Hausärztin über den Umgang mit ihm in deren Allgemeinarztpraxis. Nach eigenen Angaben hatte er die Praxis im Prenzlauer Berg ohne Termin aufgesucht, da er sich unwohl fühlte und dies abgeklärt haben wollte. Es waren den Angaben zufolge vier Patienten vor ihm. Zwischenzeitlich verließ er die Praxis für eine halbe Stunde, nachdem er die Arzt-

helferin gefragt hatte, ob dies sinnvoll sei. Nach seiner Rückkehr musste er weiter warten. Nach insgesamt zwei Stunden konnte und wollte er nicht mehr länger warten, ging mit seiner Quittung zur Arzthelferin und verlangte die Praxisgebühr zurück. Daraufhin habe er zur Antwort bekommen: „Nö, ich geb Ihnen gar nischts wieder!“ Wutentbrannt verließ er die Praxis. Er bemängelte zudem, dass die Arzthelferin zuvor bei seinem Betreten der Praxis ihn weder nach seinem Namen, nach seinem Befinden und noch nach

seiner Versichertenkarte gefragt, sondern lediglich 10 Euro verlangt habe. Infolgedessen forderte er die Ärztin in dem Schreiben auf, seine Daten in ihren Unterlagen zu löschen, seine Krankenakte zu vernichten und ihm die Praxisgebühr auf ein angegebenes Konto zu überweisen. Zugleich beklagte er sich über die „unhöfliche und abgezockte Art des Umgangs“.

Soweit die Darstellung des Patienten, die vielen niedergelassenen Ärzten so oder in ähnlicher Form durchaus bekannt vorkommen dürfte.

„Kein Akut-Patient wird abgewiesen“

Die Ärztin war offensichtlich sehr überrascht und tief bedrückt über das Schreiben ihres Patienten. So machte sie sich die Mühe, dem Patienten unmittelbar einen dreiseitigen (!) Brief zurück zu schreiben und ihre Sicht darzustellen. Der Brief liegt der Kammer vor.

Zunächst wies sie darauf hin, dass die Zahl der Patienten in den vergangenen Jahren in ihrer Praxis stetig zugenommen habe, was sie auch als Erfolg ihrer Arbeit wertete. Die Zunahme der Patientenzahl sowie der damit verbundene Dokumentations- und Verwaltungsaufwand habe leider zu längeren Wartezeiten während der Sprechstunde und auch bei der Terminvergabe geführt. „Trotzdem wird kein Akut-Patient der Praxis verwiesen, sondern immer am gleichen Tag behandelt, ohne Rücksicht auf das eigentliche Ende der Sprechstunde.“ Da die für alle Seiten unbefriedigende Problematik bekannt sei, habe sie eine erklärende Information zur „Patientengerechtigkeit im Wartezimmer“ ausliegen.

Zu dem konkreten Fall schrieb sie weiter: „Am Donnerstag (...) wollten Sie mich um Hilfe bitten oder meinen Rat einholen. Um 14.56 Uhr wurden Sie aufgenommen und waren zu diesem Zeitpunkt der 25. Patient, der mich nach 13.41 Uhr (Sprechstundenbeginn ist 14.00 Uhr!) mit einem Anliegen konsultieren wollte. Darunter befanden sich auch bestellte

Patienten, ebenso waren alle nachfolgenden Termine für diesen Tag vergeben. Eine längere Wartezeit für Patienten ohne Termin und ohne erkennbare Notsituation war die unvermeidbare Folge. Dabei noch völlig unberücksichtigt sind die Patienten, die durch mich im Hausbesuch am Vormittag behandelt wurden bzw. die meine Helferinnen zu Laboruntersuchungen und anderen Diagnostik-/Behandlungsmaßnahmen einbestellt hatten!“

Dann ging die Ärztin auf die vom Patienten kritisierte Anmeldeprozedur ein. Dazu hatte sie eine längere Rücksprache mit ihrer Arzthelferin gehalten. Die Ärztin erklärte, dass die Helferin nicht nur 10 Euro Praxisgebühr verlangt haben könne, da dies alleine nicht zur Aufnahme des Behandlungsfalles reiche. Nach seinem Namen sei der Patient bewusst nicht gefragt worden, da dieser auf der Versichertenkarte stehe und dies außerdem die Aufnahmediskretion im Wartezimmer erfordere. Außerdem hätten die Arzthelferinnen Anweisung, Patienten im Wartezimmer und bei der Anmeldung nicht nach ihrem Befinden zu fragen, da dies erstens nicht in die Kompetenz der Arzthelferin gehöre, sondern ärztliche Aufgabe sei und man zweitens der Schweigepflicht und dem Datenschutzgesetz unterliege. „Das von Ihnen vermisste Befragen ist also kein Wartezimmer-Thema!“, erklärte sie dem Patienten. Die Arzthelferinnen seien aber entsprechend geschult, Notpatienten zu erkennen. „Als ein solcher Notpatient

wurden Sie seitens meiner Helferinnen nicht eingestuft“, so die Ärztin weiter in ihrem Brief.

Zur Weigerung der Arzthelferin, die Praxisgebühr wieder herauszugeben, sagte die Ärztin, dass diese nur nach Anweisung gehandelt habe und nur sie als Ärztin die Stornobuchung vornehmen könne. Nach Aussage der Helferin habe der Patient daraufhin die Quittung auf den Tresen geworfen und gesagt: „Machen Sie sich einen Dicken damit!“

Dann habe er die Praxis verlassen, wobei ihm die Arzthelferin noch nachgerufen habe, dass er der Nächste sei. Die Ärztin erläuterte dem Patienten die Verwendung der Praxisgebühr und den damit verbundenen Aufwand.

Abschließend erklärte sie dem Patienten noch, dass eine Vernichtung der Krankenakte aus gesetzlichen Gründen nicht möglich sei. Außerdem habe sie bereits die Rückzahlung der Praxisgebühr veranlasst. Der Brief endete mit einer Darstellung des Anspruchs der Praxis an die eigene Arbeit und schloss mit dem Satz: „Ihren negativen Eindruck meiner Praxis bedauere ich zutiefst und wünsche Ihnen einen Hausarzt oder eine Hausärztin, wo Sie sich in jeder Hinsicht wohl fühlen.“

Erklärungen tun Not

Zwei höchst unterschiedliche Sichtweisen eines alltäglichen Vorfalles in Berliner Arztpraxen (wenn so etwas nach Aussage der Ärztin in 14 Jahren mit eigener Praxis auch zum ersten Mal vorgekommen ist). Weniger ungewöhnlich sind die Anspruchshaltung des Patienten und seine Reaktion. Außergewöhnlich dürfte aber die ausführliche Erklärung der Allgemeinmedizinerin sein. Erklärungen für die Öffentlichkeit über die Abläufe in den Praxen und die Anforderungen an die Ärzte scheinen also immer wieder Not zu tun. Die Ärztekammer Berlin unterstützt ihre Mitglieder dabei. Eine umfassende Darstellung wie die der Hausärztin hilft dabei.

Eine Reaktion von Seiten des Patienten auf den ausführlichen Brief der Ärztin gab es übrigens bis heute nicht. *srd*

ANZEIGE

Bestandene Facharztprüfungen September 2006 bis Februar 2007*

Allgemeinmedizin

Cord-Hinerk Wilhelm Delventhal	23. Januar 2007
Sema Erbil-Sahan	12. Dezember 2006
Dr. med. Markus Christian Fezer	24. Oktober 2006
Gijuli Ivanovna Grinblat	19. Dezember 2006
Larissa Haarig	12. Dezember 2006
Denka Petrova Hadjiyska	19. Dezember 2006
Cordula Krahle	23. Januar 2007
Ivanka Krznaric	24. Oktober 2006
Emine Kurtal	26. September 2006
Michèle Klara Lux	12. Dezember 2006
Svetlana Mut	19. Dezember 2006
Dr. med. Janine Ramolla	26. September 2006
Dr. med. Veronika Ursula Rufer	24. Oktober 2006
Hagen Salitter	23. Januar 2007
Sonja Kristina Schariot	23. Januar 2007
Andrea Preeyaporn Schmitz	12. Dezember 2006
Dr. med. Tanja Sylvia Stein	26. September 2006
Dr. med. Kerstin Sturm	23. Januar 2007
Zsuzsanna Thäsler	26. September 2006

Anästhesiologie

Dr. med. Ines Domagala	2. Oktober 2006
Fahimeh Hedayati	10. Januar 2007
Dr. med. Anja Carina Heymann	15. November 2006
Dr. med. Anne Holland-Moritz	2. Oktober 2006
Dieter Lang	4. Dezember 2006
Chr. Langescheid-Marwinsky	6. Dezember 2006
Rainer Müller	15. November 2006
Christian Erhard Pille	6. Dezember 2006
Dr. med. Andreas Poppelbaum	2. Oktober 2006
Barbara Rachut	4. Dezember 2006
Tilman Frederik Josef Reinhart	6. Dezember 2006
Dr. med. Hans-Christian Horst Richter	15. November 2006
Antje Röhr	4. Oktober 2006
Dr. med. Kai Oliver Schönhage	10. Januar 2007
Miriam Schöpf	6. Dezember 2006
Grit Schrötter	6. Dezember 2006
Markus Andreas Stolaczyk	4. Dezember 2006
Dirk Michael Tschirner	10. Januar 2007
Dr. med. Yvonne Waterstrat	15. November 2006

Arbeitsmedizin

Dr. med. Stefanie Winter	7. November 2006
--------------------------	------------------

Augenheilkunde

Haroula Gotzia	29. November 2006
----------------	-------------------

Chirurgie

Nils Abromeit	27. Februar 2007
Musa Abu Sada	30. Januar 2007
Dr. med. Hendrik Christian Albrecht	30. Januar 2007
Dr. med. Christoph Hinrich Benckert	12. Dezember 2006
Jens Erik Birkle	30. Januar 2007
Dr. med. Martin Bschor	27. Februar 2007
Dr. med. Barbara Burkert	30. Januar 2007
Rainer Bernd Franke	30. Januar 2007
Rudolf Michael Goller	30. Januar 2007
Mareike Graff	30. Januar 2007
Dr. med. Jörn Gröne	30. Januar 2007
Dr. med. Senat Krasnici	27. Februar 2007
Dr. med. Kai Siegfried Lehmann	30. Januar 2007
Thomas Martin	12. Dezember 2006
Dr. med. Jens Mittler	12. Dezember 2006
Dr. med. Karina Oymann	12. Dezember 2006
Robert Pflugmacher	30. Januar 2007
Dr. med. Tobias Martin Steinke	12. Dezember 2006
Dr. med. Armin Thelen	12. Dezember 2006

Dermatologie und Venerologie

Dr. med. Maja Ann Kristine Hofmann	25. Oktober 2006
Dr. med. Daniela Karin Meixner	21. Februar 2007

Diagnostische Radiologie

Dr. med. Alexander Nikolaus Beck	20. Februar 2007
Dr. med. Kathrin Bünning	7. November 2006
Dr. med. Frank Kurt Fischbach	20. Februar 2007
Matthias Grothoff	5. Dezember 2006
Dr. med. Lukas Heinrich Johannes Lehmkuhl	20. Februar 2007
Dr. med. Michael Stephan Lorenz	7. Dezember 2006
Gabriele Ludwig	4. September 2006
Dr. med. Henrik Friedrich Schröder	7. November 2006
Dr. med. Peter Seidensticker	4. September 2006
Dr. med. Birgit Marie Alice Spors	31. Oktober 2006
Dr. med. Michael Werk	5. Dezember 2006
Isabella Wulfson	7. Dezember 2006

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Dr. med. Barbara Beier	11. Oktober 2006
Dr. med. Frank Chih-Kang Chen	21. Februar 2007
Dr. med. Kamilla Dominiak	11. Oktober 2006
Georggia Draganis	17. Januar 2007
Suzana Ercegovic	6. Dezember 2006
Dr. med. Klaus-Tilman Eßer	11. Oktober 2006
Dr. med. Melanie Eßer	21. Februar 2007

Dr. med. Benita Ewest	15. November 2006
Dr. med. Steffen Gläser	17. Januar 2007
Susanne Kastein	17. Januar 2007
Dr. med. Dominique Könsgen-Mustea	15. November 2006
Dr. med. Manja Monika Krause	17. Januar 2007
Dr. med. Gülten Oskay Özcelik	15. November 2006
Dr. med. Björn Peglow	15. November 2006
Dr. med. Ute Emmi Riessinger	21. Februar 2007
Anna Seidelsohn	6. Dezember 2006
Dr. med. Martina Sorge	11. Oktober 2006
Dr. Dr. med. Petra Christine Spek	15. November 2006
Ulrike Wein	21. Februar 2007
Ute Weizel	17. Januar 2007

Gefäßchirurgie

Priv.-Doz. Dr. med. Jürgen Zieren	30. Januar 2007
-----------------------------------	-----------------

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Dr. med. Jens Christian Berl	25. Oktober 2006
Dr. med. Bernard Hoffmann	25. Oktober 2006

Haut- und Geschlechtskrankheiten

Dr. med. Susan Katrin Khouw	21. Februar 2007
-----------------------------	------------------

Herzchirurgie

Petar Gueorguiev Petrov	10. Oktober 2006
-------------------------	------------------

Innere Medizin

Michael Benert	10. Januar 2007
Lutz Robert Justus Bollmann	13. Dezember 2006
Dr. med. Susanne Brakemeier	10. Januar 2007
Dr. med. Tatjana Elisabeth Christoph	18. Oktober 2006
Dr. med. Sonja Madeleine Dorothea Feldmann	18. Oktober 2006
Dr. med. Frank Gerdson	8. November 2006
Dr. med. Brenda Gerull	21. Februar 2007
Dr. med. Frank Karl Heller	15. September 2006
Dr. med. Katrin Hoffmann	18. Oktober 2006
Dr. med. Patricia Hortig	18. Oktober 2006
Dimitra Kakaki	20. September 2006
Dr. med. Wolfram Klingenberg	5. Dezember 2006
Dr. med. Kirstin Lenßen	5. Dezember 2006
Antje Lenz	10. Januar 2007
Dr. med. Charlotte Anette Lutz	5. Dezember 2006
Gubran Awad Saeed Mater	20. September 2006
Dr. med. Abbas-Ali Moslehi	21. Februar 2007
Jochen Niehus	20. September 2006
Dr. med. Ulrich-Frank Matthias Rudolf Pape	20. Dezember 2006
Dr. med. Sabine Roeder	5. Dezember 2006
Dr. med. Marcus Rücker	8. November 2006
Dr. med. Erdal Safak	21. Februar 2007
Dr. med. Udo Schneider	13. Dezember 2006
Priv.-Doz. Dr. med. Britta Siegmund	7. Februar 2006
Dr. med. Steffen Mark Sonntag	20. Dezember 2006
Dr. med. Brit Tohtz	13. Dezember 2006

Dr. med. Alexander Götz Uhrig	21. Februar 2007
Dr. med. Ralf Waßmuth	10. Januar 2007
Dr. med. Kirstin Will	10. Januar 2007
Jörg Willhausen	18. Oktober 2006
Dr. med. Anne Winkelmann	17. Januar 2007
Dr. med. Anja Xenia Kyra Zitscher	5. Dezember 2006

Kindern- und Jugendmedizin

Ulrike Brosch	20. Dezember 2006
Dr. med. Kerstin Gerhold	17. Januar 2007
Dr. med. Bettina Gerstner	17. Januar 2007
Yousof Ghanem	20. Dezember 2006
Dr. med. Thomas Helge	22. November 2006
Dr. med. Ann Carolin Hoyer	20. Dezember 2006
Dr. med. Angela Maria Kaindl	22. November 2006
Dr. med. Bent Kurzweg	13. November 2006
Dr. med. Steffen Lüder	11. Oktober 2006
Cordula Reitz	10. Januar 2007
Dr. med. Nicole Rost	13. Dezember 2006
Dr. med. Thomas Schmitz	20. Dezember 2006
Dr. med. Georg Christof Schwabe	20. Dezember 2006
Dr. med. Ute Maria Staden	29. November 2006
Dr. med. David Pjotr Székessy	29. November 2006
Dr. med. Barbara Uebe	29. November 2006

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Dr. med. Roland Burghardt	21. November 2006
Ottmar Hummel	25. September 2006
Dr. med. Alexander Korte	21. November 2006
Dr. med. Irma Kretzer-Stein	10. Oktober 2006
Dr. med. Astrid Stock	10. Oktober 2006

Klinische Pharmakologie

Dr. med. Susan Gitta Zeun	5. Dezember 2006
---------------------------	------------------

Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

Dr. med. Anne-Sophie Endres	14. November 2006
Dr. med. Niels Kleinauf	14. November 2006
Dr. med. Bettina Weiß	14. November 2006
Dr. med. Janine Zweigner	14. November 2006

Neurochirurgie

Jochen Stein	7. Dezember 2006
--------------	------------------

Neurologie

Dr. med. Orhan Aktas	30. Januar 2007
Dr. med. Silke Biethahn	6. Februar 2007
Dr. med. Mareile Brachmann	24. Oktober 2006
Dr. med. Tilo Breidert	1. Januar 2007
Dr. med. Cordula Ursula Harisch	6. Februar 2007
Dr. med. Daniela Hensel	14. Dezember 2006
Ali Hosseinkhah	14. Dezember 2006

Dr. med. Christoph Michael Neuwirth	25. Januar 2007
Dr. med. Jenny Norden	11. Januar 2007
Dr. med. Burkhard Volker Pleger	5. Dezember 2006
Hans-Michael Schmitt	6. Februar 2007
Dr. med. Timm Strotmann-Tack	5. Dezember 2006
Dr. med. Gesine Zillessen	30. Januar 2007

Neurologie und Psychiatrie

Dr. med. Joachim Behr	25. Januar 2007
Dr. med. Annette Dorothea	25. Januar 2007
Katharina Mainz-Perchalla	25. Januar 2007

Neuropathologie

Dr. med. Christian Hartmann	19. September 2006
Dr. med. Wolf Müller	19. September 2006
Dr. med. Ali Fuat Okuducu	19. September 2006

Nuklearmedizin

Dr. med. Juri Ruf	16. Oktober 2006
-------------------	------------------

Orthopädie

Shahed Alidousti	17. Oktober 2006
Dr. med. Robert Erhard Greim	6. September 2006
Dr. med. Olaf Hasart	8. November 2006
Dr. med. Anja Corneila Helmers	30. Januar 2007
Christiane Erika Dorothea Hofmann	8. November 2006
Anja Kunst	30. Januar 2007
Dr. med. Georgios Matziolis	6. September 2006
Erik Rother	8. November 2006
Dr. ed. Peter Matthias Herbert Schläfke	8. November 2006
Dr. med. Sascha Volkmar Schneider	8. November 2006

Orthopädie und Unfallchirurgie

Stefan Blume	21. November 2006
Tania Sabine Hayn	17. Oktober 2006
Frank Marco Klufmüller	21. November 2006
Jörg Rump	6. September 2006
Matthias Dieter Schuffert-Raguse	17. Oktober 2006

Pathologie

Azita Amirmaki	17. Oktober 2006
----------------	------------------

Pharmakologie und Toxikologie

Dr. med. Thomas Gerloff	5. Dezember 2006
-------------------------	------------------

Physikalische und Rehabilitative Medizin

Kirsten Mathiske-Schmidt	30. Januar 2007
--------------------------	-----------------

Plastische und ästhetische Chirurgie

Mehmet Akbas	14. November 2006
Georgios Hristopoulos	14. November 2006

Psychiatrie und Psychotherapie

Dr. med. Frank Michael Bauer	28. November 2006
Dr. med. Tanja Falck	1. Februar 2007
Dr. med. Ute Fiedler	23. Januar 2007
Dr. med. Eberhard Ernst Wilhelm Heering	20. Februar 2007
Dr. med. Stefan Otto Hoppe	5. Dezember 2006
Lisa Christiane Hundhausen	12. Dezember 2006
Dr. med. Sibylle Kaps-Sommer	12. Dezember 2006
Dr. med. Uta Mechthild Kempermann	23. Januar 2007
Dr. med. Eugen Kiem	7. November 2006
Dr. med. Hans-Henning	
Georg-Wilhelm Melbeck	10. Oktober 2006
Dr. med. Henriette Emma Meyer	28. November 2006
Dr. med. Ursula Christine Pierschkalla	12. Februar 2007
Dr. med. Rainer Saure	26. September 2006
Eorg Stamm	31. Januar 2007

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Dr. med. Dorothee Molly Bruhns	28. November 2006
Anne Drews	11. Oktober 2006
Dr. med. Christiane Einnolf	17. Januar 2007
Dr. med. Gundel Graeben	11. Oktober 2006
Dr. med. Robert Dirk Prinz	14. November 2006
Dr. med. Ute Roewer	28. November 2006
Dr. med. Christoph Schade	14. November 2006
Matthias Gerhard Thorsten Stöß	17. Januar 2007

Psychotherapeutische Medizin

Dr. med. Frank Schoeneich	7. Februar 2007
Dr. med. Giovanni Anacleto Springmeier	20. September 2006

Strahlentherapie

Andrej Stupavsky	15. Januar 2007
------------------	-----------------

Transfusionsmedizin

Dr. med. Silke Gries-Bartenschlager	27. Februar 2007
-------------------------------------	------------------

Urologie

Dr. med. Oliver Gralla	4. Dezember 2006
Dr. med. Susane Maskow	30. Januar 2007
Dr. med. Martin Peter Thomas Ringsdorf	4. Dezember 2006
Dr. med. Markus Daniel Sachs	4. Dezember 2006
Dr. med. Karoline Wilke	4. Dezember 2006

Visceralchirurgie

Priv.-Doz. Dr. med. Julian Werner Mall	27. Februar 2007
Dr. med. Guido Schumacher	30. Januar 2007

* 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.

Berliner Medizinhistorisches Museum:

Neue Dauerausstellung: Empfehlenswert!

Erst nahm man einen Gipsabdruck vom Gesicht des Augen- oder Hautkranken, dann entstanden in sorgfältiger Handarbeit Wachsnachbildungen, naturgetreu bemalt – hervorragende Lehrmittel aus einer Zeit noch ohne Farbdias. Solche Moulagen wirken trotz der entstehenden Krankheitszeichen erstaunlich ästhetisch. Eine große Vitrine voller Wachsmoulagen zeigt jetzt das Berliner Medizinhistorische Museum der Charité: in der völlig erneuerten und stark erweiterten Dauerausstellung.

Sie ist ein Glücksfall, wie das wiedergeborene Museum selbst. Mit über 20.000 Präparaten wurde Virchows Pathologisches Museum 1899 eröffnet; am Ende waren es 35.000. Nur 2000 überstanden den 2. Weltkrieg. Lange verstaubten sie in ihren glaslos gewordenen Vitrinen in der zum Magazin degradierten Begräbniskapelle der Pathologie. Erst seit 1980 kümmerte sich ein Kurator – Peter Krietsch – um die Inventur, die Restaurierung und die notdürftige Ausstellung der kostbaren Rest-Bestände in den Pathologiefluren.

Aber er hatte eine Vision und fand gleich nach der Wende Mitstreiter: für die Reanimation des zweckentfremdeten Museumsbaus, von dessen fünf Etagen drei die Lehrsammlung enthalten hatten, während Virchow zwei schon damals der Öffentlichkeit zugänglich machte. „Von Anfang an aber bestand Einigkeit, nicht wieder ein monochromes Pathologisches Museum zu etablieren, sondern hier das Zentrum für die gesamte Berliner Medizingeschichte zu schaffen“, heißt es in einem Buch, das Peter Krietsch zusammen mit dem Pathologie-Chef Manfred Dietel veröffentlichte. („Pathologisch-Anatomisches Cabinet – vom Virchow-Museum zum Berliner Medizinhistorischen Museum in der Charité.“ Blackwell Wissenschafts-Verlag Berlin-Wien 1996.)

Nun ist das annähernd gelungen (fast ohne ordentlichen Etat, mit Lotto-, Europa-, Sponsoren- und Spendengeldern). Drei Etagen sind zugänglich, eine für Sonderausstellungen – zurzeit historische Krankenhausarchitektur –, die beiden anderen, mit verdoppelter Ausstellungsfläche von 800 Quadratmetern, für die neue ständige Schausammlung „Dem Leben auf der Spur“. Sie führt durch 300 Jahre abendländische Medizingeschichte (Schwerpunkt Berlin) und ist – ohne Design- und Didaktik-Aufdringlichkeiten – mit einer Fülle von Objekten attraktiv und instruktiv gestaltet.



Foto: Thomas Bruns

Die erste Vitrine erinnert an die Geburt des Museums aus der Wunderkammer mit ihren „Kuriositäten“. Dann wird die Entwicklung der wissenschaftlichen Medizin an Beispielen anschaulich dargestellt und zweisprachig klar erläutert: Anatomisches Theater, Seziersaal, Labor, Klinik, Untersuchungszimmer. Viel Raum nimmt die Entwicklung der diagnostischen Verfahren ein. Der schon vor Jahren modern eingerichtete Präparatesaal – Virchows Büste mit wachen Augen in der Mitte – ist jetzt Teil des historischen Rundgangs. „Wir haben damit einen konsequenten Schritt von Virchows Pathologischem hin zum

heutigen Medizinhistorischen Museum gemacht“, sagt dessen Direktor Thomas Schnalke. (Die berühmt-berüchtigten „Monstra“, für die Öffentlichkeit früher schauerliches Markenzeichen des Museums, findet man erst in der letzten Vitrine.)

Direkt darüber ein „Bettensaal“ mit zehn individuellen Krankengeschichten, von der schweren Geburt 1727 bis zur Sepsis 2006. Das ist geschickt gemacht, nur fehlt noch die hierfür beanspruchte „Sicht des Patienten“. Da wünscht man sich, was im Kapitel „Medizin im Nationalsozialismus“ so eindrucksvoll gelingt: Subjektive Äußerungen der Patienten selbst oder Angehöriger. Vielleicht finden sich ja alte Briefe oder Tagebücher.

Gut liest sich eine schön illustrierte „Wandzeitung“ zur bewegten Geschichte der Charité. Da irritiert nur, dass sich über die DDR-Zeit keine einzige kritische

Anmerkung findet, abgesehen von der Erwähnung zugemauerter Fenster gen Westen. Werden sich die Medizinhistoriker auch im Charité-Jubiläumsjahr 2010 nicht an diese vierzig Jahre herantrauen?

Rosemarie Stein

Berliner Medizinhistorisches Museum der Charité, Charitéplatz 1. (Zugang jetzt auch direkt von der Invalidenstraße und dem Alexanderufer, zum Beispiel vom Hauptbahnhof oder vom Museum „Hamburger Bahnhof“ aus.) Telefon 450 536 153. Di bis So 10 bis 17, Mi bis 19 Uhr. Zutritt nicht für unter Zwölfjährige; für unter Sechzehnjährige nur in Begleitung Erziehungsberechtigter.

BERLINER ÄRZTE

1/2008 45. JAHRGANG

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

Herausgeber:

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

Redaktion:

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

Redaktionsbeirat:

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

Anschrift der Redaktion:

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

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.leipziger-verlagsanstalt.de
E-Mail: info@leipziger-verlagsanstalt.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