

Innen- und Außenpolitisches



Foto: Friedrich

Dr. med. Günther Jonitz
(Chirurg)

Präsident der Ärztekammer Berlin

In diesen Tagen hat die bundesweite **Evaluation der Weiterbildung** begonnen. Per elektronischem Fragebogen werden über die Weiterbildungsbe-
fugten diese und deren Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung aufgefordert, anhand standardisierter Fragen Auskunft über die Inhalte und erlebte Qualität der Weiterbildung zu geben. Die Weiterbildung ist oftmals die prägende Zeit im Leben eines Arztes. Die Ärztekammern bestimmen die Inhalte und Voraussetzungen der Weiterbildung und tragen so zu einer hochstehenden Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte bei. Dieser hohen Verantwortung wird mit der umfassenden Evaluation Rechnung getragen.

Die Ergebnisse der Befragung sind anonym und werden im ersten Schritt vor allem der internen Diskussion in den einzelnen Abteilungen und auf der Metaebene den Ärztekammern dienen. Ich möchte alle Weiterbildungsbefugten und alle in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte bitten, aktiv an dieser Befragung teilzunehmen. Wir möchten, dass die Weiterbildung besser wird. Die Ärztekammer Berlin bietet darüber hinaus an, beratend tätig zu werden. Die ärztliche Selbstverwaltung kann hier einiges leisten.

Einige Abteilungen und Häuser werden auch die Chance nützen, mit ihren absehbar guten Ergebnissen sich dem Wettbewerb auf dem Arbeitsmarkt zu stellen. Gute Arbeitsbedingungen sind die Voraussetzung für dauerhaftes Arztsein in Deutschland. Herzlichen Dank im Voraus.

„**Priorisierung und Rationierung**“ war eines der Themen auf dem Deutschen Ärztetag. Warum muss die Politik auf Bundes- und Landesebene Missstände verleugnen? Fehlt es an Rückgrat oder an Sachwissen? Negative Beispiele für eine schleichende Rationierung gibt es zuhauf. Den Stoßseufzer einer nach Spanien ausgewanderten Internistin, den ich kürzlich schriftlich erhalten habe, möchte ich Ihnen nicht vorenthalten:

„Ich war in XX (Krankenhaus in Brandenburg). Bis ich wegging, war das fürs Haus wie folgt: Es gab einen so genannten Hausdienst und einen Rettungsdienst. Der ‚Hausdienst‘ war eben für alle ärztlichen Belange im Haus zuständig, Gynäkologie, Chirurgie, Innere, teilweise Kinder. Auch für die stationären Einweisungen von draußen. Es gab natürlich einen Hintergrund aus den Fachbereichen, der sich in der Regel aber nicht im Haus aufhielt. War der Rettungsdienst im Einsatz mit dem Notarztwagen (was ja manchmal lange andauern konnte), war die Rettungsstelle erstmal ärztlich nicht besetzt und

der Hausdienst musste dort auch noch mit ran. Ich kann mich nicht erinnern, dass die Schwester der Rettungsstelle für diesen Fall mal den Fachhintergrund gerufen hätte. Ach so, natürlich, wenn operiert wurde – was ziemlich oft der Fall war – musste der Hausdienst assistieren. Reichlich Arbeit also. Wenn ich mal Heimweh bekomme, muss ich nur Anne Will oder Plasberg anschalten, Frau Schmidts oder Herrn Lauterbachs Gequatsche anhören, dann weiß ich, dass ich in dem deutschen Gesundheitswesen unter derzeitigen Bedingungen nicht mehr arbeiten werde.“

Beispiele wie diese finden sich überall. Doch statt sich endlich der offenkundigen Probleme anzunehmen, wird eine Scheuklappenpolitik betrieben und eine bestmögliche medizinische Versorgung für alle verkündet. Dass dieses Wunsdenken mit der Realität schon lange nichts mehr zu tun hat, haben die Delegierten des Deutschen Ärztetages sehr deutlich gemacht. Eine gesamtgesellschaftliche Diskussion ist dringend notwendig. Es gibt also noch viel zu tun.

Ihr

Viktor von Weizsäcker, „ein fragender Weiser“

Hans Stoffels (Hrsg.): Soziale Krankheit und soziale Gesundheit, Beiträge zur medizinischen Anthropologie, Bd 6, Verlag Königshausen & Neumann, Würzburg 2008, 232 S., brosch., 29,80 Euro

„Er war charismatisch als ein fragender Weiser“, schreibt Helm Stierlin im wichtigsten Teil, „Begegnungen und Erinnerungen“, dieses Buchs. Zeitzeugen, die Weizsäcker als Hochschullehrer und Arzt erlebten, tragen darin auf Veranlassung von Hans Stoffels Steinchen zu einem Mosaik seiner Persönlichkeit zusammen. Fritz Hartmann hebt seine selbstkriti-

sche Haltung hervor: „Erkennen, Anerkennen, Erdulden und Ertragen von Grenzen.“ Im Staatsexamen sagte er zu den Ausführungen des Prüflings (über Blutdruck und Nierenfunktion): „Das ist interessant, das habe ich nicht gewusst.“ Eckard Gerstenberg und Hermann Heimpel würdigen seine avantgardistische, nämlich problemorientierte Lehre, deren psychosoziale Dimension Dieter Scheffner an anderer Stelle hervorhebt. „Warum sind Sie denn krank geworden?“ zitiert Stierlin den großen Psychosomatiker, der den Patienten als Subjekt ernst nahm. „Dass der kranke Mensch

nicht nur seine Krankheit *hat*, sondern sie auch *macht*, war einer der Eckpfeiler seiner Krankheitslehre“, schreibt Ernst Scheurlen.

„Soziale Krankheit und soziale Gesundheit“ hieß ein 1930 in Berlin gehaltener Vortrag Weizsäckers. Mit der Bedeutung der Pathologie des Sozialen befassen sich die Beiträge aus der Sicht verschiedener Disziplinen im ersten Teil des Buches – mit mehr oder weniger Bezug zu Weizsäcker. Bemerkenswert ist zum Beispiel die Feststellung von Ruth Ebbinghaus und Doris Dennis, dass Weizsäckers „Situationstherapie“ psychisch Traumatisierter erst jetzt in Form integrativer Konzepte zur Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen wieder aufgegriffen wird.

R. Stein

ANZEIGE

TITELTHEMA

Arzt, Autor und Almanach

Begegnungen mit schreibenden Ärzten in Berlin

Ärzte, die auch als Schriftsteller tätig sind, gab und gibt es öfter. BERLINER ÄRZTE traf drei höchst unterschiedliche Typen von schreibenden Ärztinnen und Ärzten.

Von Ulrike Hempel.....14

Interview mit dem Kabarettisten

Eckart von Hirschhausen.....19

EDITORIAL.....

Innen- und Außenpolitisches

Von Günther Jonitz.....3

BERLINER ÄRZTE aktuell.....6

Alter = Krankheit?

Informationen des Robert

Koch-Instituts.....11

BERUFS- UND GESUND-
HEITSPOLITIK**Die einleitende Ring-Vorlesung
der Charité**

Bericht von der „Ringvorlesung
2009-2010 – 300 Jahre Charité –
Die Evolution der Medizin“

Von Rosemarie Stein.....20

**Wider das Versprechen der
unbegrenzten Leistung**

Bericht vom 112. Deutschen Ärztetag
in Mainz

Von Sascha Rudat.....24

**Medizinischer Bachelor:
überflüssig**

Die Regionalkonferenz „Bologna –
Zukunft der Lehre“ hat sich deutlich
gegen den „halben Arzt“ ausgesprochen

Von Rosemarie Stein.....29

„Wir prägen den Zeitgeist mit“

Interview mit Professor Hanfried
Helmchen, ehemaliger Direktor der
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Charité.....31

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen.....10

**Der Veranstaltungskalender der
Ärztekammer Berlin.....22**

PERSONALIEN.....

Zum 80. von Götz Sankowsky

.....32

BUCHBESPRECHUNGEN.....

**Stoffels (Hrsg.): Soziale Krankheit
und soziale Gesundung, Beiträge
zur medizinischen Anthropologie**

.....4

FEUILLETON.....

**Von der Praxis ins Atelier:
Reinhild Bartunek**

Von Rosemarie Stein.....33

Feminisierung in der Medizin

„Der immer größere Anteil von Ärztinnen ist Realität und kein Desaster“, unterstrich Dr. med. Astrid Bühren, Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes (DÄB), auf einer Pressekonferenz im Mai in Berlin. Die niedergelassene Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sieht mit der Feminisierung in der Medizin die Chance, endlich verkrustete Strukturen und überholte Rollenbilder über Bord zu werfen.

Die Fakten laut Bundesärztekammer: Von allen Erstmeldungen bei den Ärztekammern stellten im Jahr 2008 Frauen einen Anteil von 57,9 Prozent. Der Ärztinnen-



Mutter mit zwei Töchtern nur durch die volle Unterstützung der Eltern und insgesamt 10 Au-Pairs gelang, den berechtigten Wunsch nach Kindern und Karriere zu verwirklichen.

Der DÄB versucht Ärztinnen bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf konkret zur Seite zu stehen. Der Ärztinnenbund hat Checklisten erarbeitet, die die gezielte Umsetzung familien- und frauenfreundlicher Rahmenbedingungen voranbringen sollen: „Das familienfreundliche Krankenhaus“, „Studieren mit Kind“ sowie „Die familienfreundliche Niederlassung“. Die Checklisten sind auf der Homepage des DÄB abrufbar, ebenso eine Liste mit Kliniken, die Kinderbetreuung anbieten.

ANZEIGE

anteil an der Gesamtzahl der berufstätigen Ärzte beträgt 41,5 Prozent.

Bühren betonte, dass Ärztinnen und Ärzte fachlich gleich kompetent seien. Wissenschaftliche Studien weisen jedoch auch darauf hin, dass Ärztinnen ihre Patienten besser therapieren. Sie sind u.a. deutlich empathischer, beziehen psychosoziale Aspekte ein und berücksichtigen erforschte Geschlechtsunterschiede in der Medizin. Aktuelle Daten bezüglich Diabetes Typ II zeigen auf, dass Ärztinnen leitliniengerechter behandeln als ihre männlichen Kollegen, so die DÄB-Präsidentin.

Unabhängig vom steigenden Anteil der Ärztinnen an der berufstätigen Ärzteschaft ist die Realität für Ärztinnen mit Beruf und Familie gleichwohl von einer Mehrfachbelastung gekennzeichnet. Dr. med. Katrin Welcker, Fachärztin für Chirurgie und Thoraxchirurgie, Leitende Oberärztin am Klinikum Bremen-Ost, Vertreterin der Oberärzte/-innen im Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), schilderte, wie es ihr als alleinerziehender

Professor Dr. med. Rolf Kreienberg, Ärztlicher Direktor der Universitätsfrauenklinik Ulm und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), beklagte vor allem das Fehlen von Frauen in Führungspositionen. „Wir brauchen dringend Oberärztinnen, Chefärztinnen und Spezialistinnen in der Niederlassung“, meinte Kreienberg. Das Fach und das Berufsbild müsse dafür jedoch in vielen Teilen völlig neu gestaltet werden, insbesondere „in den Köpfen der Chefs muss sich etwas ändern“. Man müsse ganz neue Dienstpläne schreiben, Jobsharing machen und sich davon lösen, dass der gute Gynäkologe nur der ist, auf den man rund um die Uhr Zugriff habe, so der DGGG-Präsident. „Wie wir den Arbeitsalltag von Ärztinnen familienfreundlicher gestalten, ist entscheidend für die nächsten Jahre. Sonst könnte es sein, dass wir nicht in der Lage sind, das Fach am Leben zu erhalten.“ *Ulrike Hempel*

Weitere Informationen:
www.aerztinnenbund.de

Schwierige Unabhängigkeit

Vorstellung der Initiative MEZIS (Mein Essen zahl' ich selbst)
von Ulrike Hempel, BERLINER ÄRZTE 5/2009

Die verbreitete Werbung für den Verein „MEZIS“ veranlasst mich, meine Meinung dazu zu äußern: Es ist doch blauäugig zu glauben, dass die Ärzte in der heutigen Gesellschaft noch „unabhängig“ Patienten behandeln können. Da sind die geschilderten im Verein fokussierten Beeinflussungsversuche durch die Pharmaindustrie noch relativ harmlos.

Ich kann mich des Eindrucks nicht erwehren, dass die Gründungsmitglieder sich nur selbst ein wenig in der Öffentlichkeit bekannt machen wollten. Eigentlich diskreditieren sie die Ärzte, ihre Kollegen, indem sie ihnen unterstellen, sie würden sich durch die Aktivitäten der Pharmavertreter in ihrem Therapieverhalten fachlich falsch beeinflussen lassen. Ich kenne nur Ärzte, die sich infolge ihrer naturwissenschaftlichen Ausbildung und Denkungsweise verbunden mit eigener ärztlicher Erfahrung nicht durch die läppischen „Geschenke“ bzw. durch ein kostenloses Abendessen im Zusammenhang mit einer Weiterbildungsveranstaltung in ihrem Therapieverhalten beeinflussen lassen würden. Vielleicht ist das in der Klinik anders, wenn

die Krankenhäuser Forschungsgelder von der Pharmaindustrie erhalten. Die Vereinsmitglieder sollten mir auch nur eine unabhängige Fortbildungsveranstaltung nennen. Dagegen habe ich durchaus auf durch Firmen gesponserte Fortbildungsveranstaltungen Vorträge und Diskussionsrunden erlebt, in denen Produkte dieser Firmen aus der Erfahrung der Vortragenden sachlich und kritisch eingeschätzt wurden. Die Vortragenden sind meistens profilierte Fachkollegen, die es nicht nötig haben, wegen unbedeutender Zuwendungen ihre Fachkenntnisse und ärztlichen Erfahrungen zu verleugnen.

Konsequenzen:

1. Die Arzneimittelmuster haben bei den gut ausgebildeten Ärzten nicht den Effekt, undifferenziert ohne Berücksichtigung von Indikationen, Arzneimittelökonomie und Patientenpersönlichkeit das eigene Therapieverhalten zu beeinflussen, sondern bieten die Möglichkeit, bei selbst entschiedener Therapie manchen Patienten sofort das benötigte Medikament auszugeben. Man erspart den Patienten den sofortigen

Gang zur Apotheke und die dort fälligen Zuzahlungen.

2. Die Arzneimittelmuster dienen damit auch der Kostenersparnis der Krankenkassen.

3. Wenn als Konsequenz der Empfehlung, keine Pharmavertreter mehr zu empfangen, die Pharmavertreter von der Pharmaindustrie entlassen werden, droht in Deutschland eine Welle tausender weiterer Arbeitsloser und die Pharmaindustrie wird andere, unangenehmere Möglichkeiten der Werbung und damit der Ärztebelästigung finden.

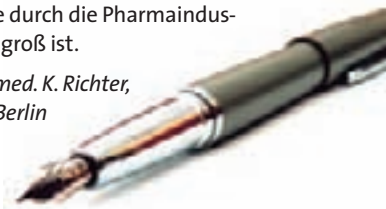
Eine viel dramatischere Einflussnahme der medikamentösen Therapie stellen die Bonusverträge zwischen Pharmafirmen und den Krankenkassen dar. Hierbei erfahren die behandelnden Ärzte manchmal gar nicht oder zu spät, dass der Patient ein anderes Medikament bekommen hat, als verschrieben wurde und es kommt mindestens in Einzelfällen zu falschen Dosierungen mit fatalen Konsequenzen. Ebenso hat die durch vielfältige Werbung erzielte massive Beeinflussung der Menschen zur sogenannten Naturheilkunde geradezu Suchtsymptome erreicht. Diese Werbung hat leider auch schon Ärzte erreicht. Ganz im Sinne der Pharmaindustrie. Erzielt sie doch durch diese Pro-

dukte enorme Gewinne. Und die bei Patienten verbreitete Meinung, Naturprodukte hätten keine Nebenwirkungen, ist natürlich Unsinn. Gegen diese Einflussmaßnahmen könnten die Ärzte effektiver vorgehen als MEZIS es sich vornimmt.

Wenn sich Prof. Ludwig von einem „Werbegeschenk“ Fliegenklatsche mit Werbelogo in seiner Therapieentscheidung beeinflussen lassen sollte, benötigte er wirklich den Verein. Er sollte aber auch nicht vergessen, welche verbesserten medikamentösen Therapieerfolge (z.B. im Vergleich vor 20 Jahren) gerade auch in der Onkologie durch die pharmazeutische Forschung erreicht wurden.

Wenn die Zulassungsgeschwindigkeit neuer Arzneimittel deutlich verkürzt wurde und die vorgelegten Studienergebnisse und Statistiken von den Fachkollegen, der Arzneimittelzulassungskommission nicht ausreichend kontrolliert bzw. falsch bewertet werden, sollte u.U. sogar rechtlich geprüft werden, ob auf dieser Ebene die lobbyistische Einflussnahme durch die Pharmaindustrie zu groß ist.

Dr. sc. med. K. Richter,
12685 Berlin



ANZEIGE

Statistik

Zahl der Lungenkrebserkrankungen gestiegen

Die Zahl der Neuerkrankungen an Lungenkrebs ist in Berlin stark gestiegen. Nach Angaben des gemeinsamen Krebsregisters der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen (GKR) starben in der Hauptstadt im Jahr 2006 insgesamt 1.787 Menschen (1.126 Männer und 661 Frauen) an Lungenkrebs. Zum Vergleich: Fünf Jahre zuvor waren es 1.032 Männer und 620 Frauen. Da Rauchen nach Expertenmeinung für circa 60 % der Lungenkrebsfälle bei Frauen und 80 bis 90 % bei Männern verantwortlich ist, wären etwa 1.300 Todesfälle vermeidbar gewesen. Im gleichen Zeitraum wurden durch das GKR für Berlin insgesamt 2.162 Neuerkrankungen an Lungenkrebs registriert (1.411

Männer und 751 Frauen). Berlin weist damit in Ostdeutschland mit die höchsten Neuerkrankungsraten bei Lungenkrebs auf. Dies gilt insbesondere bei Frauen. Hier ist die Neuerkrankungsrate an Lungenkrebs mehr als doppelt so hoch wie in Sachsen, dem Bundesland mit der bei Frauen deutschlandweit niedrigsten Erkrankungsrate. Während die Neuerkrankungsraten bei Männern seit mehreren Jahren einen sinkenden Trend aufweisen, ist bei Frauen ein stetiger Anstieg zu verzeichnen, der in den letzten zehn Jahren etwa 2 bis 3 Prozent jährlich betrug. Die steigenden Neuerkrankungs- und auch Sterbezahlen bei Frauen zeigen, wie sich das Rauchverhalten junger Frauen seit den 70er Jahren immer mehr dem der Männer annähert.

ANZEIGEN

Kriminalität

Kampf gegen gefälschte Rezepte

Rezeptfälschungen sind in Berlin weiterhin ein großes Problem. Besonders bei der Beschaffung von Tilidin/Naloxon spielen falsche Rezepte eine große Rolle, wie das Landeskriminalamt Berlin betont. Das Vorlegen eines falschen Kassenrezeptes stellt den Angaben zufolge strafrechtlich eine Betrugshandlung, bei falschen Privatrezepten eine Urkundenfälschung dar. Bei gefälschten Kassenrezepten werden in der Regel Blanko-Verordnungen verwendet, die zuvor in Arztpraxen gestohlen wurden. Privatverordnungen werden meist komplett gefälscht.

Aus diesem Grund weist das Landeskriminalamt die Berliner Ärztinnen und Ärzte nochmals darauf hin, Rezeptvordrucke und Praxisstempel sicher zu verwahren. Meist werden diese aus dem Bereich der Anmeldung und dem Sprechzimmer gestohlen. Außerdem sollten bestohlene Ärzte unbedingt Strafanzeige erstatten. Wer Kenntnis von missbräuchlich verwendeten Verordnungen mit seinen Praxisdaten bzw. Rezeptvordrucken bekommt, sollte die zuständige Fachdienststelle informieren:

Der Polizeipräsident in Berlin, Landeskriminalamt
LKA 354 SG2 – Rezeptfälschungsdelikte
Kaiserdamm 1, 14057 Berlin
Tel.: 030/4664 935 600, Fax: 030/4664 935 499

Geschichte

Kaiserin Auguste Victoria Haus vor 100 Jahren eröffnet

Auf dem Programm führende Pädiater, Medizinhistoriker, die Charité-Dekanin und gleich zwei Preußen-Prinzen: Großer Bahnhof für eine Klinik, die es seit 14 Jahren gar nicht mehr gibt: Das vor einem Jahrhundert in Anwesenheit des Kaisers und unter der Schirmherrschaft seiner Frau eingeweihte „Kaiserin Auguste Victoria Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im deutschen Reiche“. Die war damals mit über 20 Prozent weit höher als in den Nachbarländern. Die letzte deutsche Kaiserin, selbst Mutter von sieben Kindern, kümmerte sich höchstpersönlich um „die Linderung dieses Notstandes“, den man vor allem auf den Rückgang des Stillens und auf Ernährungsstörungen durch künstliche Nahrung zurückführte.

Ursprünglich war nur an eine Versuchsanstalt für Säuglingsernährung gedacht und „ein Komplex nicht teurer Baracken“ geplant. Als der Kaiser aber Ludwig Hoffmanns gerade fertig gestelltes Virchow-Krankenhaus sah, beauftragte er den Architekten und seinen Kollegen Alfred Messel mit einem (durch Spenden finanzierten) aufwändigen Bau, den Adalbert Czerny „Säuglingspalast“ nannte. Er und andere Hochschullehrer hatten in dieser „Musteranstalt“ von Anfang an eine Konkurrenz zu den Universitäten gesehen. (Nach Gründung der FU 1948 wurde sie dann selbst Universitäts-Kinderklinik.) Denn hier sollte vor allem eine „Stätte hoher Wissenschaft“ entstehen, wie der Kultusminister bei der Grundsteinlegung sagte. Erst danach nannte er – in blumigen Worten – als Zweck die Versorgung. Was hier tatsächlich entstand, war (nach Rolf Winau) die soziale Pädiatrie. – Heute ist der denkmalgeschützte Klinikkomplex am Heubenerweg Sitz der European School of Management. R.St.

Rehabilitation

Gesund werden in gepflegter Atmosphäre

Die exklusive Reha-Klinik Medical Park Humboldtmühle hat am 26. Mai offiziell Eröffnung gefeiert. Obwohl schon seit Februar in Betrieb lud die Fachklinik für Neurologie, Orthopädie und Kardiologie an diesem Tag zur Besichtigung ein. Zur Eröffnung kamen unter anderem Charité-Chef Professor Karl Max Einhäupl, Professor Roland Hetzer (Ärztlicher Direktor des Deutschen Herzzentrums), Barmer-Chef Johannes Vöcking, der ehemalige Bundesjustizminister Rupert Scholz sowie Ex-Senator Ulf Fink. Die bayerische Medical Park AG – hinter der der Unternehmer Ernst Freiberger steht – hat das historische Ensemble der Humboldt Mühle am Tegeler See mit

einem „mittleren zweistelligen Millionenbetrag“ behutsam modernisiert und erweitert. Rund 300 Arbeitsplätze sind entstanden. Die Klinik bietet knapp 300 Betten, neben den 25 bis 35 Quadratmeter großen Zimmern gibt es 18 Suiten. Der Anteil der Privatpatienten soll den Angaben zufolge künftig rund ein Fünftel ausmachen. Hinzu sollen Patienten aus dem arabischen und russischen Raum kommen. Für diese gibt es beispielsweise eine der beiden Turmsuiten mit rund 150 Quadratmeter Fläche.

Das Hotelambiente schwindet im Schlaganfallzentrum Berlin, das ebenfalls Teil der Reha-Klinik ist. Dazu gehört auch eine voll aus-



gestattete und betreute Intensivstation, die eine lückenlose Rehabilitation gewährleisten soll. Die Reha-Klinik arbeitet dabei eng mit der Charité zusammen, an der sie auch zwei Stiftungsprofessuren eingerichtet hat.

Die Berliner Reha-Klinik stößt in Brandenburg nicht unbedingt auf Begeisterung. Bislang wurde ein Großteil der Berliner Reha-Patienten im Nachbarland sta-

tionär behandelt. Dass jetzt auch Berlin selbst ein derartiges stationäres Angebot hat, hält man für problematisch. Professor Heinz Theres, Chefarzt Innere Medizin/Kardiologie im Medical Park, sieht das gelassener und ist überzeugt, dass man sehr gut nebeneinander existieren könne. Die Humboldtmühle stelle mit ihrem besonderen Profil eine sinnvolle Ergänzung zu bestehenden Angeboten dar.

ANZEIGE

*Grippemittel***Wirksamkeit gegen A/H1N1**

Nach einer Umfrage bei Lesern einer ärztlichen Tageszeitung seien Ärzte zu über 56 % nicht gut auf die Schweinegrippe vorbereitet. Bei weltweit 5134 bestätigten Infektionen (Stand 12.05.09) – davon in Deutschland 12 – und 48 Todesfällen (in Deutschland: 0) scheint die Gefährdung der deutschen Bevölkerung durch den Erreger der Schweinegrippe A/H1N1 derzeit nicht allzu hoch zu sein. Generell kann das Risiko jedoch noch nicht eingeschätzt werden, auch nicht eine mögliche teilweise Wirksamkeit von Grippeimpfungen und einer Postexpositionsprophylaxe mit Neuraminidasehemmern wie Oseltamivir (Tamiflu®) oder Zanamivir (Relenza®). Basierend auf den Symptomen oder bekannten Kontakten mit bestätigten Erkrankungen im Umfeld kann die Gabe eines Neuraminidasehemmers sinnvoll sein. Zu erwägen sind dabei die bekannten unerwünschten Wirkun-

gen dieser Arzneistoffe (z.B. anaphylaktoide Reaktionen und psychiatrische UAW) sowie die Gefahr einer Resistenzbildung bei unkritisch häufigen Verordnungen.

Aktuelle Informationen können auf der Homepage des Robert Koch-Institutes (www.rki.de), aber auch auf Seiten ärztlicher Organisationen wie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (www.kbv.de), nachgelesen werden. Wichtig ist die Kenntnis und Befolgung einer neuen Meldepflichtverordnung (in Kraft seit 03.05.09) bei Krankheitsverdacht, um weitere Informationen über den neuen Erreger zu erhalten. Die Entscheidung, ob die bereits angelaufene Produktion eines Impfstoffes für die nächste Grippesaison gestoppt werden soll, um auf einen Impfstoff mit Antigenen der neuen Influenza A/H1N1 zu wechseln, ist bei weltweit bis zu 500.000 Todesfällen unter der „alten“ Grippe keine leichte Entscheidung.

Quellen: Dt. Ärztebl. 2009; 106(16): C 762, Ärztezeitung Nr. 86 vom 11.05.09, S. 1 und 4

*Elektronische Verschreibungssysteme***Sinnvolle Warnungen?**

In einer amerikanischen Studie wurde der Umgang von Ärzten mit Warnungen zu UAW und Interaktionen aus einem elektronischen Verschreibungssystem untersucht. Die Ärzte akzeptierten 9,2 % der angezeigten Interaktionen und 23 % der Allergien, die sich aufgrund gespeicherter Grunddaten der Patienten ergeben konnten. Die verordnenden Ärzte differenzierten dabei jedoch je nach Schwere der Interaktionen und der Medikamentenklasse, auch wurden Warnungen eher ignoriert, wenn das Medikament dem Patienten schon einmal verschrieben wurde. In einem Kommentar wurde festgestellt, dass es sinnvoll erscheint,

- Warnungen auf wenige, mit hohem Risiko verbundene Interaktionen zu beschränken,

- wiederholte Warnungen zu unterdrücken,
- Warnungen an den jeweiligen Anwender anzupassen.

Darüber hinaus wird empfohlen, zukünftige elektronische Warnsysteme so auszustatten, dass sie aus allen substanz-, therapie- und patientenspezifischen Risiken nur wenige umfassende und klinisch relevante Warnungen generieren.

Die letzte Empfehlung trifft des Pudels Kern, um einen Arzt bei seiner individuellen Verordnung entlasten zu können. Es wird jedoch schwierig sein, ein derartiges Programm zu erstellen und – mindestens genauso wichtig – aktuelle Erkenntnisse zeitnah einzuspeisen. Hierzu bedarf es einer Zusammenarbeit aller medizinischer Fachrichtungen und langjähriger praktischer Erfahrungen.

Quelle: Arch.Intern.Med. 2009; 169: 305-311, zitiert in Dt. Med. Wschr. 2009; 134: 730

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

Alter = Krankheit?

Niedrige Geburtenraten und ein Anstieg der Lebenserwartung sorgen aktuell und in den nächsten Jahrzehnten für eine Verschiebung der Altersstruktur zugunsten des Anteils der älteren Bevölkerung. Mit fortschreitendem Alter ist ein deutlicher Anstieg der Gesundheitsprobleme zu beobachten, sowohl hinsichtlich der Anzahl erkrankter Personen als auch bezüglich der Komplexität der vorliegenden Beeinträchtigungen. Wichtig ist aber auch, dass ein großer Teil der bei älteren Menschen auftretenden Gesundheitsprobleme durch präventive Maßnahmen günstig beeinflusst werden kann.



Dem Thema Gesundheit und Krankheit im Alter widmet sich das Ende Mai 2009 erschienene gleichnamige Buch aus der Reihe „Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung“ am Robert Koch-Institut. Wissenschaftler aus dem Deutschen Zentrum für Altersfragen, dem Statistischen Bundesamt und dem Berliner Robert Koch-Institut haben auf 320 Seiten aktuelle Daten und den gegenwärtigen Stand der Forschung zusammengetragen, gut lesbar und auch für den „Alters“-Laien geeignet. Um die Gesundheit von Menschen, die 65 Jahre und älter sind, geht es dabei. Die Frage „Wer sind die Alten?“ steht am Anfang aller Ausführungen, denn in jeder Diskussion um Gesundheit im Alter wird schnell klar, dass „die Alten“ keineswegs eine homogene Gruppe mit einer Gesundheit sind, sondern aus vielen Gruppen bestehen (kreuzfahrterprobte und walkende Rentner, aber auch gebrechliche Pflegeheimbewohner). Im ersten Kapitel des Buches werden deshalb sowohl theoretische Positionen zum Alter als auch demografische Fakten vermittelt.

Kapitel 2 widmet sich, zumeist auf Basis bevölkerungsrepräsentativer Datenquellen, wie sie in der Gesundheitsberichterstattung verwendet werden, der gesundheitlichen Lage von Men-

schen ab 65 Jahren in Deutschland. Die Thematik dieses zweiten Kapitels lässt sich auf die Frage zuspitzen, ob es mit dem Mehr an Lebensjahren, dass die meisten Älteren (und die meisten von uns) heute erwarten dürfen, zu einer Verlängerung oder Verkürzung der Lebenszeit mit starken Einschränkungen kommt. Die Autoren kommen hier zu einer optimistischen Einschätzung.

Gesundheit im Alter ist nicht einfach Schicksal. Eine ganze Reihe wichtiger Faktoren beeinflussen die gesundheitliche Lage in allen Lebensphasen, so auch im Verlauf des Alterns. In Kapitel 3 werden das Gesundheitsverhalten, die soziale Lage und weitere Aspekte diskutiert.

Gerade wenn sich durch Erkrankungen oder alterstypische Prozesse zunehmend gesundheitliche Probleme einstellen, wird das ambulante und stationäre Versorgungsangebot wichtiger. Kapitel 4 widmet sich der Angebotsseite und greift auch das Thema familiäre und ehrenamtliche Leistungen auf, denn ein großer Teil der Versorgungsleistungen für Ältere Angehörige wird selbst in höherem Alter erbracht.

Das letzte Kapitel des Buches widmet sich den ökonomischen Chancen und Herausforderungen des Alterns für das Gesundheitswesen. Hier wird unter anderem ausgeführt, dass die verstärkte Nachfrage nach Gesundheitsleistungen auch positive Impulse gibt, unter anderem für die Anbieter dieser Leistungen. Neben umfangreicher Informationen bietet „Gesundheit und Krankheit im Alter“ also auch viele Ansatzpunkte für einen positiven Blick auf das hoffentlich gesunde Älterwerden.

Die Print-Ausgabe kann unter gbe@rki.de bestellt werden, die PDF-Datei ist im Internet abrufbar: www.rki.de/gbe

Vortrag in der Urania

Jonitz: Optimierung statt Dezimierung im Gesundheitswesen nötig



Foto: Käse

Einen kritischen Blick auf das deutsche Gesundheitswesen hat der Berliner Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz bei einem Vortrag in der Urania Berlin geworfen. „Der Gesundheitsfonds im Prüfstand. Finanzierung und Versorgung – Wie hängt das zusammen?“ lautete am 2. Juni der Titel der Veranstaltung mit anschließender Diskussion vor interessierten Laien und Fachleuten. Jonitz hatte sich die nicht ganz leichte Aufgabe gestellt, einen umfassenden Überblick über den Aufbau des deutschen Gesundheitswesens zu geben. „Wir leben in spannenden Zeiten“, sagte der Kammerpräsident zur Einleitung. Auf der einen Seite gebe es immer größere medizinische Fortschritte, auf der anderen Seite würde die Bevölkerung immer älter – bei gleichzeitig immer stärkeren Eingriffen von Seiten der Politik. Anders gesagt: Je erfolgreicher die Medizin ist, umso länger sind die Lebenszeiten der Kranken – mit den damit verbundenen Kosten. Wie Jonitz darlegte, blieb der Anteil des Gesundheitswesens am Bruttoinlandsprodukt (BIP) in den vergangenen Jahrzehnten gleich. Gleichzeitig sank die Lohnquote am BIP kontinuierlich, die Lücke zwischen Einnahmen und Ausgaben muss durch stetig steigende Kassenbeiträgen der Kranken-

versicherten geschlossen werden. „Durch den Gesundheitsfonds sollten die Kassenbeiträge sinken und die Versorgung besser werden“, sagte Jonitz, „nichts davon ist eingetreten.“ Verschärft werden die finanziellen Probleme durch die „Verschiebebahnhöfe“ zulasten der GKV in Höhe von 45,5 Milliarden Euro pro Jahr.

Finanzielle Spielregeln bestimmen das Spiel

Jonitz betonte, dass die finanziellen Spielregeln das Spiel bestimmten und nicht die Spieler. Er führte diese These am Beispiel der DRG-Einführung in den Kliniken aus. Bereits im Jahr 2001 hatte die Ärztekammer Berlin vor den Folgen der DRG für die Patientenversorgung gewarnt. Während andere Länder wie Australien DRG durchaus erfolgreich eingeführt hätten, überwiegen in Deutschland die negativen Folgen. „Ich nenne dies das Stradivari-Phänomen. Mit einer Stradivari kann man die Philharmonie füllen, aber genauso gut auch innerhalb von Minuten leeren.“ Oder anders ausgedrückt: Während Australien DRG's partiell zur Optimierung eingeführt habe, gehe es in Deutschland mit der flächendeckenden DRG-Einführung primär um eine Reduktion der Krankenhausbetten, bemängelte der Kammerpräsident.

Mit einem Exkurs in die hochkomplexe Welt des ambulanten Sektors machte Jonitz deutlich, dass nicht die Ärzte die Honorare verteilen. Vielmehr greife der Gesetzgeber massiv in die Angelegenheiten der Selbstverwaltungspartner Ärzte und Krankenkassen ein. „Er betreibt ein ‚Schwarze-Peter-Spiel‘ und setzt alle Betei-

ligten unter Druck“, kritisierte Jonitz. Durch die Festlegung des einheitlichen Kassenbeitrages bestimme das Bundesgesundheitsministerium einerseits die Geldmenge im System, andererseits behalte es sich durch die Rechtsaufsicht über den Gemeinsamen Bundesausschuss auch eine inhaltliche Hoheit vor. Die Folgen sind eine immer größere Institutionalisierung und Industrialisierung der Patientenversorgung. Krankenhaus-Multis, Pharmariesen und MVZs würden gestärkt. Das Gesundheitswesen werde zur „Gesundheitswirtschaft“. „Wir befinden uns in einem rein ideologisch begründeten

Systemwechsel zu einem halbstaatlichen Primärarztsystem“, warnte Jonitz. Die Politik setze dabei alleine auf eine Strategie der Dezimierung: Weniger Ärzte, weniger Krankenhäuser, weniger Krankenkassen. Dem setzt Jonitz ein Modell der Optimierung entgegen. „Eine planvolle Umgestaltung im Gesundheitswesen sollte sich in erster Linie an einer Verbesserung für die Patienten orientieren“, fasste der Berliner Kammerpräsident zusammen. *srd*

Den gesamten Power-Point-Vortrag finden Sie unter: www.aerztekammer-berlin.de/Presse/Vorträge

Online-Portal



Gebündeltes Wissen auf einen Klick

Ein neues anwenderorientiertes Wissensportal für Ärztinnen und Ärzte bietet die Kassenärztliche Bundesvereinigung in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer an. Das vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) entwickelte Online-Portal www.arztbibliothek.de bündelt geprüfte Leitlinien, Praxishilfen, und Patienteninformationen, Cochrane-Reviews, zertifizierte Fortbildungsangebote, Arzneimittelinformationen,

medizinische Online-Zeitschriften sowie Online-Quellen für die verschiedenen ärztlichen Fachgebiete. Ziel bei der Entwicklung des Portals war, eine einfache, nutzerorientierte Suchmöglichkeit zu schaffen – nach dem Motto „Evidenz auf einen Klick“. Die Inhalte werden von den Experten nach relevanten und aktuellen Leitlinien, Evidenzberichten und anderen hochwertigen Quellen systematisch recherchiert.

Patientensicherheit

Intensivseminar Fallanalyse

Wie entstehen Fehler? Welche Faktoren bewirken, dass aus mehreren kritischen Ereignissen und Beinahe-Schäden schwere Zwischenfälle entstehen? Wie kann die Wahrscheinlichkeit reduziert werden, dass sich Zwischenfälle wiederholen?

Aufgrund der hohen Nachfrage und der positiven Resonanz auf unseren Kurs im März dieses Jahres bietet die ÄKB gemeinsam mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit das Seminar „Fallanalyse“ erneut an. Ziel des Seminars ist es, ein

systemisches Verständnis zur Entstehung von Fehlerereignissen sowie praktische Fertigkeiten zur Fallanalyse nach schweren Zwischenfällen zu vermitteln. Sie lernen aufgetretene Fehler und Schadensereignisse zu analysieren und die Ergebnisse zu kommunizieren.

Anhand von Fallbeispielen wird die Technik der Prozessanalyse/Systemanalyse (root cause analysis) eingeübt. Besonderer Wert wird dabei auf die Betrachtung der Organisationsfaktoren wie Sicher-

heitskultur; Arbeiten im Team, Kommunikation, Gestaltung von Arbeitsabläufen u.a.) gelegt.

Anhand von Kurzvorträgen werden die theoretischen Grundlagen vorgestellt. Über Fallbeispiele wird das relevante Wissen konkretisiert und in praktischen Übungen zur Fehleranalyse vertieft. Konzepte der Fehlerentstehung, Sicherheitskultur und Systemanalyse werden praxisnah diskutiert. Die Referenten kommen aus den Arbeitsfeldern der Medizin, Patientensicherheit,

Human-Factors-Forschung, Psychologie und Organisationsberatung.

Das Intensivseminar richtet sich an alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen.

Termin: Donnerstag 17.12.2009 und Samstag 19.12.2009,

Bitte melden sie sich an bei: r.drendel@aekb.de (Die Teilnehmerzahl ist auf 20 begrenzt)

Fragen zum Inhalt: A. Mindel-Hennies Tel.: 030/40806-1403, a.mindel-hennies@aekb.de

Menschen mit Behinderung



Arztbesuch ohne Barrieren

Für Menschen mit Behinderungen, ältere und chronisch kranke Patientinnen und Patienten sind Arztbesuche oftmals durch bauliche, aber auch kommunikative Barrieren erschwert – die freie Arztwahl ist dadurch eingeschränkt. Eine optimale medizinische Versorgung schwerbehinderter Menschen ist nicht immer gewährleistet.

Was heißt barrierefreie Nutzbarkeit von Arztpraxen für Menschen im Rollstuhl, für Sehbehinderte, für Blinde, für Gehörlose oder für Menschen mit Lernschwierigkeiten? Gibt es „Barrieren“ für Ärzte, die es ihnen erschweren, ihre medizinischen Leistungen barrierefrei anzubieten? Wie können

diese Barrieren überwunden werden? Welche Schritte können wir gemeinsam in Berlin gehen, um die gegenwärtige Situation zu verbessern?

Nach Vorträgen über diese Fragen möchten wir mit Ihnen ins Gespräch kommen.

Die Ärztekammer Berlin und der Arbeitskreis „Barrierefreies Gesundheitswesen“ laden Ärztinnen und Ärzte sowie Interessierte anderer Professionen des Gesundheitswesens ein zur Veranstaltung

„Arztbesuch ohne Barrieren“

am 9. September 2009 um 19.30 Uhr in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin.

Klinik-Führer


„Tagesspiegel“ befragt Niedergelassene

Auch in diesem Jahr wird der „Tagesspiegel“ gemeinsam mit Gesundheitsstadt Berlin wieder einen Vergleich Berliner Kliniken und erstmals auch von hochspezialisierten Arztpraxen veröffentlichten. Hierbei bitten die Initiatoren auch erneut um die Unterstützung von niedergelassenen Medizinern. Dazu werden die Ärzte bestimmter Fachgruppen in den kommenden Wochen um ihre Klinik- und Praxisempfehlungen für bestimmte Behandlungen gebeten. Diesmal geht es schwerpunktmäßig zum einen um die Implantation künstlicher Gelenke, Geburtshilfe und um Operationen bei Krebserkrankungen, zum anderen um die ambulante Versorgung beispielsweise von Schmerzpatienten, Diabetes- und Krebskranken.

In den vergangenen zwei Jahren beteiligten sich rund 2.400 niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten in der Stadt an diesen Umfragen, die freundlicherweise von der Ärztekammer Berlin, der KV Berlin und vielen Berufsverbänden unterstützt werden. Die kurzen Fragebögen mit jeweils zwei Fragen zu maximal vier Indikationen wurden in diesen Tagen an die Mediziner der Fachgebiete Allgemeine und Innere Medizin, Augenheilkunde, Orthopädie, Gynäkologie, Urologie und Kinderheilkunde versandt mit der Bitte, diese auszufüllen und mit dem beiliegenden Freiumschlag zurückzusenden. Zusätzlich werden Mitarbeiter des „Tagesspiegel“-Servicecenters Ärzte telefonisch um ihre Empfehlungen bitten.

Sollten Sie als niedergelassener Arzt der oben genannten Fachrichtungen keinen Fragebogen erhalten haben und an der Befragung teilnehmen wollen, so können Sie diese Unterlagen anfordern. Bitte wenden Sie sich dann per E-Mail an den das Projekt betreuenden „Tagesspiegel“-Redakteur Ingo Bach: ingo.bach@tagesspiegel.de

ARZT, AUTOR UND ALMANACH



Begegnungen mit Schreibenden Ärztinnen und Ärzten in Berlin

Uwe Tellkamp, der für seinen Roman „Der Turm“ den Deutschen Buchpreis 2008 erhielt, ist Autor und Mediziner zugleich. Damit gehört er zu einer Vielzahl von Schriftstellern, die auch ärztlich tätig waren, wie etwa Gottfried Benn, Alfred Döblin und Arthur Schnitzler, um nur einige zu nennen. Aber nicht alle Schriftsteller-Ärzte sind so berühmt wie diese drei Schriftsteller des 20. Jahrhunderts.

BERLINER ÄRZTE traf eine Ärztin und zwei Ärzte in Berlin, die sich auf sehr unterschiedliche Art und Weise dem Schreiben widmen.

Von Ulrike Hempel

Blätter des Lebens

Ja, wie bin ich zum Schreiben gekommen?“, fragt Dr. med. Karin Lebede-Blümner und ordnet nochmals fürsorglich den Blumenstrauß, den sie auf einem Spaziergang gepflückt hat. Auch das Tischtuch wird akkurat glatt gestrichen, während die 84-jährige Berlinerin sichtlich damit ringt, wo sie denn nun den Erzählfaden ihrer Lebensgeschichte aufnehmen soll.

Karin Lebede-Blümner (geborene Blümner) stammt aus einer schlesisch-preußischen Akademikerfamilie. Trotz Ausbombung und Russeneinmarsch in Berlin verwirklichte sie ihr Ziel, Ärztin zu werden. Nach Staatsexamen und Promotion 1950 – unter anderem bei Robert Rössle und Ferdinand Sauerbruch – wurde sie Internistin und Kinderärztin, eröffnete 1961 in Wilmsdorf ihre Praxis, folgte 1967 ihrem Mann nach Stuttgart, lebte nach dessen Tod in Füssen sowie in München, um letztlich in ihre Heimatstadt Berlin zurückzukehren.

Eigentlich hat sie schon immer geschrieben. Die ersten Gedichte verfasste sie bereits als junges Mädchen. Nach dem Tod ihres Mannes widmete sie sich diesem Hobby besonders intensiv. Immer wieder hat sie ihre Erinnerungen aufgefrischt. Die Patentöchter wollten vieles von ihr wissen: Wie der Einmarsch der Russen in Berlin war, was Ausbombung bedeutete und wie arm man nach dem Krieg wirklich war. „Deshalb habe ich angefangen, meine Arbeiten im Selbstverlag zu veröffentlichen, was mir dank eines guten Rentenaufkommens möglich ist“, sagt Lebede-Blümner. 1984 erschien von ihr das Buch „Meine Blätter“. Im Frieling-Verlag Berlin ist sie in mehreren Anthologien und mit dem Buch „Blätter des Lebens. Gesammelte Texte einer Berliner Kinderärztin“ vertreten.



Fotos: Ulrike Hempel

Dr. med. Karin Lebede-Blümner

Nicht nur in der Familie ist man an dem reichen Erinnerungsschatz der Berlinerin interessiert. Auch in dem Interview-Film „Geteilte Erinnerungen“ von Monika Wenczel (2005), der Teil der Ausstellung „Wir waren Nachbarn – 109 Biografien jüdischer Zeitzeugen“ ist, schildert sie als eine der elf nichtjüdischen und vier jüdischen Zeitzeugen das allmähliche Verschwinden von Nachbarn, Arbeitskollegen und Schulfreunden im Bayerischen Viertel ab 1933. Lebede-Blümner verlebte ihre Kindheit in der Prinzregentenstraße 96 am Prager Platz. Sie hat übrigens die Patenschaft für einen ‚Stolperstein‘ zum Gedenken an den jüdischen Hausarzt der Familie Blümner, Dr. med. Johann Fedor Gross (Jahrgang 1869), übernommen. Vor dessen Haus erinnert ein mit einer Messingplatte versehener Betonpflasterstein an die Deportation am 28.1.1943 und die Ermordung am 30.5.1943 in Theresienstadt.

Allumfassend gebildet

Lebede-Blümners literarische Arbeiten sind vor allem epische Kleinformen wie Kurzgeschichten und Parabeln, sie schreibt jedoch ebenfalls Sachtexte und Gedichte. Die Themenwahl um-

fasst Kriegserfahrungen, die Liebe zu Tieren, der Natur und insbesondere zur Mineralogie. Aber auch das Kuchenbacken oder das Altern eines Menschen wird angesprochen. Die Suche nach künstlerischen Ausdrucksmitteln ist aus Sicht Lebede-Blümners deshalb so wichtig, weil Mediziner auch immer nach der Vervollkommenheit des allgemein Menschlichen streben sollten. „Der Arzt, der seinen Beruf als menschliche Aufgabe sieht, dem hilft die Kunst in ihrer Vielseitigkeit sehr“, ist die 84-Jährige überzeugt. „Musik, Literatur, Malerei, all das erweitert unser Wesen und eröffnet einen neuen Blick auf das Leben. Das ist es, was der Arzt braucht, um auch ein guter und allumfassend gebildeter Arzt zu sein.“

Berührungspunkte zwischen der Tätigkeit als Kinderärztin und dem Schreiben ergeben sich in Ausführungen etwa zur Rationalisierung und Modernisierung in der Kinderarztpraxis oder auch in dem kurzen Text „Tip: Erste Hilfe bei Nasenbluten“. Eine wesentliche Rolle spielt dabei das Aufsetzen einer Wäscheklammer auf den durch ein Papiertaschentuch gepolsterten Nasenrücken beim sitzenden Patienten. Lebede-Blümner erzählt, sie hat früher einen entsprechenden Spitznamen gehabt: „Sie nannten mich die Kinderärztin mit der Wäscheklammer.“ Obwohl es ihr nicht schwer gefallen wäre, über die Begebenheiten in der Kinderarztpraxis Geschichten zu schreiben, versuchte sie immer beharrlich, Beruf und Hobby voneinander zu trennen. Die Begründung für diese Entscheidung: „Der ärztliche Beruf ist ein sehr ernster. Obwohl Sterben und Tod für mich keine Tabus sind, wende ich mich beim Schreiben lieber dem Lebenden zu. Ich habe auch einfach zu viel schreckliche Dinge erlebt, wie viele Menschen meiner Generation.“

Das klingt auch in einem ihrer Gedichte an, in dem es heißt: „Doch können wir niemals vergessen: Die Toten, die Leere, das Aus.“

Almanach deutschsprachiger Schriftsteller

Lebede-Blümner veröffentlicht seit 1987 auch im Jahresalmanach deutschsprachiger Schriftsteller-Ärzte. Der Almanach 2009 präsentiert im 31. Jahr seines Erscheinens wieder eine Auswahl an Lyrik, Prosa, Analysen und Berichten. Dr. med. Stephan Toboldt, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, ist Herausgeber der von Ärztinnen und Ärzten eingereichten Beiträge. Die Autoren setzen sich unter anderem mit ihrem beruflichen Alltag sowie Problemen und Konflikten der Zeit auseinander oder geben Reiseerfahrungen wieder. Ende 2009 wird der Almanach in der 32. Ausgabe erscheinen.

Bundesverband Deutscher Schriftsteller-Ärzte (BDSÄ)

„Ich bin schon viele Jahre Mitglied im Bundesverband Deutscher Schriftsteller-Ärzte e.V.“, sagt die Kinderärztin. Der Verband wurde 1970 gegründet, hat momentan nach eigenen Angaben bundesweit 114 Mitglieder und ist eine Gesellschaft der Union Mondiale des Ecrivains Médecins (UMEM), der Weltunion der Schriftstellerärzte. „Schriftsteller-Ärzte – eine neue Fachrichtung oder weltfremde Außenseiter?“, diese Frage stellte vor einigen Jahren Dr. med. Rolf Lachner auf dem 28. Bundeskongress der Schriftsteller-Ärzte in Bielefeld. Wie das Deutsche Ärzteblatt berichtete, gab er auch die Antwort: „Das volle Leben selbst gibt immer wieder die Impulse, als medizinisch Tätiger auch zum Schreibstift zu greifen.“ Für Lebede-Blümner liegt der Vorteil einer Mitgliedschaft im BDSÄ auf der Hand: „Bei einem Hobby wie dem Schreiben ist der Austausch in einem Verband sehr fruchtbar. Die Erfahrung habe ich auch bei den Mineralien-Freunden gemacht.“



PD Dr. med. Christoph Spielberg

Krimiautor Spielberg

Auf die Frage, ob er auch Mitglied im Bundesverband Deutscher Schriftsteller-Ärzte ist, antwortet der Internist, Kardiologe und Krimiautor PD Dr. med. Christoph Spielberg (1947 in Berlin geboren) zunächst mit einer Gegenfrage: Gibt es für irgendetwas in Deutschland eigentlich keinen Verband? „Nein, ich gehöre zum ‚Syndikat‘, Autorengruppe deutschsprachige Kriminalliteratur, in der über 500 Krimiautorinnen und -autoren aus Deutschland, Österreich und der Schweiz aktiv sind.“ Gut aufgelegt erzählt er von dem Tag, als das Schreiben von „Syndikat“ mit der Mitteilung kam, dass er in der Endausscheidung für den Friedrich-Glauser-Preis ist. Dieser Krimipreis wird seit über 20 Jahren von „Syndikat“ verliehen und Spielberg erhielt ihn 2002 für „Die russische Spende“ in der Sparte „Debütroman“. „Ich habe in dem Brief immer nach dem Satz gesucht ‚Schicken Sie uns 100 Euro‘, weil ich von diesem Verein der Krimiautoren noch nie gehört hatte.“ Auch die Preisverleihung muss nach Spielbergs Schilderungen unterhaltsam gewesen sein. Während seiner kurzen Dankesrede zeigte er ein Dia: das Ablehnungsschreiben des Piper-Verlags auf seine erste Anfrage, ob sie Interesse am Manuskript hätten.

Vier Mal Dr. Hoffmann

Wie so häufig waren es Freunde, die sagten, dieser Krimi, mit dem Protagonisten Dr. med. Felix Hoffmann, soll nun aber wirklich nicht in der Truhe verschwinden. Zuerst schickte Spielberg sein Manuskript also in die bekannte Runde, die Verlage schickten die üblichen Schönen-Dank-Absagen. Letztlich gelangte „Die russische Spende“ dem Medizinverleger Axel Bedürftig in die Hände, dessen Frau hat das Manuskript zuerst gelesen und es für gut befunden. So kam es dann doch noch zur Veröffentlichung im Piper-Verlag. Und im ersten Vertrag mit Piper wurde dann auch gleich festgelegt, wann der nächste Krimi fertig zu sein hat.

Inzwischen hat Spielberg neben seinem Debütroman drei weitere Hoffmann-Krimis veröffentlicht: „Denn wer zuletzt stirbt“ (2002), „Hundertundeine Nacht“ (2003) und „Der vierte Tag“ (2005). Mit einem Augenzwinkern meint Spielberg, dass es nun ja nicht so ist, dass er vor lauter Berühmtheit nicht mehr auf die Straße gehen kann. „Tatsächlich warte ich aber immer noch darauf, dass ich mal irgendwo jemanden in Berlin sehe, der mit einem Spielberg in der Hand im Café sitzt.“



Fähr tensuche

Wenn man auf Dr. Spielberg und Krimis anspielt, dann sind da schon viele Ähnlichkeiten, erklärt der Autor. Er weiß, wovon er redet, denn Spielberg hat bis 1992 als Oberarzt am Klinikum Steglitz und dann bis 1998 in einer kardiologischen Gemeinschaftspraxis in Potsdam gearbeitet. Heute arbeitet er noch immer als Kardiologe in einer Berliner Praxis, ist jedoch zugleich als Autor tätig. Die Entsprechung bei Arzt und Krimiautor besteht seiner Meinung nach darin, dass der Patient zum Internist kommt und ihm erst mal etwas erzählt. Er will ein Problem gelöst haben, das heißt für den Internisten: Diagnose – sprich Indizien – finden, also Tests und Untersuchung machen. Da kommt man schon mal auf die falsche Fährte oder eben, bei etwas Glück, auch auf die richtige. Wenn der Arzt auf der falschen Fährte bleibt, stirbt der Patient eventuell. Spielbergs Erfahrung: Das Besondere am Krimi und am Patienten ist, dass man mit der richtigen Diagnose, mit der Wahrheit, nicht unbedingt jedem einen Gefallen tut. Die Wahrheit löst nicht unbedingt das Problem.

„Das positive Feedback ist beim Schreiben größer. Eigenartigerweise, denn eigentlich finde ich die Arbeit als Arzt wichtiger als das Bücherschreiben.“ Er erklärt, was er damit meint. „Den dankbaren Patienten gibt es leider nicht mehr. Heute kommen Patienten mit dem Anspruch zum Arzt: Mach mich schnell gesund und wenn das nicht klappt, kann das nach allem, was ich in der Apothekerzeitschrift gelesen habe, nicht daran liegen, dass meine Krankheit nicht heilbar ist, sondern dass du zu blöde bist.“ Mit dem Schreiben komme man natürlich aus diesem unmittelbaren Interessiertenkreis raus. Aber Spielberg betont, dass er keine Bücher schreibe, um irgendwelche Anliegen gesundheits-, sozial- oder berufspolitischer Art zu verbreiten, sondern einfach, weil es ihm Spaß macht. „Ich setzte mich doch nicht hin und schreibe über Ulla Schmidt.

Klar, ich stelle die Schwierigkeiten in unserem Beruf dar, aber ansonsten bin ich eher ein Genussschreiber. Bei mir heißt es hinsetzen, anfangen, schreiben, tun.“

Verbindet Mediziner und Schriftsteller der analytische Blick? Spielberg sagt, darüber denkt er nicht viel nach, habe aber mal einen schönen Satz gelesen: Vögel sind nicht unbedingt gute Ornithologen. Ein Autor, der furchtbar viel über seine Bücher sagen kann und erklärt, was genau er sich dabei gedacht hat, ist ihm schon immer ein bisschen suspekt gewesen. Natürlich erfährt man als Arzt unglaublich viele Geschichten. Meist beginnen sie mit: „Ich darf mal kurz ausholen, auch wenn Ihre Zeit begrenzt ist.“

Schriftsteller dasein und ärztlicher Alltag

„Hat beides was“, meint Spielberg. Früher hat man möglicherweise gesagt, das Arztsein ist wegen der Nachtdienste wunderbar zum Schreiben. Aber diese

Zeiten sind vorbei, denn der Nachdienst ist inzwischen, obgleich die Krankenhausträger das abstreiten, genau so intensiv wie der Tagdienst. Zum Schreiben ist nach Spielbergs Erfahrung die Befreiung von diesem Ich-bin-unter-Druck wichtig. Andererseits, ein bisschen Druck ist gut, Spielberg schafft dann mehr: „Als ich noch als Klinikarzt gearbeitet habe, hat das mit dem Schreiben zeitweise besser geklappt als jetzt bei reduzierter ärztlicher Tätigkeit.“ Sein Alltag sieht in etwa so aus, dass er sehr früh aufsteht, zwei Stunden schreibt, dann die Praxis macht, danach die Beine hochlegt und abends noch etwas schreibt. Er braucht die Distanz zum Arztberuf nicht, weil er ja darüber schreibt, versichert er und meint: „Das tägliche Leben und der Beruf sind meine Stichwortgeber.“ Aber natürlich kommt man nicht groß weiter mit der Einstellung das-merke-ich-mir. Man muss sich schon Stichpunkte machen, die dann, wenn man sie am Schreibtisch braucht, meist verloren gegangen sind. „Ich notiere mal hier und da ein Satz oder wenn man sich als Arzt besonders



L iteraten und Mediziner, schrieb Marcel Reich-Ranicki, sind „Fachleute für menschliche Leiden“. Daher gibt es zwischen ihnen viele Berührungspunkte: „So darf man denn sagen, dass sie Geschwister sind – die Medizin und die Literatur“. So wird sich die 15. Jahrestagung der Viktor von Weizsäcker Gesellschaft vom 16. bis 18. Oktober 2009 in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Literaturarchiv Marbach dem Thema „Krankheit und Sprache“ zuwenden.

Krankheitserfahrung und Krankheitsdarstellung, aber auch der diagnostische und therapeutische Umgang mit der Krankheit bedürfen der Vermittlung durch die Sprache. Oft sind es markante Beispiele der Literaturgeschichte, die maßgebliche Anregung für die Herausbildung einer ärztlichen Grundhaltung geben. Literatur vermag es, Krankheiten in ihrer ganzen Komplexität und Kompliziertheit zu beschreiben, ohne einen Anspruch auf wissenschaftliche Nachprüfbarkeit erfüllen zu müssen. Die literarische Beschreibung darf unvollständig, unverbindlich und sogar unverständlich sein. Krankheit kann somit als Frage nach dem persönlichen Sinn einer Erkrankung oder auch nicht-medizinischen Bezügen zur Biographie des Kranken oder unter religiösen, philosophischen Gesichtspunkten thematisiert werden, ohne Prognosen oder Handlungsanweisungen zu liefern.

blöd angestellt hat.“ Meist passen die Notizen auch nicht wirklich ins Konzept. Obwohl Spielberg in der Regel kein Konzept hat, wie er zugibt, sondern sich das Meiste erst beim Schreiben entwickelt. Trotzdem ist er nicht der Typ, der alles in einem Wurf aus sich herausschreibt. Auch er feilt immer noch bisschen rum, „aber zweimal drüber muss reichen.“

Tatort Praxis?

Manchmal kommen Patienten zu Spielberg in die Sprechstunde, die wol-

len nicht nur vom Kardiologen untersucht werden, sondern auch ein Autogramm haben. „Ja, das ist bisschen dämlich für den Arzt, aber der Autor freut sich.“ Sicher hat seine Figur Dr. Felix Hoffmann auch ein paar Spielberg-Dinger. Aber das bereitet ihm keine Sorgen, „denn ich kann das als Autor wirklich nicht beeinflussen“. Außerdem weiß ja keiner, ist Spielberg wirklich so oder will er gerne so sein oder ist das gerade seine Antifigur. Einige meinen, mit seiner literarischen Darstellung der

ärztlichen Wirklichkeit in Berlin ist er ziemlich nah dran an der Realität. Dann können die Reaktionen auf seine Bücher aber nicht nur positiv gewesen sein. „Doch“, erzählt Spielberg, „die meisten Kollegen haben sich sehr amüsiert. Die Krimis sind ja auch kein Angriff, der sagt, alle Ärzte sind doof.“ Manchmal fühlte sich ein Kollege oder eine Kollegin gemeint, an den oder die er gar nicht gedacht hat. Nach jedem neu erschienen Buch ging das große Ratespiel los, welcher Protagonist



Foto: Frank Eidl

Eckart von Hirschhausen ist Redner, Moderator, Kabarettist und Bestsellerautor. Er brachte und bringt seine Leserschaft unter anderem mit den Büchern „Glück kommt selten allein“ (2009), „Die Leber wächst mit ihren Aufgaben“ (2008) und zahlreichen anderen Veröffentlichungen zum Lachen.



denn nun in Wahrheit wer ist. Das ist insofern lustig, weil in der Regel niemand wirklich so interessant ist, dass er eine Figur im Buch ausfüllen kann, beteuert der Autor. Seine Krimis sind Mosaik aus unterschiedlichen Charakteren und Begebenheiten. „Das Einzige, was wirklich real ist, ist der Handlungsort. Der Weg in die Pathologie führt im Klinikum Steglitz wirklich an der Müllabfuhr vorbei.“ Manche Dinge sind in der Realität so absurd, die kann man sich nicht besser ausdenken.

Kriminelle Energie

Fakt ist, woher Spielberg seine kriminelle Energie nimmt, um spannende Krimis über Krankenhausfinanzierungsgesetz, Bettenabbau, Privatisierung der Krankenhäuser, Mord, Geldwäsche, Russen-Mafia, Geiselnahme auf Intensivstation etc. zu schreiben: „Ich bin ein furchtbarer Angsthasen. In jeder Lebenslage kann ich mir die schlimmstmögliche Konsequenz vorstellen.“ Es gibt für ihn keine Situation, in der man sich nicht überlegen kann, wie sie katastrophal ausgehen

könnte. Er nimmt sich dabei nicht besonders ernst, sagt er, aber es funktioniert immer: „Vor allem beim Schreiben brauche ich die Sachen nur zielstrebig zu Ende zu denken.“ Sein gedankliches Katastrophenmanagement ist zumindest so erfolgreich, dass einer seiner Leser im Internet fordert: „Der Mann sollte weiter schreiben. Ich warte auf ein neues Buch!“

Verfasserin:

Ulrike Hempel
Medizinjournalistin

„Am besten mag man Menschen“

INTERVIEW mit Dr. med. Eckart von Hirschhausen

BÄ: Was verbindet Ihrer Meinung nach Ärzte und Schriftsteller?

E. Hirschhausen: Heilkunst und Schreibkunst brauchen Neugier, Beobachtungsgabe und gleichzeitig reflektierende Distanz. So wenig wie ein Arzt bei allem Mitgefühl mit den Patienten mitleiden sollte, schafft auch der liebevoll-distanzierte Blick von außen auf das eigene Leben und das der anderen die komische Fallhöhe. Und das automatisiert sich mit den Jahren. Wenn ich eine schöne Frau sehe mit einem Dekolleté, wo schau ich sofort hin – auf die Schilddrüse.

Einmal Arzt, immer Arzt. Und am besten mag man Menschen. Aber das würden der Krimiautor und der Pathologe auch für sich in Anspruch nehmen. Und wer lesen kann, ist in beiden Berufen klar im Vorteil.

BÄ: Was trennt sie?

E. Hirschhausen: Dass es Kabarett nicht auf Krankenschein gibt – warum eigentlich nicht? Ein weiterer Unterschied: Es gibt noch mehr verhinderte Ärzte als verhinderte Schriftsteller. In den Verlagen häufen sich unaufgefordert eingesandte Manuskripte, aber auf Partys häufen sich noch mehr unaufgeforderte zweite Meinungen zu Gesundheitspolitik, Schulmedizin und Kohlehydraten am Abend.

BÄ: Welche handwerklichen Kniffe lassen sich vom Arztsein auf das Autorsein übertragen?

E. Hirschhausen: Skalpell, Tupfer und Wiedervorstellen im nächsten Quartal. Und ein gewisser missionarischer Eifer, mehr zu nutzen als zu schaden. Den merkt man mir jedenfalls immer an, auch wenn ich versuche ihn hinter der komischen Fassade zu verstecken.

BÄ: Was zeichnet aus Ihrer Erfahrung den literarischen Stil von Schriftsteller-Ärzten aus?

E. Hirschhausen: Wer sind schon „Die Ärzte“ – eine Rockband! Ärzte sind so wenig eine homogene Gruppe wie die Männer, die Frauen oder die Steinböcke. Nur bei Ärzten gilt es automatisch als etwas Besonderes, wenn sie schreiben oder musizieren. Ärzte-Orchester sind bekannter als Juristen-Sudoku-Interessensgemeinschaften oder WurstwarenfachverkäuferInnen-Streichquartette. Ich habe im Studium noch gelernt: Man kann Läuse und Flöhe haben – und so kann man Arzt sein und Mensch, Mediziner und Frau, abends lesen und tags lasern. Die Heilkunst hat als „Querfach“ immer schon vielseitig interessierte Querdenker angezogen – und wenn die nicht alle an den absurden Zugangsbarrieren gescheitert sind, dann denken sie noch heute!

Das Interview führte Ulrike Hempel.

Genesis und Genetik

Die einleitende Jubiläums-Ringvorlesung der Charité

Im Darwinjahr ist die alte Kontroverse zwischen Wissenschaft und Religion wieder entbrannt, vor allem in Amerika. Dagegen ist das Feuer dieses Streits im säkularen Berlin eher ein Glimmen. Das zeigte der erste Abend der öffentlichen „Ringvorlesung 2009-2010 – 300 Jahre Charité – Die Evolution der Medizin“. Diese hochrangig besetzte Ringvorlesung ist wohl einer der vernünftigsten Jubiläumsbeiträge; sinnvoller allemal als die von der ewig klammen Charité für den Herbst 2010 geplanten internationalen Kongresse. „Keene Strümpe – aba Gamaschen“, wäre der passende altberliner Kommentar dazu.

Betont wissenschaftlich gab sich der Theologe Richard Schröder im ersten Vortrag des Eröffnungsabends, „Evolution und Schöpfung“. Er erwähnte die Schöpfungsmythen der Polynesier, der Azteken und auch die des alten Babylons, unter deren Einfluss die Juden im babylonischen Exil ihre biblische Genesis entwickelten. Auch das Christentum – so Schröder weiter – wurde von antiken Weltanschauungen mitgeprägt, zum Beispiel von der hellenistischen Kosmogonie. Dann skizzierte er die Wissenschafts- und Philosophiegeschichte bis zur Fortschrittsgläubigkeit der Aufklärung und zum vor-darwinistischen „Evolutionismus“ des 19. Jahrhunderts, der an eine ständige Höherentwicklung glaubte, ganz im Gegensatz zu Darwin. Daher, nach anfänglicher Begeisterung, die distanzierte Haltung von Marx und Engels gegenüber Darwin.

Widerspruch kam auch von Naturwissenschaftlern, die trotz der Evolution das göttliche „Design“ retten wollten, sagte Schröder. Darwin beschränkte sich darauf, die innerweltlichen „Sekundärursachen“ zu erforschen; die „erste Ursache“ ließ er außen vor: „Das Mysterium vom Anfang aller Dinge können wir nicht aufklären; und ich jedenfalls muss mich damit zufriedengeben, Agnostiker zu bleiben“, heißt es in seiner mit 67 Jahren begonnenen Autobiographie. Aber seine ketzerische Skepsis plagte ihn lebenslang, wie die Tagebücher zeigen.

„Mutation ist so etwas wie Würfeln, mit einem Zufallsresultat“, meinte der Theo-

logieprofessor zum Schluss. „Dass es uns gibt, ist von vielen Zufällen abhängig – oder ein Wunder; je nach Einstellung.“ Er findet es in Ordnung, dass die Naturwissenschaften zur Erklärung bestimmter Phänomene „nicht Gott verwenden“. – Schröders abgehobene Neutralität brachte später in der Plenumsdiskussion eine Teilnehmerin in Rage. Der Redner habe sich in die Vergangenheit geflüchtet und sein Thema verfehlt, meinte sie.

Unsere weitläufige Verwandtschaft

Die Ärzte im Auditorium des Langenbeck-Virchow-Hauses fesselte dagegen der zweite Vortrag des Abends offenbar sehr. Karl Sperling, „einer der dienstältesten Humangenetiker Deutschlands“ (wie Ex-Charité-Chef Detlev Ganten ihn vorstellte), reflektierte frei die Vortragstitelfrage, ob es eine „neue evolutionäre Medizin“ geben werde. Eine alte evolutionäre Medizin gibt es jedenfalls gar nicht. Noch im 18. Jahrhundert galt die Präformationstheorie, wonach der Mensch gleich nach der Zeugung als Winzling (Homunculus) schon voll ausgebildet ist. Bereits seit Haeckel ist bekannt, dass wir – mit Kiemenbögen und Schwimmhäuten – in unserer individuellen Ontogenie in utero die Phylogenie der Wirbeltiere zeitraffend rekapitulieren. Fast alle angeborenen Fehlbildungen repräsentieren eine frühe Evolutionsstufe; bei Amphibien zum Beispiel sind die Herzkammern noch ungetrennt.

Und nicht nur mit den Wirbeltieren sind wir eng verwandt. Mit einem Beispiel verwies Sperling auf die „Universalität des genetischen Codes“: Bakterien bilden menschliches Insulin! Pflanzliche und tierische Zellen sind im Prinzip gleich. Alles Indizien dafür, dass die Evolution nicht bloß eine Theorie ist.

Medizin: Wissenschaft und Unsinn

Aber was bedeutet das für die Medizin? Je erfolgreicher sie in der lebensverlängernden Behandlung zum Beispiel der Infektionskrankheiten wurde, desto mehr traten die genetisch bedingten Leiden in den Vordergrund, sagte Sperling. Dennoch sind die dominierenden Gesundheitsprobleme heute umwelt- oder besser verhaltensbedingt, und als die wichtigsten Ärzte Deutschlands nannte der Genetiker: „Dr. Diät, Dr. Non-Smoking, Dr. Jogging, Dr. Sudoku und Dr. Fröhlich“...

Sperling betonte, dass die Medizin keine Naturwissenschaft ist, sondern sich ihrer nur bedient und eher als soziale Wissenschaft gelten muss, wie schon Virchow wusste. Jedoch – so seine Kritik – bedient die Medizin sich keineswegs immer der Wissenschaft. In der Podiumsdiskussion zitierte er Konrad Lorenz: Es sei das Privileg des Menschen, an Unsinn zu glauben. Dazu Sperling: „Die Medizin ist voll davon, ich denke zum Beispiel an die Homöopathie. Auch Astrologie oder Zahlenmystik – reiner Unsinn!“

Das hat für ihn mit der Evolution zu tun: Der Verstand entwickelte sich eigentlich zum Überleben, nicht zum Erkennen. Darauf entspann sich eine Kontroverse zwischen den beiden Rednern. Schröder: „Wenn Sie sagen, das ist evolutionär bedingt, dann schaffen Sie Falsch und Richtig ab!“ Sperling: „Wissenschaft stellt alles in Frage. Es ist bekannt, wie schnell gesichertes Wissen überholt ist – im Unterschied zur Religion.“ Als Ganten wahrhaftig die Gretchenfrage stellte, erwiderte er: „Als Wissenschaftler bin ich Naturalist, als Mensch Atheist, aber noch in der evangelischen Kirche“, und zitierte die Ringparabel aus Lessings „Nathan“: Der Ring „hatte die

geheime Kraft, vor Gott und Menschen angenehm zu machen ...“ Sperlings Deutung: „Also geht es darum, wie man sich verhält.“ (Das passt zu Darwins Bemerkung in „Mein Leben“ über den „Schiedsspruch aller Weisen, dass die höchste Befriedigung sich einstellt, wenn man ganz bestimmten Impulsen folgt, nämlich den sozialen Instinkten“.)

Aus Mediziner*innen Ärzte machen

Dass angehenden Ärzten kaum ein angemessenes Verhalten gegenüber den Patienten vermittelt wird, war ein wichtiges Thema der Plenumsdiskussion. „Wie macht die Charité den Mediziner zum Arzt?“, fragte Ganten. Die Universität soll den Studenten Verfügungs- und Orientierungswissen vermitteln, meinte Schröder. Dass Letzteres in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung oft versäumt wird, dafür zog Charité-Chef Karl Max Einhäupl exemplarisch die ärztliche Sterbebegleitung heran: Gerade Sterbende haben häufig ein enormes Bedürfnis nach Religion. Aufgabe des Arztes ist es, sich vorsichtig an den Kranken heranzutasten und ihn in seiner Position zu bestärken, statt ihm die eigene Meinung auszudrücken. „Nicht Religiosität macht den Arzt aus, sondern Respekt vor dem Patienten und dessen Religiosität.“

Auf den Modellstudiengang, der neue Schwerpunkte setzen soll, verwies Charité-Dekanin Annette Grüters-Kiesslich: Außer um wissenschaftlich fundierte Fachkompetenz wird es auch um das persönliche Verhalten des Arztes gehen.

Rosemarie Stein

**Die nächste Ringvorlesung findet am 1. Juli von 19 bis 21 Uhr im Langenbeck-Virchow-Haus statt.
Der Titel: „Pharmakogenetik – Der Weg zu maßgeschneiderten personalisierten Arzneimitteltherapie.“**

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-Fortbildungskalender** auf der Homepage der Ärztekammer unter www.aerztekammer-berlin.de (im Portal „Ärzte“/„Fortbildung“/„Fortbildungskalender“) recherchiert werden. Hier sind auch – soweit verfügbar – nähere Informationen zu Unterthemen

und Referenten sowie die Fortbildungspunktzahl und Kontaktdaten hinterlegt. Der Fortbildungskalender 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
07.09.-16.09.2009 (Kursteil A1) 16.09.-25.09.2009 (Kursteil A2) 02.11.-11.11.2009 (Kursteil B1) 11.11.-20.11.2009 (Kursteil B2)	Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr Kurs A, B: jeweils 920 € Kurse A1, A2, B1, B2: jeweils 460 €	60 P pro Kursteil
26.09.2009	8-Stunden-Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde im Strahlenschutz für die Röntgendiagnostik nach Röntgenverordnung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr 130 €	9 P
Teil A: Allgemeine Grundlagen 04.09.-05.09.2009 Teil B: Illegale Drogen 13.11.-14.11.2009 Teil C: Alkohol, Nikotin und Medikamente 16.10.-17.10.2009 Teil D: Motivierende Gesprächsführung 05.02.-06.02.2010	Veranstaltungsreihe der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Suchtakademie Berlin-Brandenburg zum Erwerb der Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“	DRK Kliniken Mitte Haus E Drontheimer Str. 39-40 13359 Berlin	Information: Ärztekammer Berlin Tel.: 40806-1301 und 40806-1303 Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 130 € je Kursteil (eine Ermäßigung für arbeitslose Ärzte, PJ-Studenten und Arzthelferinnen ist möglich)	15 P pro Teil
TERMINPLANUNG: HERBSTKURS 2009 3 Präsenzmodule: 07.-12.09.2009 02.-07.11.2009 07.-11.12.2009	Weiterbildungskurs „Ärztliches Qualitätsmanagement“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge des Eingangs berücksichtigt. (weitere Informationen s. S. 23)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1400 E-Mail: QM-Kurs2009@aekb.de	50 P pro Modul
BITTE BEACHTEN – NEUER TERMIN: 20.11.-21.11.2009	16-Stunden-Kurs „Qualifikation von Transfusionsbeauftragten und -verantwortlichen“	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1401 E-Mail: r.drendel@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 120 €	16 P

Workshop im Rahmen des 57. Ärztekongresses Berlin/ Charité Fortbildungsforum

An und mit Leitlinien arbeiten

Die Veranstalter möchten mit dem Workshop eine Ära einleiten, die von einem intensiven Erfahrungsaustausch zwischen niedergelassenen und stationär tätigen Kollegen getragen ist. Absolute Praxisrelevanz soll dabei eine ebensolche Rolle spielen wie die aktuelle Aufbereitung neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse auf evidenzbasierter leitlinienorientierter Basis.

Nationale Versorgungsleitlinien setzen besonders da an, wo das Informationsdefizit und die Brüche in der Kommunikation am größten sind: an den Übergängen der Fachbereiche und Versorgungsstrukturen. Ihre Anwendung von Klinikern und Praktikern in gleicher Weise kann entscheidend dazu beitragen, dass aus Schnittstellen Nahtstellen werden. Außerdem sind diese Leitlinien Ausgangspunkt für ein Qualitätsmanagement, für die Festlegung von Qualitätsindikatoren, für Praxishilfen, die im Arzt-Patienten-Gespräch eingesetzt werden können und für Patientenleitlinien.

Was Nationale Versorgungsleitlinien leisten können, wie sie entstehen, welche Produkte man aus ihnen noch erstellen kann und wie ihre Qualität beurteilt werden kann, ist Bestandteil des interaktiven Workshops. Die Teilnehmer werden auch diskutieren, für welche Fragestellungen solche Versorgungsleitlinien „die“ Lösung sind und welche Fragen (derzeit noch?) offen bleiben.

Referentin

Dr. med. Susanne Weinbrenner, MPH
Bereichsleitung Evidenzbasierte Medizin und Leitlinien/ Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)

Veranstaltungszeitpunkt/ -ort: 10.09.2009 / 14:15-17:30 Uhr; Campus Virchow Klinikum, Lehrgebäude

Information/Organisation: www.aerztekongressberlin-charite.de
Tel.: 030 / 85 99 62-33; E-Mail: aerztekongress@ctw-congress.de
Anmeldung erforderlich! / Mit 4 Fortbildungspunkten anerkannt.

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 Herbst 2009 als Kompaktkurs innerhalb von drei Monaten veranstaltet. Die drei intensiven Wochen der Präsenzphase werden durch eine 50-stündige Phase des Selbststudiums ergänzt. Ärzte 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 begrenzt.

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:	Präsenzwoche 1:	07.09.2009 bis 12.09.2009
	Präsenzwoche 2:	02.11.2009 bis 07.11.2009
	Präsenzwoche 3:	07.12.2009 bis 12.12.2009

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Weitere Informationen erhalten Interessenten:

telefonisch unter Tel.: 40 806-1207 (Organisatorisches) und
Tel.: 40 806-1400 (Frau Markl-Vieto, Inhaltliches) oder
per E-Mail: QM-Kurs2009@aekb.de

57. Ärztekongress Berlin Charité Fortbildungsforum

in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer
und der Ärztekammer Berlin

Berlin, 10.-12.09.2009

Kongresspräsidium und Organisation

Prof. Dr. Jürgen Scholze (Kongresspräsident), Prof. Dr. Ulrich Frei,
Prof. Dr. Reinhold Kreutz, Prof. Dr. Reinhard Gotzen

Veranstaltungsort

Charité – Universitätsmedizin Berlin/ Campus Virchow Klinikum,
Lehrgebäude, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin

Schwerpunkthemen: Kardiologie/ Hypertonie/ Thrombose – Onkologie –
Gastrointestinale Erkrankungen – Hauterkrankungen und Neurologie in
der Hausarzt-Praxis – Pulmologie – Endokrinologie/ Stoffwechsel –
Schmerz

Kursprogramm (Vor Anmeldung erbeten): Sonographie – Abdomen,
Gefäße – Echokardiographie – Reanimation – Bronchoskopie –
Raucherentwöhnung – Lungenfunktionsdiagnostik – Langzeit-EKG –
Hypertonie – Akupunktur

Information/ Organisation: www.aerztekongressberlin-charite.de;
Tel.: 030 / 85 99 62-33

Mit Fortbildungspunkten anerkannt.

Impfungen in der Praxis

Praxisrelevantes Tagesseminar zu den aktuellen STIKO-Empfehlungen und den allgemeinen Grundlagen von Aufklärung bis Impfversager, Nutzen-Risikoabwägung in der Schwangerschaft, Reiseimpfungen und praxisrelevante Fragen.

Termin: Sonnabend, 5. Dezember 2009, 9:00 – 17:30 Uhr

Referenten:

Dr. med. Carola Börner, Ehem. Leiterin des Kinder- und
Jugendgesundheitsdienstes Berlin-Mitte
Dr. med. Christof Schaefer, Beratungszentrum f. Embryonaltoxikologie,
Berlin
Dr. med. Christian Schönfeld, Institut für Tropenmedizin, Berlin
Dr. med. Wolfram Singendonk, Kinder- und Jugendärztliche
Gemeinschaftspraxis, Berlin

Kursgebühr: 100 Euro (inkl. Verpflegung), 10 Fortbildungspunkte

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Anmeldungen bitte an: Ärztekammer Berlin, Tel.: (030) 408 06 1215
Fax: (030) 408 06 55-1399, E-Mail: fb-aag@aekb.de

ANZEIGE



„Brot für die Welt“
das ist die Bereitschaft
zum Teilen

www.brot-fuer-die-welt.de

Wider das Versprechen der unbegrenzten Leistung

Bericht vom 112. Deutschen Ärztetag in Mainz

Der diesjährige Deutsche Ärztetag hat es sich nicht leicht gemacht. Das vom Präsidenten der Bundesärztekammer, Professor Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe, aufgebrachte Leitthema Priorisierung stieß unter den Delegierten und in der Öffentlichkeit auf geteiltes Echo. Immer wieder spielte der Kampf um die Selektivverträge und die Honorare in die Diskussion hinein. Auf dieses rutschige Parkett begab sich Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt im Wahljahr gleich gar nicht. Sie hatte ihren Staatssekretär Klaus Theo Schröder geschickt, der mal wieder die seit Jahren wiederholte Mär von der „bestmöglichen Medizin für alle“ verkündete.

Von Sascha Rudat

„Mangelversorgung ist in Deutschland Realität“, fasste Hoppe die Situation der Patientenversorgung in der Bundesrepublik in seiner Eröffnungsrede zusammen und sprach damit vielen Ärztinnen und Ärzten, die an das Ufer des Rheins

zum Ärztetag gekommen waren, aus der Seele. Zugleich hob er hervor, dass die deutschen Mediziner eine derartige Mangelversorgung nicht möchten, „aber wir wollen auch nicht weiterhin für den staatlich verordneten Mangel in den

Praxen und Kliniken verantwortlich gemacht werden“. Mit dem Thema wolle er bewusst eine öffentliche Diskussion provozieren. „Der richtige Umgang mit der Mittelknappheit wird zweifellos eine der wichtigsten Herausforderungen für unser Gesundheitswesen in den nächsten Jahren.“ Wer sich wie viele Politiker hinstelle und erkläre, die umfassende Gesundheitsversorgung sei sicher, sage schlicht nicht die Wahrheit, betonte Hoppe mit Blick auf die Rede von Gesundheitsstaatssekretär Schröder.

Der Bundesärztekammerpräsident erklärte, dass mit Priorisierung eine Auswahl gemeint sei, welche Therapieformen für welche Patienten in Zukunft zur Verfügung stehen und welche nicht

– unter Berücksichtigung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen und Verfahren. Am unteren Ende einer solchen Rangfolge würden dann Verfahren stehen, für die es keinen messbaren Nachweis ihrer Wirksamkeit gibt.

„Priorisierung kann dazu beitragen, die knappen Mittel nach gesellschaftlich konsentierten Kriterien möglichst gerecht zu verteilen“, sagte Hoppe und forderte deshalb die Errichtung eines Gesundheitsrates, in dem Ärzte gemeinsam mit Ethikern, Juristen, Gesundheitsökonomen, Theologen, Sozialwissenschaftlern und Patientenvertretern Empfehlungen für die Politik entwickeln sollen.

Hoppes Vorschlag stieß auf viel Zustimmung, aber auch auf Kritik, die sich aber weniger um den Inhalt seiner Rede drehte, sondern primär um innerärztliche Verteilungskämpfe. Der Berliner Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz warnte die Ärzteschaft in diesem Zusammenhang davor, sich von der Politik auseinander treiben zu lassen. „Die Wahrheit ist dem Menschen zumutbar. Wir müssen den Deutschen Ärztetag dazu nutzen, Rationierung öffentlich zu machen. Warum sagt Ulla Schmidt nicht, dass Vorbildsysteme wie Großbritannien und Skandinavien rationieren und priorisieren?! Das Problem wurde von der Politik verdrängt, jetzt sorgen wir dafür, dass es sie einholt“, unterstrich Jonitz unter Beifall.

Im beschlossenen Grundsatzpapier forderte die verfasste Ärzteschaft unter anderem eine Stärkung der ärztlichen Selbstverwaltung, eine stärkere Eigenverantwortung der Krankenversicherten, eine flächendeckende Sicherstellung der wohnortnahen ambulanten Versorgung sowie den Erhalt der PKV. Die zunächst beschlossene Forderung, das Kostenerstattungsprinzip generell einzuführen, wurde im Verlauf des Ärztetages in 2. Lesung an den BÄK-Vorstand überwiesen – sehr zum Leidwesen einiger Delegierter (s. dazu auch die Stimmen der Berliner Delegierten auf S. 27 f.). Nach dem Willen des Ärztetages soll der Gesundheitsfonds vollständig neu überdacht werden. Es sei vielmehr eine strukturelle Weiterentwicklung der GKV notwendig.



Kammerpräsident Jonitz: „Das Problem wurde von der Politik verdrängt.“

Foto: Rudat

Ärztetag gegen weitere Patientenschutzgesetze

Der Tagesordnungspunkt „Patientenrechte in Zeiten der Rationierung“ setzte das Leitthema Priorisierung dann unmittelbar fort. Hoppe versuchte deutlich zu machen, dass weitergehende Patientenschutzgesetze nicht notwendig seien. Die Ärzteschaft bekenne sich zu einem partnerschaftlichen Kooperationsmodell zwischen Arzt und Patient. Es sei verfehlt, nur einseitig von Pflichten des Arztes und den Rechten des Patienten zu sprechen. „Patientenrechte sind nicht durch die Ärzteschaft, die sie mittelbar durch ihre Pflichten realisiert, sondern durch die staatliche Gesundheitspolitik für die gesetzliche Krankenversicherung gefährdet“, zeigte sich Hoppe überzeugt. „Was wir nicht brauchen, ist eine weitere Reglementierung durch Patientenschutzgesetzgebung. Sozialrechtlich ist schon zu viel überreglementiert.“ Der Jurist Professor Christian Katzenmeier ergänzte in seinem Vortrag, dass Deutschland mit den bestehenden Patientenrechten in Europa bereits eine Spitzenstellung einnehme und warnte vor einer weiteren Verrechtlichung der Arzt-Patienten-Beziehung, in welcher der Patient unter Verbraucherschutzgesichtspunkten zunehmend als Kunde ge-

sehen werde. Doch nicht alle Delegierten waren von Hoppes und Katzenmeiers Vorträgen angetan. Manchem wurde dabei zu wenig über Patientenrechte und zu viel über den Schutz des Arztes vor Patientenansprüchen gesprochen.

Wie frei ist der Arzt?

Um das ärztliche Selbstverständnis drehte es sich beim nächsten Tagesordnungspunkt. Der Soziologe Professor Christoph Hommerich legte dar, dass der ärztliche Beruf zunehmend einer (Selbst-)trivialisierung unterliege, die seiner Würde nur bedingt angemessen sei. In der Öffentlichkeit – aber auch durch sich selbst – würden Ärzte verstärkt als „Dienstleister“, „Unternehmer“, „Reparateur“ oder auch als „Fließbandarbeiter“ wahrgenommen. Ärzte seien aber keineswegs nur technische Wissensanwender, denn die Medizin sei eine „praktische Wissenschaft“, die sich im praktischen Vollzug am Menschen entwickle, sagte Hommerich.

Der Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, Professor Dr. med. Christoph Fuchs, warnte davor, dass die Politik – namentlich Gesundheitsministerin Ulla Schmidt – versuche, die Freiberuflichkeit des ärztlichen Berufes abzuschaffen.

Hintergrund sei, dass die Freiberuflichkeit beim Weg in Richtung Staatsmedizin störe. Fuchs hob hervor, dass nicht nur der niedergelassene Arzt einen freien Beruf ausübe. „Das Spezifische des Arztberufes als freier Beruf ist die Weisungsunabhängigkeit von nicht-ärztlichen Dritten in fachlichen und medizinischen Fragen. Diese professionelle Autonomie dient einzig und allein dem Interesse der Patienten“, sagte Fuchs. Eigenverantwortung und Unabhängigkeit seien zentrale Elemente des Arztberufes. „Ärztinnen und Ärzte sind frei in der Bildung ihres Urteils, sie tragen aber auch die volle Verantwortung für ihr Handeln.“ Denn die Freiheit sei keine absolute, sondern stünde in einem Spannungsfeld mit dem Gemeinwohlinteresse, betonte Fuchs und erklärte, dass die Rahmenbedingungen für die Ausübung des ärztlichen Berufes nicht mehr stimmten. Es sei ein Politikwechsel geboten, der sich klar zum freien Arztberuf bekenne.

Diese zentrale Forderung fand sich denn auch im mit großer Mehrheit angenommenen Beschlussantrag des BÄK-Vorstandes. Der von Berlins Kammerpräsident Jonitz und seinem Vorstandskollegen Dr. med. Werner Wyrwich (beide Marburger Bund) eingebrachte Entschließungsantrag „Freiberuflichkeit des Arztes ist das Privi-

leg des Patienten“ wurde an den Vorstand überwiesen. Jonitz und Wyrwich hatten in diesem Antrag herausgearbeitet, welcher erhebliche soziale und ökonomische Nutzen durch den freien Arztberuf für die Allgemeinheit erbracht wird:

- Arbeitsplätze in der Region werden geschaffen;
- in der Regel handelt es sich um Arbeitsplätze für Frauen, viele in Teilzeit;
- enge Bindung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Verlagerung ins Ausland ist nicht möglich;
- Steuern und Abgaben werden vor Ort bezahlt;
- konkreter Nutzen entsteht ebenfalls vor Ort.

Bessere Behandlung für Menschen mit Behinderung

Menschen mit Behinderung sollen nach dem Willen des Deutschen Ärztetages künftig besser behandelt werden. Noch immer gebe es teilweise erhebliche Lücken bei der Versorgung dieser Menschen, waren sich die Delegierten einig. Der Vorstand der Ärztekammer Berlin brachte dazu erfolgreich einen Antrag ein, der den Gesetzgeber auffordert, die finanziellen Rahmenbedingungen für die Begleitung durch persönliche Assistenten während eines Krankenhausaufenthaltes sicherzustellen. Eine unbürokratische Kostenerstattung für das Assistenzpersonal sei dringend notwendig. Bisher ist die Finanzierung der Assistenten während des Krankenhausaufenthaltes nur in den seltensten Fällen gesichert und/oder von hohen bürokratischen Hindernissen verstellt. Dies wird im „Berliner Papier zur medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderungen“ festgestellt, das zusammen mit dem Berliner Landesbeauftragten für Menschen mit Behinderung entstanden war.

Mehr Barrierefreiheit in Kliniken und Praxen

Die baulichen Voraussetzungen sowie die Ausstattung mit technischen Hilfsmitteln

entsprechen in der Mehrzahl der Häuser weitgehend den Anforderungen an die Barrierefreiheit. Ein deutlicher Verbesserungsbedarf besteht jedoch bei Hilfsystemen, die vor allem Menschen mit Sinnes-Behinderungen ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, sowie die Bewahrung ihrer Eigenständigkeit und Selbstbestimmung während des Aufenthaltes im Krankenhaus ermöglichen, hebt das „Berliner Papier“ hervor.

Bundesweit ist der Anteil an Praxen, Medizinischen Versorgungszentren und Ambulanzen mit barrierefreiem Zugang (dies erfordert auch Behindertenparkplätze) sowie behindertengerechtem Mobiliar und sanitären Einrichtungen nicht ausreichend. Dieser Umstand schränkt nicht nur die freie Arztwahl von Menschen mit Behinderungen stark ein. Das „Berliner Papier“ fordert den Gesetzgeber deshalb auf, finanzielle Rahmenbedingungen für die Einrichtung und den Unterhalt barrierefreier Praxen zu schaffen und damit seinem selbst gestellten Anspruch gerecht zu werden.

Darüber hinaus plädierte der Berliner Delegierte Dr. med. Christian Handrock (Liste Allianz) in einem angenommenen Antrag für eine bessere Finanzierung Sozialpädiatrischer Zentren. Professor Dr. med. Harald Mau (Liste Allianz) forderte darüber hinaus, den Fokus verstärkt auf die Mütter von Kindern mit Behinderung zu legen, da diese oft die Hauptlast der Betreuung trügen. „Wir müssen diesen Frauen zu mehr Anerkennung, besserer finanzieller Unterstützung und besserer Lebensabsicherung verhelfen“, hob Mau hervor.

Mehr Transparenz bei EVA gefordert

Der aktuelle Stand des kürzlich gestarteten Projektes „Evaluation der Weiterbildung“ (EVA) wurde den Delegierten vom bayerischen Ärztekammerpräsidenten Dr. med. Hellmut Koch vorgestellt. Ein in diesem Zusammenhang eingebrachter Entschließungsantrag der Berliner Delegiertenversammlung für mehr Transparenz in der bundesweiten

Online-Befragung wurde an den BÄK-Vorstand überwiesen. Der Antrag der Berliner Delegierten hatte zwei Kernforderungen:

1. Der Vorstand der Bundesärztekammer soll darauf hinwirken, dass die Ergebnisse der Evaluation der Weiterbildung nicht nur den Weiterbildungsbefugten, sondern auch den Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung zur Kenntnis gebracht und im Internet öffentlich zugänglich gemacht werden.
2. Werden die Ergebnisse der Evaluation der Weiterbildung durch die Bundesärztekammer nicht bundesweit allen Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung zur Kenntnis gebracht und veröffentlicht, wird den Landesärztekammern die Möglichkeit eingeräumt, die Ergebnisse der Evaluation der Weiterbildung, die den jeweiligen Kammerbereich betreffen, im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten auch den Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung zur Kenntnis zu geben und öffentlich zugänglich zu machen.

Neue Testläufe für e-Card

Die Meinungen der Ärzte zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (e-Card) sind weiterhin geteilt. Die Mehrheit des Ärztetages sprach sich für weitere ergebnisoffene Tests der Karte aus. Einig waren sich die Delegierten darüber, dass die Karte nach dem bisherigen Modell nicht tragbar sei. Die Ärzteschaft will auf die Betreibergesellschaft einwirken, die vielfältigen Kritikpunkte aufzugreifen.

Bachelor-/Masterstudiengang abgelehnt

Ein klares Nein der Delegierten gab es erneut zur Einführung von Bachelor-/Masterstudiengängen in der Medizin im Rahmen des Bologna-Prozesses. Nur durch die Beibehaltung eines einheitlichen und hochwertigen Medizinstudiums mit dem Abschluss „Staatsexamen“ sei eine hochwertige medizinische

sche Versorgung sichergestellt. Der Bachelor könne in der Medizin kein berufsqualifizierender Abschluss sein. Der Gesetzgeber wurde aufgefordert, den Bologna-Prozess für das Medizinstudium zu stoppen.

Leichterer Zugang zu Arzneimittelinformationen

Der Ärztetag forderte daneben einen kostenlosen und einheitlichen Zugang zu Informationen über Arzneimittelerisiken für Ärzte. Für eine risikoarme Therapie seien qualifizierte und neutrale Informationen unabdingbar, hieß es. Zudem müssten neue Arzneimittel eine für den Arzt und Patienten sichtbare Kennzeichnung erhalten. Trotz der Errichtung von Pharmakovigilanzzentren sei für Ärzte die Recherche über Risiken und Nebenwirkungen von Arzneimitteln für Ärzte noch immer schwierig und zeitaufwändig. „Dies ist angesichts einer immer höheren Arbeitsverdichtung in der Medizin kaum mehr leistbar“, bekräftigten die Delegierten und forderten die Bundesregierung auf, zusätzliche finanzielle Mittel für die Forschung im Bereich Arzneimitteltherapiesicherheit zur Verfügung zu stellen.

Weitere Informationen und alle Reden im Wortlaut finden Sie im Internet unter: www.baek.de

Stimmen der Berliner Delegierten



Insgesamt bin ich von diesem Ärztetag enttäuscht, denn die Themen, die mir persönlich am Herzen lagen, sind maximal schlecht gelaufen: Nachdem

bereits mit einer eindeutigen Mehrheit beschlossen worden war, die Schaffung der Voraussetzungen für eine generelle Einführung des Kostenerstattungsprinzips zu fordern, wurde dieser Beschluss zwei Tage später mit einem geschickten Manöver mit Hilfe einer 2. Lesung wieder gekippt und letztlich dafür gesorgt, dass sämtliche Anträge zu diesem Thema an den Vorstand überwiesen und also gar nichts beschlossen wurde.

Meinem zweiten Lieblingsthema, der E-Card, ging es nicht viel besser: Eigentlich wurde ja zunächst beschlossen, die elektronische Gesundheitskarte in der bisher vorliegenden Form grundsätzlich abzulehnen. Da der Vorstand der Bundesärztekammer diese mehrheitliche Ablehnung der Delegierten wie im letzten Jahr weiterhin ignoriert, wurde anschließend munter weiter abgestimmt, wie die E-Card, die man ablehnt, denn nun im Detail ausgestaltet werden soll.

Positiv sehe ich die von Professor Hoppe angestoßene Priorisierungsdebatte, denn es geht natürlich nicht, dieses unangenehme Thema zu ignorieren und dem Wildwuchs zu überlassen. Wenn Menschenleben verloren gehen, weil Wartezeiten oder Anfahrtswege für lebensnotwendige Leistungen zu lang sind und andererseits die Kassen noch immer Wellnessleistungen finanzieren, dann müssen Spielregeln her, auch wenn die Politik erstmal mit aufgeregter Ignoranz reagiert.

Dr. med. Svea Keller (Allianz),
Augenärztin, Redaktion von
Buschtelefon.de



Ich fand es etwas schade, dass die Sichtweise des Patienten bei der Diskussion über den Umgang mit begrenzten Ressourcen, also die Debatte um

Rationierung/Priorisierung doch etwas zu kurz kam. Das zeigt sich auch darin, dass wieder die Forderung des Kostenerstattungsprinzips laut wurde. Ich halte das aus sozial- und gesundheitspolitischen Gründen für völlig ungeeignet. Deshalb bin ich auch froh, dass der Deutsche

ANZEIGEN

Ärztetag mit großer Mehrheit meinem Antrag, die Abschaffung der Praxisgebühr zu fordern, zugestimmt hat, denn das ist das Signal in die richtige Richtung. Insgesamt ist der Deutsche Ärztetag auch immer ein Ort der Begegnung und des Kennenlernens. So hatte ich am Rande die Gelegenheit, einen sehr konstruktiven Dialog mit dem neuen Geschäftsführer der Berliner Ärztekammer zu führen. Für so etwas fehlt sonst oft die Zeit.

Dr. med. Eva Müller-Dannecker (Fraktion Gesundheit), Anästhesistin, Ressortleiterin Prozessmanagement und Personalentwicklung bei Vivantes



Mir hat der diesjährige Ärztetag sehr gut gefallen. Ich fand ihn relativ harmonisch, aber nicht harmosniededürftig. Es herrschte eine sehr gute

Arbeitsatmosphäre. Es war notwendig, dass das Thema Priorisierung eingebracht und platziert wurde. Es wurde mit der notwendigen Sorgfalt diskutiert, aber es ist klar, dass es bei so einem schwierigen Thema keine Einigkeit geben kann. Das Thema Freiberuflichkeit hat sich als Renner entpuppt. Die Freiberuflichkeit wurde durch diesen Ärztetag schwer gestärkt. Besonders wichtig fand ich auch die Stärkung der Weiterbildung und die Erkenntnis, dass wir dort einen Mangel haben.

Dr. med. Wolfgang Kreischer (Hausärzte), niedergelassener Allgemeinmediziner aus Zehlendorf



Es war angenehm, dass man sich Zeit für die Weiterbildung genommen hat. Es ist gut, dass die Evaluation der Weiter-

bildung jetzt endlich ins Rollen gekommen ist. Der Anfang ist gemacht. Das Thema Priorisierung finde ich absolut wichtig.

Es wurde deutlich gemacht, dass Rationierung stattfindet. Das Thema Freiberuflichkeit fand ich sehr schwierig. Die Frage, ob es Freiberuflichkeit noch wirklich gibt oder nicht, ist nicht leicht zu beantworten.

Für mich war es ja der erste Ärztetag. Da war ich schon etwas erschlagen von der Größe der Veranstaltung. Beeindruckend fand ich es, wie leicht es doch ist, schnell noch Anträge einbringen zu können. Das hat etwas von direkter Demokratie. Etwas befremdlich war aber, dass am letzten Tag über 100 Anträge bearbeitet wurden. Da blieb die Tiefe auf der Strecke. Ansonsten fand ich das Durchschnittsalter der Delegierten recht hoch. Ich würde mir mehr Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung auf dem Ärztetag wünschen.

Dr. med. Verena Dicke (Fraktion Gesundheit), derzeit in Weiterbildung zur Fachärztin für Allgemeinmedizin in einer Kreuzberger Praxis



Mit der öffentlichen Diskussion um das Hauptthema des diesjährigen Ärztetags dürfte auch dem Letzten in Deutschland klar geworden

sein, dass Priorisierung und Rationierung das Resultat einer falsch ausgerichteten Gesundheitspolitik der Bundesregierung sind und die Ärzteschaft die undankbare Rolle des Propheten im eigenen Land inne hat. Kein Wunder also, dass Frau Ministerin sich lieber mit der Schweinegrippe beschäftigen wollte als mit uns und deshalb ihr Staatssekretär an die Front musste ...!

Das Thema Menschen mit Behinderung zeigte auf, dass wir in unserer (aus Sicht der Politik) „grandiosen“ Versorgungslandschaft de facto grandiose Lücken

haben, die dringend geschlossen werden müssen, wenn nicht Teile der Solidargemeinschaft durch das Netz fallen sollen. Es ist deshalb gut, dass das **Berliner Papier zur medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderungen** bei der Deutschen Ärzteschaft breite Zustimmung gefunden hat.

Das Thema Weiterbildung hatten Berliner Delegierte (Dr. Albrecht und ich) schon 2007 mit einem Entschließungsantrag zur Evaluation angestoßen, worauf die Bundesärztekammer das vorliegende Verfahren entwickelt hat, das aus Berliner Sicht allerdings noch deutlich verbessert werden muss. In diesem Zusammenhang haben wir mit unseren Berliner Anträgen, die zum Ziel haben,

- die Ergebnisse der Evaluation der Weiterbildung öffentlich zugänglich zu machen
- Regelungen zu finden, die zur Erstattung des Weiterbildungsaufwand führen
- realistische Weiterbildungskataloge zu verwirklichen

nochmals „heiße Eisen“ angepackt.

Persönlich hatte ich den Eindruck, dass im Gegensatz zu früheren Ärztetagen dieses Jahr eine über alle Fraktionen gehende Geschlossenheit der Berliner Delegierten bestand, was ich ziemlich gut fand!

Dr. med. Werner Wyrwich (Marburger Bund), ÄKB-Vorstandsmitglied, Unfallchirurg, tätig im Projektsteuerungsbüro der Charité

ANZEIGE

Medizinischer Bachelor: überflüssig

Studienreform mit oder ohne Bologna

„Kommt der halbe Arzt?“ fragten wir auf dem Titelblatt von Heft 4/2008 im Bologna-Schwerpunkt „Die Angst der Ärzte vor dem Bachelor“. Jetzt begann eine Reihe von Regionalkonferenzen mit dem Titel „Bologna - Zukunft der Lehre“, ausgerichtet von der Volkswagen- und der Mercator-Stiftung, die ein Förderprogramm zur Verbesserung der Lehre an deutschen Hochschulen ausgeschrieben haben.* Die erste dieser Konferenzen – über Medizin und Biowissenschaften – fand zusammen mit der Charité in Berlin statt. Unsere Bologna-Texte von 2008 sind noch aktuell, wie sich zeigte. Deshalb können wir uns hier auf die Grundzüge der Vorträge und Diskussionen beschränken. Eins zur Beruhigung vorweg: Den „halben Arzt“ wird es nicht geben. Selbst wo der medizinische Bachelor schon existiert, denkt niemand daran, ihn auf Patienten loszulassen.

Bachelor hin, Master her: Das Wichtigste an der Berliner Tagung war für uns hier die klare öffentliche Aussage der Verantwortlichen, dass die Reform der Ärzteausbildung fortschreiten wird, mit oder ohne Bologna. „Der Reformstudiengang ist fest etabliert und wird in den Modellstudiengang übergehen“, sagte Charité-Chef Karl Max Einhäupl. Und Berlins Wissenschafts-Staatssekretär Hans Gerhard Husung bekräftigte es: Der von Studierenden initiierte und noch vor der recht-

lichen Ermöglichung beharrlich entwickelte Berliner Reformstudiengang ist, so Husung, sehr erfolgreich und findet hohe Anerkennung.

Er war zunächst befristet, wird aber „so lange fortgeführt werden, bis der Modellstudiengang steht“, in dem die Charité die guten Erfahrungen des Reform- und Regelstudiengangs kombinieren will. Er wäre „ein wunderbares Geschenk, das die Charité sich zum Jubiläum selbst machen könnte“, meinte der Staatssekretär.

Zustand der Lehre bedenklich

Die Hauptprobleme, die sich im Laufe der Tagung herauschälten:

- Wie lässt sich die seit Jahrzehnten geforderte und sehr langsam in Gang gekommene Verbesserung der medizinischen Ausbildung am besten erreichen?
- Würde Bologna dieser Reform der Lehre nützen oder womöglich eher schaden?
- Und wenn schon Bologna auch in der Medizin: Besser gleich oder lieber später?

Dass der Zustand der Lehre in Deutschland „ein großes Problem“ ist (Einhäupl), darin war man sich einig. Das betrifft nicht nur die Medizin, sagte Wilhelm

Krull von der Volkswagen-Stiftung. Im internationalen Vergleich gibt es hier für die Lehre an den Hochschulen weniger Mittel und weniger Personal mit der Folge einer „katastrophalen Betreuungsrelation“ und einer hohen Abbrecherquote. „Wir haben eine zu schwache Lehrkultur!“

Sie muss dringend gestärkt werden, sagte Ulrike Beisiegel, Vorsitzende der wissenschaftlichen Kommission des Wissenschaftsrats. In der Medizin müssen sich die Professoren besser abstimmen, damit zum Beispiel Theorie und Praxis miteinander verbunden werden. Die Lehre muss vom Lernprozess ausgehen, also die Studierenden aktiv beteiligen. Eine professionalisierte Lehre mit dem Ziel einer „best evidence medical education“ forderte Ronald M. Harden (Generalsekretär der Association for Medical Education in Europe). Die Reform muss aber über didaktische Innovation hinaus auch die Inhalte gründlich verändern.

Vor allem soll die Ausbildung nicht länger vom Angebot der Fächer ausgehen, sondern vom Bedarf der künftigen Ärzte und ihrer Patienten. Die aber erwarten heute, so Husung, partnerschaftliche Beratung durch einen kommunikationsfähigen Arzt. Die ärztlichen Kernkompetenzen und Einstellungen sind also im Medizinstudium ebenso zu vermitteln wie Wissen und Fertigkeiten.

Erstmal das Studium modernisieren

Bei den Stiftungen erhofft man vom Bologna-Prozess Anstöße für die Studienreform, wie Axel Horstmann

(VW-Stiftung) sagte. Aber geht das nicht auch ohne Bologna? fragte er zugleich. In der Tat, der Berliner Reformstudiengang steht längst nicht mehr allein da, Ansätze zu einer modernen medizinischen Lehre gibt es vielerorts. Sie können aber noch nicht recht greifen, stellte Ulrike Beisiegel fest, die neue Approbationsordnung ist längst noch nicht überall realisiert. Auch ohne Bologna bietet sie die Chance, das Curriculum weiter zu verbessern, die Studierenden auf neue Berufsziele vorzubereiten und dem Nachwuchsmangel entgegenzuwirken.

Eines allerdings wäre zum Beispiel in Basel, wo Medizin seit 2006 nach Bologna studiert wird, (s. BERLINER ÄRZTE 4/2008, S. 18 und 19) ohne diese Strukturreform nicht gegangen, sagte die Baseler Studiendekanin Hedwig J. Kaiser: Dass die Vermittlung der ärztlichen Grundkompetenzen (soziale, kommunikative, ethische, auch wissenschaftliches Arbeiten) sich als Roter Faden durch das gesamte Studium zieht. Die Verschulung, die der Bachelor anderen Fächern bescherte, ist für das konventionelle Medizinstudium keine Gefahr: „Zur Verschulung brauchen wir kein Bologna mehr“, sagte Charité-Student Arne Riedinger. Dem Berliner Reformstudiengang und anderen modernisierten Curricula brächte Bologna allerdings das Risiko des Rückschritts, meinte er.

Bologna stört da nicht weiter

Dagegen hat sich die Befürchtung nicht bestätigt, die Zweiteilung in Bachelor- und Master-Studium könnte die mühsam begonnene Verzahnung von Vorklinik und Klinik wieder aufheben. Dass dies zu vermeiden ist, zeigt sich außer in der Schweiz auch in den Niederlanden, wo der Bologna-Prozess allen Fächern staatlich verordnet wurde. „Wir mussten gar nicht viel ändern“, berichtete Th. J. ten Cate (Center for Research and Development of Education der Universität Utrecht). Die Verzahnung von Theorie und Praxis bleibt wie in Basel erhalten. Und fast alle Studenten setzen nach

dem Bachelor ihre Ausbildung zum Arzt fort. Das heißt: Bologna stört nicht weiter. Ebenso gelassen sieht man's in Basel. Martin Schloenger, der dort gerade den Bachelor macht, berichtete, dass von den 140 Studierenden seines Jahreskurses wahrscheinlich höchstens sechs abgehen, weil sie nicht Arzt werden wollen.

Mit „Szenenapplaus“ wurde ein Hinweis aus dem Plenum quittiert: Die Reform der Lehre gehört gar nicht zu den ursprünglichen Bologna-Zielen und wird jetzt nur als Argument dafür genutzt. Dem stimmte ten Cate zu; Hauptziel war vielmehr die Harmonisierung um der Mobilität willen. Dies aber braucht die Medizin von allen Fächern am wenigsten, sagte Jan Schulze, Präsident der Ärztekammer Sachsen und Vorsitzender des Ausbildungsausschusses der Bundesärztekammer. Eine Minderheit von sechs europäischen Ländern hat zwar auch die Medizin bolognisiert, aber in der EG ist ja die gegenseitige Anerkennung der medizinischen Studienabschlüsse (nach mindestens 5500 Stunden) seit langem geregelt.

Schulze verwies auf die sehr heterogenen, oft negativen Erfahrungen anderer Disziplinen mit Bologna; er riet, erst einmal die Reformmöglichkeiten der Approbationsordnung von 2002 zu realisieren und zitierte die Entschließung des Ärztetages vom Mai 2009. Der „lehnt die Umsetzung des Bologna-Prozesses für das Medizinstudium ab“, und er forderte den Gesetzgeber auf, entsprechende Pläne zu stoppen. Er bekräftigte die Forderung nach einem Bologna-Moratorium der „Arbeitsgemeinschaft Hochschulmedizin“, der auch die Bundesärztekammer angehört, für noch nicht umgestellte Studiengänge.

„Moratorium“ kann bedeuten: Aufgeschoben ist nicht aufgehoben. Wenn Bologna sich womöglich nicht vermeiden lässt, obwohl der Bachelor für künftige Ärzte nutzlos ist: Dann besser gleich? Oder später? Dazu Charité-Prodekan Manfred Gross: „Wir haben schon seit zehn Jahren den Reformstu-

diengang. Die Erfahrungen sind durchweg positiv, aber jetzt müssen wir auch für den Regelstudiengang etwas tun. Es ist für uns nahezu zwingend, den Bologna-Prozess einzubeziehen.“ Husung hingegen findet es gut, dass die Professoren sich Zeit lässt, Chancen und Risiken sorgfältig abzuwägen.

Zeitdruck nur für Verbesserung der Lehre

Aber warum sind die bedachtsamen Schweizer vorgeprescht? „Der Not gehorchend, nicht dem eigenen Triebe.“ Hedwig Kaiser bekannte offen, dass Bologna ein Rettungsanker war: Die Politik wollte die Universitäten von der teuren Medizin entlasten. Das Grundstudium sollte künftig an den Technischen Hochschulen, das Klinische Studium an „Medical Schools“ stattfinden. Mit dem zweigliedrigen, aber in beiden Teilen Theorie und Praxis verknüpfenden Bologna-Curriculum gelang es, die Schweizer Medizinischen Fakultäten zu retten.

Und Deutschland? Der Wissenschaftsrat hat seine zurückhaltende Position genauso wenig aufgegeben wie andere Gremien: Erst die Lage analysieren und aus den Erfahrungen anderer Fächer lernen, riet Ulrike Beisiegel; schon weil die Umstellung sehr viel Geld kostet. „Und Zeitdruck gibt es nur für die Verbesserung der Lehre.“ Die Studenten auf dem Podium warnten davor, diesen Zeitdruck zu ignorieren und die ganze Studienreform zurückzustellen – „nur weil Bachelor und Master einem nicht geheuer sind“.

Rosemarie Stein

Weitere Informationen:
www.stiftung-mercator.de/zukunft-der-lehre,
www.volkswagenstiftung.de/zukunft-der-lehre

„Wir prägen den Zeitgeist mit“

Ein Gespräch mit Professor Hanfried Helmchen, ehemaliger Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité in der Eschenallee und Herausgeber des gerade erschienenen Bandes „Psychiater und Zeitgeist. Zur Geschichte der Psychiatrie in Berlin“.

BÄ: Herr Professor Helmchen: Es ist ein weites Feld, das in Ihrem neuen Buch zur Geschichte der Psychiatrie in Berlin beackert wird: Der Leser lernt zum Beispiel, dass die psychiatrisch Kranken im 18. Jahrhundert noch die „Dollen“, die „Wahnwitzigen“ und die „Rasenden“ waren, er erfährt, welches theoretische Gedankengebäude der Charité-Prediger Friedrich Schleiermacher zur Behandlung der „Irren“ hatte, er kann die Institutionalisierung und Akademisierung des Fachs und die Entwicklung der Reformpsychiatrie in Zeiten antiautoritärer Bewegungen mitverfolgen, er muss sich aber auch mit dem Beitrag Ihres Fachs zu Zwangssterilisierung und Euthanasie im Nationalsozialismus auseinandersetzen. Ist es denn für Psychiater wichtiger als für Vertreter anderer medizinischer Fachgebiete, die eigene Geschichte zu kennen und zu reflektieren?

Helmchen: Ich denke schon, denn die Psychiatrie ist mehr als andere medizinische Disziplinen abhängig von gesellschaftli-

chen Meinungen, Stimmungen und von Atmosphärischem, also von dem, was man allgemein Zeitgeist nennt. Das Wissen darum, wie Psychiater sich mit diesem Zeitgeist in unterschiedlichen Epochen der Geschichte auseinandergesetzt haben, wieweit sie ihm unterlagen und wieweit sie ihm Widerstand entgegengesetzt haben, scheint mir ein Schlüssel zu sein, den man braucht, um sich der sozialpsychologischen Mechanismen bewusst zu werden.

BÄ: Ein Beispiel?

Helmchen: Das tragischste Beispiel ist sicher die Zeit des Nationalsozialismus, in der Psychiater und ihre Mitarbeiter an der Tötung psychisch Kranker beteiligt waren. Wir müssen versuchen zu verstehen, wie es dazu kommen konnte, dass Menschen, die ausgebildet wurden, um psychisch Kranken zu helfen, diese Schutzbefohlenen schließlich töteten. Dabei ist es hilfreich, die Geschichte des Eugenik-Begriffs



und der Zwangssterilisierungen zu kennen. Heute wissen wir, dass das ethisch wie wissenschaftlich ein Irrweg war. Wenn wir das eigene Verhalten auf diesem Hintergrund reflektieren, haben wir die Chance, ein Stück weit immun gegen solche moralischen Abwege zu werden.

BÄ: Inwiefern spielt Berlin in der Geschichte der deutschen Psychiatrie eine besondere Rolle?

Helmchen: Wenn es überhaupt Besonderheiten gibt, dann liegen sie darin, dass in der Hauptstadt politische und wissenschaftliche Auseinandersetzungen beson-

ANZEIGEN

ders heftig und auch besonders innovativ geführt wurden. Ich denke zum Beispiel an die Auseinandersetzungen vor 150 Jahren zwischen Wilhelm Griesinger und Heinrich Laehr. Laehr war Direktor einer psychiatrischen Privatklinik, die er in Zehlendorf gegründet hatte, er war der Tradition sehr verbunden und galt als eine der Leitfiguren der damaligen „Anstaltspsychiatrie“. Griesinger, der ab 1865 den ersten Lehrstuhl für Psychiatrie innehatte, brachte aus dem Ausland ganz andere Ideen mit. Statt heilbarer und unheilbarer Patienten unterschied er zum Beispiel erstmals akute und chronische Fälle, und er entwickelte die Idee des Stadtasyls, einen Vorläufer der „Gemeindepsychiatrie“. Die psychisch Kranken sollten so möglichst in ihren sozialen Bezügen verbleiben können. Das waren Jahre turbulenter Auseinandersetzungen, die 1868 auch zur Gründung zweier psychiatrischer Vereine in Berlin führten und durch verschiedene Publikationen ins ganze Land ausstrahlten.

BÄ: Klingt in diesem Punkt auch ein bisschen Stolz auf Berlin mit, was seine Rolle in der Geschichte Ihres Faches betrifft?

Helmchen: Durchaus. Auch die Diskussionen über die sogenannte „traumatische

Neurose“, die durch neue Techniken wie die der Eisenbahn aufkamen, wurden hier angestoßen. Später ging es um das Phänomen der „Kriegszitterer“, also von Soldaten, die mit ihrer Störung aus dem Ersten Weltkrieg zurückkamen, und um die Frage, ob es sich um eine rein seelische Störung oder um Phänomene mit einer körperlichen Ursache handele. Das hatte damals erhebliche Konsequenzen für die Frage der Rentenzahlung. Die Argumente, die in der Debatte angeführt wurden, wirken bis in die Gegenwart fort.

Übrigens wurde in Berlin – und nicht etwa in Wien – im Jahr 1920 die weltweit erste psychoanalytische Poliklinik gegründet. Dort wurden die auch heute noch gültigen Ausbildungsregeln aufgestellt. Die Untersuchungen zur Wirksamkeit ambulanter Psychotherapie im daraus hervorgegangenen AOK-Institut für psychogene Erkrankungen legten schließlich den Grundstein für ihre Anerkennung als Kassenleistung.

BÄ: Haben Sie in Ihrem Buch auch die Geschichte der Psychiatrie im Ostteil der Stadt vor 1989 aufgearbeitet?

Helmchen: Das konnten wir aus zwei Gründen nicht umfassend tun: Potenzielle Autoren fühlten sich befangen, und die

Sichtung der verstreuten Quellen gestaltet sich sehr zeitintensiv. Nach der Wende haben aber mehrere Kommissionen die DDR-Psychiatrie im Hinblick auf möglichen Missbrauch gegenüber politisch Andersdenkenden untersucht. Sie haben einen systematischen Missbrauch dieser Art in Deutschland – im Unterschied zu anderen Ländern – nicht gefunden. Allerdings haben Kollegen die ärztliche Schweigepflicht bei Nachfragen der Stasi in Einzelfällen gebrochen. Auch hier kann man wieder fragen: War es Druck, war es politische Überzeugung?

BÄ: Oder war es wiederum der Zeitgeist?

Helmchen: Sicher, ich denke aber auch, dass jeder in der Psychiatrie Tätige selbst Einfluss auf den Zeitgeist nehmen kann. Wir unterliegen ihm nicht nur, wir prägen ihn auch durch unser Verhalten mit.

Mit Prof. Dr. Hanfried Helmchen sprach Dr. Adelheid Müller-Lissner

Hanfried Helmchen (Hrsg.):
„Psychiater und Zeitgeist. Zur Geschichte der Psychiatrie in Berlin“
(Pabst 2008, 500 Seiten, 40 Euro,
ISBN 978-3-89967-486-6)

Zum 80. von Götz Sankowsky



Foto: privat

Der leitende Senatsrat i.R. Dr. med. Götz Sankowsky konnte im Mai im Familien- und Freundeskreis seinen 80. Geburtstag feiern. Als Sohn einer Lehrerin und eines

Angestellten wurde er am 15. Mai 1929 in Berlin-Prenzlauer Berg geboren. Nach vier Jahren Volksschule kam er 1939 auf das Berlinische Gymnasium zum Grauen Kloster, dem er heute noch verbunden ist. Nach den Wirren des Krieges konnte er dort 1947 das Abitur ablegen. Da er zunächst nicht zum Medizinstudium an der Berliner Universität zugelassen wur-

de, betätigte er sich in der Krankenpflege im Behelfs Krankenhaus des St. Marienkrankenhauses und wechselte dann in ein Stationslabor unter Theodor Brugsch (1878-1963) an die Charité. Nach vielen Auseinandersetzungen erhielt der „Bürgerliche“ eine Zulassung zum Medizinstudium an der Berliner Universität zum Wintersemester 1948/49. Nach der ersten Studienreform der DDR gab es weitere Schwierigkeiten. Nach der Heirat 1952 konnte er nach Westberlin umziehen und wechselte an die Freie Universität, wo er 1955 das medizinische Staatsexamen ablegte und promovierte. Im Dezember 1967 wechselte er ins Bundesgesundheitsamt. Als Senatsrat und Abteilungsleiter für Medizinalwesen und Hygiene bei der für das

Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung setzte er sich für die Weiterentwicklung des Berufsrechts im Gesundheitswesen sowohl im Lande Berlin als auch in der Bundesrepublik ein. Er war Mitglied in zahlreichen Ausschüssen.

Zum 1. Juni 1989 erfolgte seine Pensionierung. Nach der Vereinigung war er besonders in den neuen Bundesländern, vorrangig von Brandenburg und Sachsen-Anhalt, als Berater beim Aufbau des öffentlichen Gesundheitswesens engagiert tätig.

Dr. med. Dr. phil. Manfred Stürzbecher

Von der Praxis ins Atelier: Reinhild Bartunek

Auch heute noch sind Ärzte ein musischer Menschenschlag. Viele Mediziner musizieren. Und andere malen. Für die meisten von ihnen ist das ein wunderbarer Ausgleich. Sie sind Amateure, Dilettanten. Es ist etwas sehr Positives, das Zeichnen und Malen zu lieben und sich daran zu erfreuen. (Amateur kommt von amare, Dilettant von delectare.) Und es ist glücklicherweise ein häufiges Phänomen.

Selten hingegen üben Ärzte Medizin und Malerei gleich professionell aus. Hier in der Stadt haben wir bisher zwei solcher Doppelbegabungen gefunden und in BERLINER ÄRZTE vorgestellt. An erster Stelle den Pathologen Walter Menne (Heft 10/1993), dann auch Friedrich Lindlar, gleichfalls Pathologe (Heft 1/2001). Nun kommt eine Berliner Kollegin hinzu: Reinhild Bartunek, die ihre gynäkologische Praxis in der Bismarckstraße 2005 fristgerecht aufgegeben und sich im selben vertrauten Viertel Charlottenburgs ein geräumiges Atelier ausgebaut hat, in der Wundtstraße nahe dem Lietzensee, und zwar in einem ruhigen Hinterhaus, das man ohne Euphemismus Gartenhaus nennen kann, so voller Blumen ist der Hof.

An den weißen Wänden hängen und lehnen zahllose Bilder und Blätter, deren Motive immer aus der Natur stammen. Sie sind nicht gegenständlich, aber auch nicht völlig ungegenständlich. In ihrer Linienstruktur und der subtil abgestimmten Farbigkeit sind sie Variationen über Themen der Natur. Man denkt an den berühmten Satz: „Kunst gibt nicht das Sichtbare wieder, sondern macht sichtbar.“ Das schrieb Paul Klee 1920 in „Schöpferische Konfession“. Und auch dies passt zu Reinhild Bartunek: „Dem Künstler liegt mehr an den formenden Kräften als an den Form-Enden“, sagte Klee in einem Vortrag über die moderne Kunst.

Zu den Bildern dieser Malerin assoziiert man Grashalme oder Blattwerk, Gesteinschichten, Sprünge im Eis, Reflexe auf dem

Wasser, ruhige flache Landschaften: Gemalte Naturlyrik, oft in kleinem Format, aber so gut komponiert, dass alles größer wirkt. Einige Bilder nennt Reinhild Bartunek „anatomische Erinnerungen“. Ein rotes Netzwerk lässt an Blutgefäße denken, ein anderes Bild heißt „Adern in Blau“, ein blumenzartes Aquarell trägt den Titel „Nierenblüte“. (Blumen übrigens malt sie nie, und nichts ist hübsch, gefällig oder gefühlig.)



Reinhild Bartunek, „Organisches Gerüst“, 2007

Das hier – leider nur schwarz-weiß – reproduzierte Acrylbild, dessen Sujet in rötlichem Ocker Teil eines Tierskeletts sein könnte, heißt „Organisches Gerüst“. Dies oder auch Bilder wie „Schädel“ oder „Urtierchen“ schlagen thematisch eine Brücke zur Medizin.

Natürlich lässt sich nicht aus dem (Ruhe-) Stand heraus die ärztliche mit der bildenden Kunst vertauschen. Reinhild Bartunek frequentierte schon seit der Schulzeit in ihrer Heimatstadt Weimar Zeichen- und Malkurse. Anfangs tendierte sie zur Kunst als Beruf, traute sich's nicht zu und wählte

aus Interesse am Biologischen die Medizin. Sie arbeitete gern als Gynäkologin, war für zwei, drei Frauengenerationen eine Art Hausärztin und erhielt schließlich viele Abschiedsbriefe.

„Als Ärztin bekommt man viel Bestätigung; Malen ist eine einsame Sache.“ Und es war für sie nie ein Hobby: „Das Malen war mir immer der Medizin gleichwertig. Beides ist Arbeit, von derselben Intensität.“ Außer in der stressigen Medizinalassistenten- und Weiterbildungszeit hat Reinhild Bartunek kontinuierlich künstlerisch gearbeitet, mindestens seit einem Kurs in der bekannten Sommerakademie Salzburg, dem andere Kurse folgten – mit Erfolg: Ein Stipendium,

Gründungsmitglied der Gruppe NEUN2, Einzelausstellungen und viele Beteiligungen schon seit 1986, zunächst in Kliniken, Praxen und anderen Institutionen, nun auch in professionellen Galerien; die letzte in der Galerie Tieck in Mitte (Februar 2009).

In der Inselgalerie stellt sie demnächst zusammen mit zwei anderen Künstlerinnen aus, mit Friederike Krusche und Gisela Neumann. Und ganz neu sind ihre jetzt in der Pax-Bank gezeigten abstrahierenden und verdichtenden Naturfotos, meist aus dem Lietzensee-Park: Weidenblätter oder Wasserlinsen auf dem See, Spiegelungen im Wasser, schneebepudertes Kopfsteinpflaster, ein Ast, der aus dem Schnee ragt. Oder, eher untypisch, auch mal ein richtig romantisches Nachtstück: ein Reiher im Gezweig überm See, in dem der Vollmond sich spiegelt.

Rosemarie Stein

Inselgalerie, Torstraße 207, 16.7.–8.8., Di-Fr 13.30–18.30, Sa 13–17 Uhr.
Pax-Bank, Chausseestraße 128a, noch bis 14.8., Mo-Mi 9–16, Do 9–18, Fr 9–13 Uhr.

BERLINER ÄRZTE

7/2009 46. JAHRGANG

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

Herausgeber:

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

Redaktion:

Dipl.-Jour. Sascha Rudat (v.i.S.d.P.)
Dipl.-Pol. Sybille Golkowski
Eveline Piotter (Redaktionsassistentin)
Redaktionsbeirat:
Dr. med. Günther Jonitz
Dr. med. Elmar Wille
Prof. Dr. med. Vittoria Braun
Dr. med. Daniel Sagebiel MPH
Anschrift der Redaktion:
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-4100/-4101, -4102, FAX -4199
Titelgestaltung: Sehstern/Berlin
Fotonachweis: Fotolia.com © Alexander Shalamov,
Alexander Yakovlev, Holger Buse, Increa, Magic Art,
Magic Art, Michael Paumann, Uolir

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-Gruener-Straße 62,
04107 Leipzig
Telefon 0341 710039-90, FAX -99
Internet: www.l-va.de
E-Mail: mb@l-va.de

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

Die Zeitschrift erscheint 12mal im Jahr jeweils am 1. des Monats. Sie wird von allen Berliner Ärzten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft zur Ärztekammer bezogen. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedspreis abgegolten. Nichtmitglieder können die Zeitschrift beim Verlag abonnieren. Der Jahresbezugspreis (12 Ausgaben) beträgt im Inland € 67,00 (einschließlich Versand), Patenschaftsabonnement Berlin-Brandenburg € 45,00 (einschließlich Versand). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 4,60 zzgl. € 2,50 Versandkosten. Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste 2009 vom 01.01.2009.

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

ISSN: 0939-5784

ANZEIGENSCHLUSS

Ausgabe August 2009: 06. Juli 2009