

BERLINER



ÄRZTE

3/2014 51. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin

work

life



Welche Wünsche,
welche Route?

Wohin zieht es die
Generation **Y**?

balance

Wider- sprüchliche Erwartungen



Laura Berends

ist Medizinstudentin im 9. Semester an der Charité und Vorstandsmitglied im Landesverband Berlin Brandenburg des Marburger Bundes

Wenn man sich in der Medienlandschaft umschaut, gibt es viele gesundheitspolitische Themen die immer wieder hoch kochen. Eines der am meisten ‚ausgeschlachteten‘ ist der sogenannte Ärztemangel. Viele Ärzte gehen in den nächsten Jahren in Rente und es gibt nicht genug Nachwuchs. Eine wesentliche Erhöhung der Anzahl der Studienplätze kostet Geld und Ressourcen und ist derzeit nicht abzusehen. Um diesem Mangel zumindest etwas entgegenzuwirken, muss man dafür sorgen, dass uns von den vorhandenen jungen Kolleginnen und Kollegen möglichst wenige abtrünnig werden.

Wie aber sorgt man dafür?

Was wollen die jungen Ärztinnen und Ärzte? Wie bekommt man Sie dahin, wo man sie braucht?

Dazu muss man vielleicht erstmal die Situation der aktuell angehenden Ärztinnen und Ärzte kurz beschreiben. Im Vergleich zu unseren Vorgängern leben wir quasi im Luxus: Bis auf wenige Ausnahmen werden wir ohne Probleme einen Job finden. Und nicht nur das, es wird höchstwahrscheinlich auch noch in der Fachdisziplin sein, die wir uns wünschen.

Die Arbeitsbedingungen haben sich in den letzten Jahren auch verbessert. Natürlich gibt es noch viel zu tun, aber grundsätz-

lich sind wir auch hier unseren Vorgängern gegenüber im Vorteil.

Eigentlich sollten wir also ziemlich zufrieden sein, oder?

Damit sind wir beim entscheidenden Wörtchen: „sollten“.

Wir sollten zufrieden sein. Wir sollten alle aufs Land gehen. Wir sollten Hausarzt werden. Wir sollten (wenn wir schon als Frauen massenhaft Studienplätze besetzen) dem Arbeitsmarkt trotz Kindern möglichst umfassend zur Verfügung stehen. Wir sollten nicht ins Ausland gehen (nachdem wir in Deutschland ein teures Studium quasi geschenkt bekommen haben).

Wir sollten uns nicht über Überstunden und Schichtarbeit beschweren.

Wir sollten immer freundlich, gut gelaunt und allwissend sein. Wir sollten nicht übermüdet oder gereizt sein.

Das sind nur ein paar von insgesamt ziemlich vielen Erwartungen, die da an uns gestellt werden.

Was aber erwarten wir genau: Zuallererst wollen wir nicht zwischen tausenden von Erwartungen, die wir sowieso nicht alle gleichzeitig erfüllen können, zerrieben werden. Wir wollen nicht ‚verheizt‘ werden. Wir wollen die Gesundheit unserer Patienten fördern, ohne unsere eigene zu

ruinieren. Wir wollen unsere Familie nicht nur ernähren, sondern auch für sie da sein. Wir wollen ein Team und nicht nur eine Hierarchie. Wir wollen gefördert und gefordert sein. Wir wollen kein Kostenfaktor sein, der einen anderen Kostenfaktor behandelt. Wir wollen Anerkennung als Arzt, aber auch als Mensch.

Dafür sind wir bereit, unser Bestes zu geben.

Angeblich genießt der Arzt-Beruf einen eher positiv Ruf in Deutschland. Wenn man sich aber die Kommentare zu den Artikeln über Ärzte in der oben genannten Medienlandschaft anschaut, bekommt man manchmal eher den Eindruck, wir seien eine der meistgehassten Professionen überhaupt.

Aus diesen Kommentaren spricht meistens eine große Enttäuschung. Zum Teil wird diese auch berechtigt sein. Es passieren immer Fehler und in der Medizin können diese leider sehr große Auswirkungen haben. Zum Teil liegt diese Enttäuschung aber auch an nicht erfüllten aber auch vollkommen utopischen Erwartungen. Der Begriff „Halbgott in Weiß“ oder noch besser „Gott in Weiß“ sagt doch schon alles. Wir haben nichts Göttliches an uns. Wir sind einfach nur junge Menschen, die hoffen, dass sie ihre Sache später gut machen.

Wir hoffen, dass wir nicht alle unsere Ideale und Wünsche über Bord werfen müssen, weil sie nur noch Illusionen sind in einem Gesundheitswesen und einem Land, in dem nur Wirtschaftlichkeit eine Rolle spielt.

Laura Berends

Zum Gedenken an Reinhard Kurth

Im 72. Lebensjahr ist am 2. Februar 2014 Professor Dr. med. Dr. h.c. Reinhard Kurth verstorben. Er war Arzt, Wissenschaftler und Gesundheitspolitiker aus vollem Herzen, mit großem Erfolg und mit segensreicher Wirkung für Berlin, unser Land und die internationale Gemeinschaft. Reinhard Kurth hatte sein berufliches Leben der Virologie verschrieben – als brillanter und erfolgreicher Forscher, als akademischer Lehrer, aber auch in zahlreichen administrativen Funktionen, so als Präsident des Robert-Koch-Institutes.

Nach seinem Medizinstudium hatte er die Wahl zwischen einer Karriere in der Pädiatrie oder Virologie – und entschied sich für letztere. In den siebziger Jahren war er bei Werner Schäfer und Hans Bauer in Tübingen und Berlin, bei Nobelpreisträger Renato Dulbecco in London und schließlich als selbständiger Arbeitsgruppenleiter wieder in Tübingen tätig. Schon damals – also schon vor der Entdeckung des AIDS-Virus – faszinierten ihn die Retroviren. Er untersuchte ihre Rolle in der Tumorauslösung und beschrieb die sogenannten endogenen Retroviren, die Teil unseres Erbguts sind. Bereits aus dieser Zeit stammen zahlreiche seiner Veröffentlichungen in den führenden internationalen Fachzeitschriften.

1980 übernahm er die Leitung der Abteilung Virologie des Paul-Ehrlich-Institutes in Langen, deren Präsident er einige Jahre später wurde. Als dann in den achtziger Jahren die AIDS-Pandemie begann und HIV entdeckt wurde – war war besser prädestiniert als Reinhard Kurth, sich dieser Herausforderung zu stellen? Er entwickelte mit seiner Gruppe dringend notwendige erste Antikörpertests zum Nachweis der HIV-Infektion und sorgte dafür, dass die Infektionssicherheit von Blut- und Blutprodukten ständig erhöht werden

konnte. Es ist wohl auch seiner engen Kooperation mit Rita Süßmuth, der damaligen Bundesgesundheitsministerin, zu verdanken, dass Deutschland im Kampf gegen die neue Seuche AIDS nicht auf Pression und Ächtung der Infizierten setzte, sondern auf Aufklärung, Beratung und Prävention – dies war aus der Stimmung der Zeit keinesfalls selbstverständlich.

1996 übernahm er zusätzlich zum Paul-Ehrlich-Institut die Leitung des Robert-Koch-Institutes in Berlin, in das er 2001 endgültig wechselte. Er baute das Institut zu einer national und international renommierten Einrichtung auf dem Gebiet der Infektionsforschung und -epidemiologie aus. Neben der Weiterführung seiner eigenen Forschungen zur HIV-Infektion hat er sich in diesem Amt vielen anderen gesundheitspolitischen Herausforderungen gestellt, wie Bioterrorismus, Xenotransplantation, BSE und der Influenza-Zoonose. Beim Herangehen an diese Probleme vereinte er nahezu idealtypisch seine Fähigkeiten als Wissenschaftler und Gesundheitspolitiker. Auch nach seinem Ausscheiden aus dem Robert-Koch-Institut blieb er voller gestaltender Aktivität, so als Vorsitzender des Stiftungsrates der Schering-Stiftung.

Der Charité war Reinhard Kurth in besonderer Weise verbunden – durch vielfältige Kooperationen zur Stärkung der Infektionsforschung in Berlin und durch seine direkten Lehraufgaben am Institut für Medizinische Virologie. Für diese Zusammenarbeit in Verbindung mit seinem wissenschaftlichen Lebenswerk verlieh ihm die Medizinische Fakultät im Jahre 2006 die Ehrendoktorwürde. Unter den vielen Orden und Auszeichnungen, die er in seinem Leben erhielt, darunter auch die Georg-Klemperer-Ehrenmedaille der Ärztekammer Berlin, war ihm die Ehrung der Charité sicher-



Foto: K. Friedrich

lich eine derjenigen, die ihm am meisten bedeuteten.

Reinhard war ein faszinierender Mensch mit einer Ausstrahlung, die auf Klugheit und menschlicher Größe beruhte. Mit seiner stets freundlichen, humorvollen und ruhigen Art, die aber auch sehr bestimmt sein konnte, hat er viele Menschen für sich eingenommen und von seinen Gedanken überzeugt. Seine Sprache wurde sowohl von Wissenschaftlern und Studenten, als auch von der Öffentlichkeit und der Politik verstanden. Ein Großer ist gegangen – er wird uns schmerzlich fehlen.

Prof. Dr. Detlev H. Krüger
Institut für Medizinische Virologie
Helmut-Ruska-Haus der Charité



**»Wir schwimmen uns frei«
– ein Nachdenken
über die Generation Y
in der Ärzteschaft**

Von Ulrike Hempel, Seite 14

| | |
|---|--|
| EDITORIAL..... | Fortbildung „Häusliche Gewalt“ Bericht von der Fortbildung „Wenn Partnerschaft verletzend wird“ Von Ulrike Hempel..... |
| Widersprüchliche Erwartungen Von Laura Berends..... | 30 |
| BERLINER ÄRZTE aktuell..... | 6 |
| BERUFS- UND GESUND- HEITSPOLITIK..... | PERSONALIEN..... |
| Weniger Herztote? Deutscher Herzbericht auf unsicherem Boden Von Rosemarie Stein..... | Zum Gedenken an Reinhard Kurth..... |
| Hilfe für verstümmelte Frauen Von Rosemarie Stein..... | 4 |
| Fit mit Joystick und Konsole: Health Games Von Natascha Plankermann..... | Die Berliner Ärzteschaft trauert um ihre im Jahr 2013 verstorbenen Kolleginnen und Kollegen..... |
| FORTBILDUNG..... | 32 |
| Sicherer verordnen..... | BUCHBESPRECHUNG..... |
| Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin..... | Anna Regula Hartmann: Reibungswärme..... |
| 10 | 34 |
| 24 | FEUILLETON..... |
| | Altes und Neues vom Harnack-Haus Von Rosemarie Stein..... |
| | 33 |

Jubiläum

100 Jahre DRK Kliniken Köpenick gefeiert

Mit einem großen Festakt haben die DRK Kliniken Berlin-Köpenick am 14. Januar 2014 ihr 100-jähriges Bestehen gefeiert. Über 200 Gäste hatten sich im Krankenhaus im Köpenicker Allende-Viertel eingefunden. Begrüßt wurden sie vom Geschäftsführer der DRK Kliniken Berlin, Ralf Stähler (Foto: z. v. l.), und von der Vorsitzenden der DRK-Schwesternschaft Berlin e.V., Oberin Doreen Fuhr. Gesundheitssenator Mario Czaja (Foto: z. v. r.) sagte in seiner Festrede: „Das Krankenhaus steht seit nunmehr einhundert Jahren immer mit ganz vorn bei der erfolgreichen medizinischen Versorgung der Berlinerinnen und Berliner.“

Mehrere Festredner führten durch die wechselvolle Geschichte des Krankenhauses, das im Januar 1914 mit elf Ärzten, 30 Krankenschwestern und 149 Betten anging. Heute versorgen in der 510-Betten-Klinik mehr als 1.100 Mitarbeiter rund 65.000 Patienten jährlich und es kommen mehr als 1.000 Kinder zur Welt. Im Jahr 1992 übernahm dann die DRK-Schwesternschaft das Krankenhaus im Berliner Südosten.

Im Rahmen der Feier wurde Elga Stockmann (78), pensionierte Krankenschwester und Beiratsmitglied der DRK-Schwesternschaft Berlin e.V. eine besondere Ehre zuteil. Senator Mario Czaja verlieh ihr den Verdienstorden der Bundesrepublik Deutschland. Elga Stockmann engagierte sich bereits in ihrer aktiven beruflichen Zeit ehrenamtlich für den

Verein der DRK-Schwesternschaft Berlin und führte dieses Engagement auch nach ihrer Pensionierung fort. Daneben wurde anlässlich des Jubiläums die neue Klinik für Innere Medizin – Schwerpunkt Geriatrie eröffnet (s. Foto). Chefarzt der neuen Einrichtung ist Dr. med. Andreas Klobukowski (55), s. auch Chefarztwechsel S.8. In der Klinik, die über 45 Betten verfügt, werden ältere Patienten behandelt, die aufgrund einer akuten Erkrankung vom Verlust ihrer bisherigen Selbständigkeit oder von Pflegebedürftigkeit bedroht sind.



Berufsbildung

Ärztetkammer präsentiert sich auf der Messe „Gesundheit als Beruf“

Die Ärztekammer Berlin wird in diesem Jahr zum fünften Mal auf der Karriere- und Bildungsmesse „Gesundheit als Beruf“ vertreten sein: Mitarbeiterinnen der Abteilung 3, Schwerpunkt Berufsbildung, präsentieren auf der Messe den Ausbildungsberuf der Medizinischen Fachangestellten; sie werden dabei von Medizinischen Fachangestellten aus Fach- und Prüfungsausschüssen der Ärztekammer unterstützt. Interessierte können sich umfassend zum Thema Ausbildung beraten lassen, über Weiterbildungsmöglichkeiten informieren und Antworten auf Fragen zu Umschulungsmöglichkeiten erhalten. Die Ärz-

tekammer wendet sich in der Veranstaltung somit sowohl an Schüler von Abschlussklassen als auch an Wiedereinsteiger und Fortbildungsinteressierte.

Wie in den vergangenen Jahren wird die Karriere- und Bildungsmesse „Gesundheit als Beruf“ gemeinsam von der Industrie- und Handelskammer Berlin, dem Cluster Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg/HealthCapital und der Urania Berlin veranstaltet. Sie präsentiert den Besuchern Informationen zur Berufsvielfalt der Gesundheitswirtschaft sowie zu aktuellen Aus- und Weiterbildungsangeboten.



Datum:
Freitag, 14. März und
Samstag, 15. März 2014
Uhrzeit: 9 - 17 Uhr am Freitag
sowie 9 - 15 Uhr am Samstag

Ort: Urania Berlin
An der Urania 17, 10787 Berlin

Der Besuch der Messe ist
kostenfrei.

Weitere Informationen finden
www.gesundheit-als-beruf.de

ANZEIGE

Aktuelles

Ärzttekammer Berlin in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

Der 200 Stunden- Kurs Qualitätsmanagement nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité im Herbst 2014 als Kompaktkurs innerhalb von knapp vier Monaten veranstaltet.

Die drei 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.

Termine: Präsenzwoche 1: 08.09.-13.09.2014 / Woche 2: 13.10.-18.10.2014 / Woche 3: 17.11.-22.11.2014 (jeweils montags bis freitags von 9 bis 18 Uhr und samstags von 9 bis 16 Uhr)

Veranstaltungsort:
Ärzttekammer Berlin,
Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Weitere Informationen:
Tel.: 030 / 40806-1402
(Organisation),
Tel.: 030 / 40806-1207
(Inhalte) oder per E-Mail:
QM-Kurs2014@aekb.de



Kammerwahl 2014: Berufung des Wahlausschusses

Für die Durchführung der ab dem 15. Oktober stattfindenden Wahl zur 14. Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin hat der Vorstand in seiner Sitzung am 17. Februar gemäß § 7 der Wahlordnung einen Wahlausschuss berufen.



Dem Wahlausschuss gehören folgende Kolleginnen und Kollegen an:

- Herr Dr. med sc. Manfred Dücker
- Herr Norbert Hardinghaus
- Frau Dr. med Maren Holdorff
- Herr Andreas Jung
- Herr Dr. med Trutz-Hagen Legarth
- Frau Dr. med Ines Ziegler

Die konstituierende Sitzung des Wahlausschusses wird voraussichtlich am 12. März 2014 stattfinden.

Wir werden Sie ab sofort fortlaufend über den Fortgang der Wahlvorbereitungen informieren; die nach der Wahlordnung erforderlichen Bekanntmachungen oder Bekanntgaben des Vorstands der Ärztekammer Berlin bzw. des Wahlausschusses erfolgen zu gegebener Zeit.

Kurs

Verkehrsmedizinische Begutachtung

Der Kurs wendet sich an alle Fachärztinnen und -ärzte, die die Qualifikation für die Erstellung verkehrsmedizinischer Gutachten gemäß § 11 Fahrerlaubnisverordnung erwerben wollen.

Er bietet darüber hinaus Arbeitsmedizinern die Möglichkeit zur Vertiefung ihrer Fachkompetenz, insbesondere in Verbindung mit dem Seminar zur Untersuchung des Kontrast- und Dämmerungssehens /Gesichtsfeldbefundung, welches am Vormittag des 21.03.2014 stattfindet.

Termin: Freitag, 21.03.2014,
14.00 - 21.00 Uhr
Samstag, 22.03.2014,
8.30 - 17.30 Uhr

Ort: Ärztekammer Berlin,
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Teilnahmegebühr: 250 Euro
Hinweis: Kombipreis für
„Untersuchung des Kontrast-
und Dämmerungssehens /
Gesichtsfeldbefundung“ und
„Verkehrsmedizinische
Begutachtung“: 290 Euro

Information und Anmeldung:
Tel.: 030 / 40806 -1215
E-Mail: aag@aekb.de

srd



Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

DRK Kliniken Berlin / Köpenick

Die DRK Kliniken Berlin eröffneten im Januar

die neue Klinik für Innere Medizin – Schwerpunkt Geriatrie. Chefarzt der neuen Einrichtung ist Dr. med. Andreas Klobukowski. Die Klinik verfügt über 45 Betten und versorgt ältere Patienten akut medizinisch und rehabilitativ. Dr. Klobukowski arbeitete zuletzt als Chefarzt der Fachabteilung Geriatrie im Städtischen Krankenhaus Eisenhüttenstadt. Er ist Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie.

Vivantes Klinikum Friedrichshain

Prof. Dr. med. Ralph Kayser,

ehemals stv. Direktor der Klinik für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie – Universitätsmedizin Greifswald, hat als Chefarzt der Klinik für Orthopädie die Nachfolge von Frau Prof. Dr. med. Karin Büttner-Janz angetreten.

Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Chefarztpositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause.

Tel. 40 80 6-4100/-4101, Fax: -4199,

E-Mail: e.piotter@aekb.de oder s.rudat@aekb.de

ANZEIGE

Abschlussprüfung der Medizinischen Fachangestellten: Ergebnisse der Winterprüfung 2013/14

Es wurden folgende Ergebnisse erzielt:

| Punkte | 100 – 92,00 | 91,99 – 81,00 | 80,99 – 67,00 | 66,99 – 50,00 | 49,99 – 30,00 | 29,99 – 0 |
|---|--------------|---------------|------------------|-----------------|----------------|----------------|
| Note | 1 (sehr gut) | 2 (gut) | 3 (befriedigend) | 4 (ausreichend) | 5 (mangelhaft) | 6 (ungenügend) |
| 1. Schriftlicher Teil der Abschlussprüfung | | | | | | |
| Behandlungsassistenz | | | | | | |
| Anzahl | 7 | 54 | 103 | 41 | 5 | / |
| Betriebsorganisation und -verwaltung | | | | | | |
| Anzahl | 9 | 18 | 62 | 85 | 36 | 5 |
| Wirtschafts- und Sozialkunde | | | | | | |
| Anzahl | 15 | 22 | 90 | 52 | 24 | 4 |
| 2. Praktischer Teil der Abschlussprüfung | | | | | | |
| Anzahl | 12 | 61 | 76 | 49 | 9 | / |

Am 4. und 5. Dezember 2013 fand in der Ärztekammer Berlin der schriftliche Teil der Abschlussprüfung der Medizinischen Fachangestellten für ca. 220 Teilnehmer und Teilnehmerinnen statt.

Die Kandidatinnen und Kandidaten legten Leistungen in den Fächern Behandlungsassistenz, Betriebsorganisation und -verwaltung und Wirtschafts- und Sozialkunde ab.

Im Zeitraum vom 13. bis 23. Januar 2014 mussten die Prüfungsteilnehmer in dem jeweils bis zu 75 Minuten dauernden praktischen Teil der Prüfung ihre Fähigkeiten und Kenntnisse durch Demonstration, Dokumentation und Präsentation praxisbezogener Arbeitsabläufe unter Beweis stellen.

An die praktische Prüfung schließt sich ein 15-minütiges Fachgespräch an.

*Kombinierte orale Kontrazeptiva (KOK)***Thromboembolierisiko**

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) hat eine Übersicht über das Risiko **venöser** Thromboembolien oraler kombinierter Kontrazeptiva in Abhängigkeit unterschiedlicher Gestagene publiziert (Tabelle 1).

Schwerpunkt der Mitteilung der AkdÄ war das Auftreten von zerebralen venösen Thrombosen unter KOK, im Vergleich zu Lungenembolien und tiefen Beinvenenthrombosen weniger häufig auftretend, jedoch mit einer Mortalität von bis zu 15 % verbunden. Vor einer Verordnung von KOK muss das individuelle Risikoprofil der Frauen für Thromboembolien eruiert wer-

den (Rauchen, Übergewicht, höheres Lebensalter, Migräneanfälle, Familienanamnese venöser Thromboembolien).

In einem Kommentar zu einer dänischen epidemiologischen Studie, in der das Risiko **arterieller** Thromboembolien unter der Einnahme von KOK untersucht wurde, wird festgestellt, dass aufgrund zu geringer statistischer Power nur klar zu sein scheint, dass KOK allgemein das Risiko arterieller Thromboembolien erhöhen, vermutlich abhängig vom Estrogenanteil. Neue Erkenntnisse oder Handlungsanweisungen lassen sich nach Auffassung des Kommentators aus der Studie nicht ableiten (Tabelle 2).

Quellen: Dt. Ärztl. 2013; 110(50): C 2074-5; Internist 2013; 54 (12): 1520-22

Tabelle 1

| Einnahme von KOK mit | Jährliche Rate venöser Thromboembolien pro 10.000 Frauen |
|---|--|
| Levonorgestrel, Norgestimat, Norethisteron | 5 bis 7 |
| Etonogestrel, Norelgestromin | 6 bis 12 |
| Gestoden, Desogestrel, Drospirenon | 9 bis 12 |
| Cyproteronazetat (Off-label !!) | 7,5 bis 14 |
| Chlormadinon, Dienogest, Nomegestrol | Daten bisher unzureichend |
| Allgemeines Risiko für nicht schwangere Frauen ohne KOK | 2 |

Tabelle 2

| Progesteron | 30 - 40 µg | Ethinylestradiol | 20 µg | Ethinylestradiol |
|----------------|--------------|------------------|--------------|------------------|
| | Schlaganfall | Myokardinfarkt | Schlaganfall | Myokardinfarkt |
| Levonorgestrel | RR 1,65 | RR 2,02 | | |
| Norgestimat | RR 1,52 | RR 1,33 | | |
| Desogestrel | RR 2,20 | RR 2,09 | RR 1,53 | RR 1,55 |
| Gestoden | RR 1,80 | RR 1,94 | RR 1,70 | RR 1,20 |

ANZEIGE

*Brausetabletten***Herz-Kreislauf-Risiko**

Brause- und Lösungstabletten können bei täglicher Einnahme die empfohlene Tagesdosis von 2,4 g Na (entsprechend 5 g Kochsalz) überschreiten – mit möglichen Risikoerhöhungen (hier: + 16 %) für Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall und andere Herz-Kreislauferkrankungen. Die epidemiologische Studie kann keine Kausalität beweisen (z.B. siebenfach erhöhtes Risiko, einen Bluthochdruck zu entwickeln), eine Korrelation ist jedoch wahrscheinlich. Es scheint einfach zu sein, in vielen Fällen auf Brausetabletten zu verzichten. Nachdem der Na-Gehalt in Lebensmitteln ausführlich deklariert werden muss, sollte dies auch für Arzneimittel gelten.

Quellen: Dtsch. Apo.Ztg 2013; 153 (50): 5318; www.aerzteblatt.de/nachrichten/56721

*Dabigatran***vermehrte Thromboembolien**

Nach einem Kommentar zu einer neuen englischen Studie mit Dabigatran (Pradaxa®) nach Herzklappenersatz scheint dieser neue Arzneistoff derzeit keine Alternative zu einem alten Vitamin-K-Antagonisten (Warfarin) zu sein. Er verursachte mehr thromboembolische Ereignisse (11% vs 0) und Blutungen (27 % vs 12 %) als Warfarin.

Quelle: Dtsch.Med.Wschr. 2014; 139: 9

Ihr Ansprechpartner bei Rückfragen:

Dr. Günter Hopf
Ärztchammer Nordrhein
Tersteegenstr. 9
40474 Düsseldorf
Telefon: 0211 4302-2272

Leserbriefe

BERLINER ÄRZTE 1/2014, S.29

„Vom langen Weg zur Unabhängigkeit“ – Bericht vom 2. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Ihre herausragende Autorin, Frau Rosemarie Stein, hat wieder einmal den Nagel auf den Kopf getroffen. Ihre Wiedergabe vom Fortbildungskongress (...) trifft die Zustände im deutschen Arzneimittelwesen punktgenau, was ich als Mitbegründer des „arznei-telegramm“ (...) besonders begrüße. Die Feststellung von Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig, dem Vorsitzenden der Arzneimittel-Kommission der Dtsch. Ärzteschaft, „Wir haben eher eine Marketing-basierte als eine Evidenz-basierte Medizin ist leider derart zu ergänzen, dass wir auch eine verbreitete „Esoterik-basierte Medizin“ zu beklagen haben. Dafür beispielhaft wurde kürzlich in Berlin ein „Wasser-Symposium“ abgehalten, für welches vielleicht versehentlich von der Berliner Ärztekammer 7 Fortbildungspunkte vergeben worden sind. Veranstalter dieser sog. Fortbildung war eine Arbeitsgemeinschaft „Lebendiges Wasser“, Kooperationspartner der Leonhards-Stiftung aus Bayern. (...) Es ist sehr bedenklich, wenn Mediziner mit

solch obskuren Thesen ihre Patienten gefährden („Krebstherapie mit lebendigem Wasser“). Für eine solche paramedizinische Veranstaltung sollten aber nicht 7 Fortbildungspunkte vergeben werden. (...) Bei jenem obskuren „Wasser-Symposium“ hat es sich (...) nicht nur um medizinisch unhaltbare Esoterik, sondern zudem um eine Werbeveranstaltung gehandelt.

*Prof. Dr. med. Klaus-Werner Wenzel
Berlin*

Der Fortbildungsausschuss sowie der Beirat für die Fortbildungsanerkennung haben sich mit der Veranstaltung befasst. Beide Gremien teilen zum Sachverhalt Folgendes mit:

Die Abteilung Fortbildung/Qualitätssicherung in der Ärztekammer Berlin hat die Veranstaltung irrtümlich als im weitesten Sinne den Fachgebieten Naturheilkunde bzw. Homöopathie zugehörig interpretiert und daher leider eine Anerkennung von Fortbildungspunkten vorgenommen. Im Weiteren, d.h. im Nachgang zu dem von Kollege Wenzel inhaltlich zu Recht kritisierten Symposium, erhielt die Ärztekammer zusätzlich Kenntnis von einem vom ursprünglichen Antrag auf Fortbildungsanerkennung abweichenden Veranstaltungsprogramm. Sie hat

daraufhin den Antragsteller angeschrieben und eine eindeutige Antragstellung für die Zukunft angefordert. Die fehlende Produktneutralität dieses Symposiums war seitens des Hauptamtes der Ärztekammer im Zuge der Antragsbearbeitung nicht zu erkennen. Dies wird gegenüber dem Veranstalter bzw. wissenschaftlichen Leiter kritisiert und kann in Zukunft berufsrechtlich belangt werden. Derzeit überarbeitet der Fortbildungsausschuss die Fortbildungsordnung der Ärztekammer Berlin und deren Ausführungsvorschriften, sodass künftig rechtlich sichere Verfahrensschritte zur Verfügung stehen, um z.B. auch Sanktionen wie die Sperrung eines Veranstalters bzw. wissenschaftlichen Leiters für weitere Fortbildungen zu veranlassen. Bei Zustimmung der Delegiertenversammlung wird dieses noch vor der Sommerpause 2014 realisiert werden können. Der Fortbildungsausschuss und der Beirat für die Fortbildungsanerkennung danken für die kritische Zuschrift als Beitrag zur Qualitätssicherung.

BERLINER ÄRZTE 1/2014, S.11

„Befall mit Grabmilben – auch eine Reisekrankheit“ – Mitteilungen aus dem Institut für Tropenmedizin

Die Ausführungen des Kollegen Dieckmann kann ich voll bestätigen. Seit 6

Jahren bin ich ehrenamtlich in einer Obdachlosenpraxis tätig. Wir sehen fast täglich das beschriebene Krankheitsbild Scabies. Trotz 10-facher Lupenvergrößerung sind die Milben praktisch nicht darzustellen. Auch unsere erfahrenen Dermatologinnen richten sich in der Diagnostik nur nach der Anamnese und dem klinischen Befund. Es ist fast regelmäßig die gesamte Haut befallen. (...) Unsere Therapie besteht in Einreibungen mit Crothamiton, das mehrfach angewendet wird und immer zum gewünschten Abheilen der Haut führt. Ich kann auch die Aussage von Herrn Dieckmann bestätigen, dass ich selbst während meiner Praxistätigkeit nur selten an die Krätze gedacht habe, weil die typischen Hautveränderungen nicht immer am Unterarm sind. Symptomatische Therapien waren nicht immer erfolgreich: Das heißt: Die Diagnosestellung war unzureichend. Ich kann daher nur allen Praktikern (Allgemeinärzten, Internisten und Chirurgen) dringend empfehlen, dass Sie in den Obdachlosenpraxen hospitieren. Falls Sie keine Möglichkeit haben, sollten Sie eher an die Krätze denken und statt mit Cortisonsalben lieber einen Therapie-Versuch mit Crothamiton (Rezeptur: Crothamitexsalbe (40g/100g) vornehmen. (...)

Dr. med. Fred Reiß, Berlin

ANZEIGE

„Wenn Partnerschaft verletzend wird... – Kompetent (be)handeln bei häuslicher Gewalt“

Gewalt in Partnerschaften ist weit verbreitet, betrifft überwiegend Frauen und gilt als ein zentrales Gesundheitsrisiko (WHO). Kinder sind von Gewalt in Partnerschaften stets mit betroffen. Ärztinnen und Ärzte können Türen öffnen, wirksame Unterstützung bei aktuellen oder zurückliegenden Gewalterfahrungen bieten und helfen, den generationenübergreifenden Kreislauf von Opfer- und Täterschaft zu durchbrechen.

Für eine gelingende Intervention sind Wissen um Prävalenz, Risikofaktoren sowie Erkenntnisse zum Gewaltkreislauf und Kindeswohlgefährdung bedeutend. Dies gilt ebenso für Sicherheit im Ansprechen von Gewalterfahrungen, in der rechtssicheren Dokumentation, in der Kenntnis von weiterführenden Hilfen sowie Klarheit über Handlungsmöglichkeiten und -grenzen.

Die Zusammenarbeit mit weiterführenden Versorgungs-, Beratungs- und Zufluchtseinrich-

tungen gewährleistet eine fachkompetente Intervention und entlastet zugleich alle beteiligten Berufsgruppen.

Die zweiteilige S.I.G.N.A.L.-Basis-Fortbildung in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin findet am 10.05.2014 (10-14 Uhr) sowie am 14.05.2014 (17:00-19:30 Uhr) in den Räumen der Ärztekammer Berlin statt.

Sie vermittelt Grundlagenkenntnisse und Handlungssicherheit im Umgang mit der Thematik „Gewalt in Partnerschaften“. Eine Anmeldung ist erforderlich.

Anmeldeverfahren: S.I.G.N.A.L. e.V.
Koordinerungs- und Interventionsstelle
Hilde Hellbernd, MPH; Karin Wieners, MPH;
E-Mail: wieners@signal-intervention.de;
Fax: 030 / 275 95 366

Die Basis-Fortbildung ist mit Fortbildungspunkten der Ärztekammer Berlin anerkannt.

Siehe auch Bericht auf Seite 30.

Alumni gesucht

Die Charité ehrt seit vielen Jahren ihre Alumni, die vor 50 Jahren an der Charité promoviert haben, mit der Vergabe einer „Goldenen Doktorurkunde“.

In diesem Jahr soll es nun zum dritten Mal in Folge wieder im Rahmen eines großen Festaktes im Konzerthaus am Gendarmenmarkt in Berlin-Mitte erfolgen. Infolge der Wirren der Nachkriegs- und Vorwendezeit ist der Kontakt zu so mancher Kollegen/manchem Kollegen leider verloren gegangen. Sollten Sie vor etwa 50 Jahren in Berlin promoviert haben oder jemanden kennen, auf den dies zutrifft, melden Sie sich doch bitte im Promotionsbüro der Charité – Universitätsmedizin unter **030/450576-018 oder -016.**

Kurs

Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Intensivprogramm nach dem Curriculum der Bundesärztekammer

Ob Sie nun eine Station, eine Abteilung, eine Klinik, eine Praxis oder ein MVZ führen: Für jede Ärztin und jeden Arzt ist Führung ein selbstverständlicher Bestandteil der täglichen Arbeit. Neben dem anspruchsvollen medizinischen „Kerngeschäft“ fordern dabei vielfältige, oft widersprüchliche nicht-medizinische Interessen Aufmerksamkeit, Zeit und Energie. Aber: Wie vereint man Arzt- und „Manager“-Sein? Wie können ärztliche Überzeugungen und organisationsrelevante Anforderungen miteinander in Einklang gebracht und die eigenen Ansprüche als Führungskraft wirkungsvoll umgesetzt werden?

Das Führungsseminar der Ärztekammer Berlin setzt an diesem Punkt an: Im Mittelpunkt steht

die Führungsperson selbst. Denn Führung bedeutet mehr als ein bloßes Plus an Aufgaben. Sie fordert die ganze Person mit ihren Kompetenzen, Werten und Haltungen. Das Seminar erweitert Ihre Führungskompetenzen. Es vermittelt konzeptionelles Wissen, um Organisationen werteziel- und mitarbeiterorientiert zu steuern, erfolgreich mit Mitarbeitern, Kollegen und Verhandlungspartnern gerade in schwierigen Situationen zu kommunizieren und zu interagieren. Die erfolgskritischen Dimensionen ärztlicher Führung werden aufgezeigt und die Gelegenheit geboten, die eigenen Kompetenzen zu stärken und ein persönliches Führungskonzept zu entwickeln. 2014 wird das Führungsseminar der Ärztekammer Berlin bereits im vierten

Jahr durchgeführt. Das Seminar verfolgt mit seinen vier Modulen, die sich auf drei Quartale erstrecken, bewusst einen prozess- und praxisorientierten Ansatz.

Bei abendlichen Kamingesprächen werden zusätzlich zum Tagesprogramm aktuelle Fragestellungen der Führung aus ungewöhnlichen Blickwinkeln diskutiert.

Das Seminar richtet sich vor allem an Oberärztinnen und Oberärzte aus Krankenhäusern sowie an Ärztinnen und Ärzte mit leitender Funktion in anderen größeren Einrichtungen der Patientenversorgung wie z.B. MVZ.

Termine:
Modul 1 Die Praxis des Führens
Do. 08.05. – 10.05.2014

Modul 2 Führen als interaktiver Prozess
Do. 26.06. – 28.06.2014

Modul 3 Veränderungsprozesse managen
Gesundheitspolitischer Rahmen Betriebswirtschaftl. Steuerung
Do. 11.09. – 13.09.2014

Modul 4 Transfer: Sicherung des eigenen Konzepts
Fr. 12.12. 2014

Veranstalter: Ärztekammer Berlin
Kursleitung: Priv.-Doz. Dr. med. Peter Berchtold

Ort: Evangelische Bildungsstätte auf Schwanenwerder/Berlin

Organisation und Unterlagen:
Anke Andresen-Langholz
Tel.: 030/40806-1301

Fragen zum Inhalt:
Dr. med. Henning Schaefer
Tel.: 030/40806-1200

aerztliche-fuehrung@aekb.de

Fortbildungsveranstaltung

Wenn Helfer zu Tätern werden

In der Ärztekammer Berlin hat Ende vergangenen Jahres eine gut besuchte Fortbildungsveranstaltung zum Thema „Gewalt gegen Patienten mit tödlichem Ausgang – das Risiko bedenken und wirksam vorsorgen“ stattgefunden. Das Thema war vom Menschenrechtsausschuss der Ärztekammer angeregt worden, der sich seit Jahren u.a. mit Menschenrechtsverletzungen im Alter und in der Pflege beschäftigt.

Der Referent des Abends, der Psychiater Professor Dr. Karl H. Beine, Chefarzt im St. Marien-Hospital in Hamm, hat 35 Mordserien mit insgesamt 326 gerichtlich nachgewiesenen Tötungen in Kliniken und Heimen untersucht, die sich im Zeitraum von 1976 – 2008

ereigneten. Er vermutet, dass die Dunkelziffer 2 bis 3 Mal höher liegt, ungeachtet der nicht untersuchten Einzeltötungen. Tötungen in Heimen und Kliniken, die eigentlich ein Schutzraum für Patienten sein sollten, stellen die Extremformen der Gewalt dar, sie können aber erkannt und verhütet werden. So sind die Täter häufig Menschen mit mangelndem Selbstbewusstsein, haben eigene Probleme und sind meist Einzelgänger. Im Vorfeld gibt es Warnzeichen, wie Verrohung der Sprache, auf Gewaltbereitschaft hindeutende Spitznamen, aber es gibt auch direkte Hinweise, wie gehäufte, ungeklärte Todesfälle und Medikamentendefizite. Häufig bestehen im Team Verdachtsmomenten, die nicht ausgesprochen

werden oder Hinweise von Angehörigen, die nicht weitergeleitet werden. Auch gesamtgesellschaftliche Einflüsse, wie z.B. Missachtung von Alter, Gebrechlichkeit und Krankheit spielen bei den Tötungen der vorwiegend hochbetagten Patienten eine Rolle. Eindringlich stellte Professor Beine effektive Präventivmaßnahmen dar: laufende Kontrolle des Medikamentenbestandes, gemeinsame Fallbesprechungen, Untersuchung gehäufter Todesfälle, anonymes Fehlermanagement, Supervisionen, gründliche Leichenschauen. Bei der Tötungsserie 2010 in der Charité gab es im Vorfeld Hinweise für ein Fehlverhalten der Schwester. Kurze Ausschnitte aus dem darüber gedrehten Dokumentarfilm des rbb „Der Fall Irene B.“ zeigten eindrücklich sowohl die Täterpersönlich-

keit als auch das wiederholt mitgeteilte Tatmotiv, aus Mitleid getötet zu haben. Eine besonders wichtige Rolle bei der Verhütung und Aufdeckung von Tötungsdelikten haben wir Ärzte – gemeinsam mit dem Pflegepersonal. In einigen Fällen, wie bei den Tötungsdelikten in der Charité 2007, hätten durch ein schnelleres Eingreifen Todesfälle vermieden werden können. Es gilt das Thema zu enttabuisieren und die Sensibilität zu erhöhen. In jeder, auch der eigenen Einrichtung, ob Krankenhaus, Heim oder in der häuslichen Pflege, kann Gewalt, auch in ihrer grausamsten Form, der Patiententötung, vorkommen.

Dr. med. Thea Jordan

Ausschuss für Menschenrechtsfragen
Ärztekammer Berlin

Fortbildung

Medizinische Fachangestellte „Ausbildung für Auszubildende“

Mittwoch, den 14. Mai 2014, 18 – 21 Uhr

Ärztliche Berufsausübung ohne qualifiziertes Assistenzpersonal? Nicht undenkbar, aber im Regelfall nicht Gold-Standard. Die Ausbildung eigenen Personals ist – besonders für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte – eine beachtliche Herausforderung, im Falle des Gelingens aber auch ein Gewinn. Letztlich sichert eine gute Ausbildung auch die eigene ärztliche Berufsausübung. Eine frühzeitige Integration der Auszubildenden in den betrieblichen Ablauf der Arztpraxis stabilisiert zudem das Arzt-Patienten-Verhältnis.

In der Veranstaltung erhalten Sie die wesentlichen Informationen rund um das Thema Ausbildung. Im Mittelpunkt stehen Methoden, Fertigkeiten und Kenntnisse, die dabei helfen, einen guten Ausbildungsverlauf zu erreichen. Dabei wird z. B. auch die Frage

„Was bedeutet Auswahl – Anleitung – Überwachung im Rahmen der Delegation einer ärztlichen Leistung an Auszubildende?“ in den Blick genommen. Die Veranstaltung richtet sich daher auch

an Ärztinnen und Ärzte, die in größeren medizinischen Institutionen mit der Ausbildung von Medizinischen Fachangestellten betraut sind. Gerne können Sie Ihre Fachkraft mitbringen. Um einen adäquaten Raum für die Veranstaltung belegen zu können,

bitten wir Sie um Rückmeldung auf dem nachstehenden Coupon bis zum 28. März 2014.

Sie erhalten nach Abschluss der Planungen eine Einladung mit Tagesordnung, die auch über den Ort der Veranstaltung informiert.

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin (3 Fortbildungspunkte, kostenfrei)

Bitte per Fax an 0 30 / 4 08 06 – 22 99 oder per E-mail an afa2014@aekb.de

Absender (bitte in Druckbuchstaben)



Medizinische Fachangestellte – „Ausbildung für Auszubildende“
Mittwoch, 14. Mai 2014 von 18 – 21 Uhr

An der Veranstaltung möchte/n ich/wir mit insgesamt _____ Person/en teilnehmen.

Unterschrift

»Wir schwimmen uns frei«

Ein Nachdenken über die Generation Y in der Ärzteschaft

Die Generation Y ist aktuell ein Thema mit hohem, medialem Aufmerksamkeitswert. Gibt es die vielzitierte Generation Y auch in der Ärzteschaft oder ist die Veränderung nur Ausdruck eines sich wandelnden Arbeitsmarktes? Laut der Studie „Fachkräftemangel im Gesundheitswesen“ der Unternehmensberatung Roland Berger (Oktober 2013) sollen schon 2015 rund 175.000 Ärzte und Pflegekräfte in Deutschland fehlen.



Von Ulrike Hempel

„Das hat mich sehr verwundert, denn es erscheint mir respektlos und ich fühle mich falsch charakterisiert“, kritisiert Dr. med. Josephine Reiche (32) einen Artikel im Deutschen Ärzteblatt. „Da hieß es über uns, wir seien selbstbewusst, würden Anweisungen nur nach Lust und Laune befolgen und bräuchten ständig Aufmerksamkeit und viel Feedback. Wir wären nicht eigenständig und ärztliche Führungskräfte müssten darin geschult werden, wie sie mit der Generation Y in der Klinik und der Praxis umgehen sollen.“ Wir, das sind die zwischen 1980 und 1990 Geborenen, die Generation Y – englisch ausgesprochen. Das englische Y ist ein Homonym zu „Why“, die Frage nach dem „Warum?“.

Die 32-Jährige hat ihr Examen 2008 gemacht, ist in einer Berliner Arztpraxis angestellt und befindet sich in der Weiterbildung zur Allgemeinmedizinerin. Die Mutter von drei Kindern (3, 5 und 7) findet: „Selbstbewusstsein ist doch eine gute Charaktereigenschaft, die man niemandem vorwerfen kann und schon gar nicht einem Arzt, der Entscheidungen treffen und vor anderen vertreten muss.“ Nachvollziehbar, dass Reiche gekränkt ist, wenn jemand über ihre Generation sagt, sie würden als junge Ärzte Anweisungen nur nach Lust und Laune befolgen. Schließlich übernehme sie als junge Ärztin viel Verantwortung und beweise Eigenständigkeit, vorausgesetzt sie wisse, dass hinter ihr eine Sicherheit ist. „Und Rückfragen zu stellen ist doch überhaupt nichts Negatives. Im Gegenteil, als Chef- oder Oberarzt würde ich mich freuen, wenn meine Mitarbeiter auch mal kritisch nachfragen und über Themen diskutieren möchten.“ Heute würden die Studenten schon während



Dr. med. Josephine Reiche

Foto: privat

ihrer Ausbildung viel diskutieren „und dann kommen sie in die Klinik, da fällt es schwer, Anweisungen einfach blind zu befolgen. Ich finde gut, dass sich einige trauen, den Mund auf zu machen“.

Zu diesen einigen gehören auch Friederike Jahn (26) und Pascal Nohl-Deryk (24). Jahn studiert in Greifswald und macht gerade ihr PJ in der Inneren Medizin im DRK-Klinikum in Neustrelitz. Nohl-Deryk ist im 7. Semester des Medizinstudiums in Bochum. Beide engagieren sich im bvmkd, der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. und waren zur außerordentlichen Mitgliederversammlung am Samstag, 11. Januar 2014, in Berlin.

Der 24-jährige Nohl-Deryk hält mit seiner Meinung nicht hinterm Berg: „Manchmal muss man dem Chefarzt oder der Klinikleitung, die da alles in Butter wännen, deutlich machen, dass es Menschen gibt, die in dem System arbeiten und damit ein Problem haben, dass es läuft, wie es läuft.“ Muss Arbeit so strukturiert sein, wie sie momentan in den Schichtmodellen gehandhabt wird? Muss sich alles auf die ärztliche Visite fokussieren? Kann man die Nachtdienste nicht anders organisieren? Welche Aufgaben können von der ärztlichen Seite wegdelegiert werden? „Wir sind



Friederike Jahn und Pascal Nohl-Deryk

Foto: U. Hempel

eine Generation, die viel fragt und Dinge nur dann macht, wenn sie für uns einen Sinn ergeben und wenn sie, für uns und die Gemeinschaft effektiv sind“, bestätigt Jahn und erklärt weiter, „wir sind jung, frisch, engagiert und leistungsorientiert. Aber wir suchen auch nach einem Ausgleich zwischen Wohlbefinden, Leistung und Selbstverwirklichung“. Leistung sei dabei nicht nur im Beruf, sondern viel breiter und stärker definiert, zum Beispiel wie es ist, ein guter Familienmensch oder ein guter Freund zu sein. „Ich will im privaten Kontext präsent sein und 100 Prozent geben, nicht nur in meinem ärztlichen Beruf“, ergänzt Nohl-Deryk.

Leistungsbereitschaft so hoch wie nie zuvor

Die Beschreibung der Generation Y geht in diese Richtung: Arbeit hat ihre Bedeutung für sie als zentraler Lebensinhalt verloren. „Sie hat Freude am Erfolg und an der Verwirklichung eigener beruflicher Vorstellungen“, schreibt Prof. Dr. Jutta Rump in der Veröffentlichung „Die jüngere Generation in der Arbeitswelt“ (2011).

Die Ludwigshafener Professorin ist Leiterin des Instituts für Beschäftigung und Employability (IBE). Im Gespräch mit BERLINER ÄRZTE hob sie hervor:

„Die Leistungsbereitschaft der jüngeren Generation ist so hoch wie nie zuvor. Aber – und jetzt kommt die Einschränkung – Leistung ist verbunden mit der Forderung nach Perspektiven, Sinn und Freude an der Arbeit. Das Arbeitsethos ist von einer deutlich geringeren Frustrationstoleranz gekennzeichnet.“

Was macht die Generation Y in der Ärzteschaft aus? Das Deutsche Ärzteblatt veröffentlichte dazu im Mai 2013 eine Übersicht zu Unterschieden und Gemeinsamkeiten von Mitarbeitergenerationen im Krankenhaus:

Tabelle 1: Quelle Dtsch. Ärztebl 2013 110(19): A-928/B-808/C-804

| TABELLE 1: UNTERSCHIEDE UND GEMEINSAMKEITEN VON MITARBEITERGENERATIONEN IM KRANKENHAUS | | | | |
|--|---|--|--|---|
| | Wirtschaftswundergeneration | Babyboomer | Generation X | Generation Y |
| Geburtsjahrgänge | 1945-1955 | 1956-1965 | 1966-1985 | Ab 1986 |
| Prägende Ereignisse | Wiederaufbau, Wirtschaftswunder, Vollbeschäftigung | erste Ölkrise, Mondlandung, deutsche Teilung | Wiedervereinigung, Privatfernsehen | 9/11, Krieg im Irak, Internet, Social Media, Globalisierung |
| Einstellung zur Arbeit | idealistisch, Skepsis gegenüber Autoritäten, loyal zum Unternehmen | Wettbewerb um Positionen und Karriere, Umweltbewusstsein und Emanzipation | Individualismus und materielle Werte, karriereorientiert, ehrgeizig, Work-Life-Balance | Arbeit muss Spaß machen und fordern, lernbereit, flexibel und mobil |
| Arbeitsmotto | Leben, um zu arbeiten | Leben, um zu arbeiten | Arbeiten, um zu leben | Leben beim Arbeiten |
| Sicherheit des Arbeitsplatzes/Angst um Arbeitsplatz | keine Sorgen, da Vollbeschäftigung bestand | beginnende Sorgen um Arbeitsplatz in der Medizin, große Niederlassungswelle | großer Wettbewerb um Stellen im Krankenhaus und Sorge um Arbeitsplatz | keine Sorgen um Arbeitsplatz wegen Fachkräftemangel |
| Wert der Freizeit | erste Orientierung zur Freizeit | abnehmende Wertigkeit | Work-Life-Balance | sehr groß |
| Bedeutung von Titeln und Hierarchiestufen | sehr wichtig | sehr wichtig bis weniger wichtig | wichtig | unwichtig |
| Auszeiten vom Job | keine | sehr selten | etablierte Auszeiten (Elternzeit) werden genommen | „Privatleben kommt vor Arbeit“ |
| Motivation | keine materiellen Anreize, sondern Selbstverwirklichung und persönliche Anerkennung | weniger materielle Anreize, Partizipation | materielle Anreize, Karriere | keine finanziellen Anreize, geregelte und planbare Arbeitszeiten |
| Lebenssituation | kurz vor dem Ruhestand, Kinder sind erwachsen | Kinder teilweise noch im Haus, gegebenenfalls bereits Pflege von Angehörigen | mittlere Lebensphase, im Berufsleben etabliert, späte Familienplanung hier häufig | etablieren sich gerade im Berufsleben, unabhängig |
| Physische und psychische Belastbarkeit | abnehmende körperliche Leistungsfähigkeit, Kompensation durch Routine | körperliche Leistungsfähigkeit hoch, große Erfahrung und Routine | körperliche Leistungsfähigkeit sehr hoch, große Erfahrung und Routine, noch lernwillig | körperliche Leistungsfähigkeit sehr hoch, unerfahren und neugierig |

Generationskonflikt in der Klinik

Dr. Christan Friese ist der Geschäftsführer des Personalmanagements bei Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH. Der Rechtsanwalt bestätigt, „das Phänomen Generation Y und die damit verbundenen Stereotypen gibt es – begünstigt durch den Fachärztemangel – sehr wohl. Im Bewerbungsgespräch wird klar gesagt: ‚Sie kommen für mich als Arbeitgeber nur in Frage, wenn ...‘ – und dann kommen die Forderungen. Die Anspruchshaltung ist hoch“. Friese berichtet, ihm werde von den Chefärzten bei Vivantes das Aufeinandertreffen und Nichtverstehen der unterschiedlichen Biografien teilweise drastisch geschildert. Das Forderungsverhalten der jungen Ärzte kann für manche Chefärzte schon sehr irritierend sein. Sie selbst wurden in ihrer beruflichen Entwicklung oft durch ein streng hierarchisches System geprägt. Da passt es nicht ins Bild, wenn ein Assistenzarzt oder eine Assistenzärztin am Ende eines Bewerbungsgesprächs verkündet, man werde sich in den nächsten Tagen melden, ob das Stellenangebot vielleicht angenommen wird. Auch beim Thema Überstunden gibt es immer mal wieder Konflikte, sagt Friese: „Die Personalbemessung ist auch bei Vivantes sportlich. Ist jemand plötzlich krank, wird es mitunter schwierig.“ Es sei heute keine Selbstverständlichkeit mehr, dass die jungen Ärzte – innerhalb der gesetzlichen Arbeitszeit – länger im Dienst bleiben, damit die Patientenversorgung gesichert ist. Es kommt vor, dass junge Kollegen dann sagen: Ich habe meinen Dienst geleistet, jetzt habe ich Freizeit. Das ist keine Seltenheit mehr.

Zu Frieses Tätigkeit als Geschäftsführer Personalmanagement gehört es, im Unternehmen einen Kulturwandel mit auf den Weg bringen und die Generationen in ihrer Einstellung zur Arbeit, im Motivationsverhalten und in den Anforderungen an Führungskräfte zu verstehen. Das bedeutet auch Gräben zu überbrücken, was nicht immer so einfach ist. Es gibt schon auch noch die Führungskräfte der ‚alten Schule‘, die eher vermitteln, dass

Mitarbeiter keine Ansprüche zu stellen haben. Für Friese ist klar: Die Chef- und Oberärzte sind für Vivantes sehr wichtig, sie tragen eine große Verantwortung und genießen eine hohe Wertschätzung. „Aber es gehört mit zu meinen Aufgaben, hier um Verständnis für

einander zu werben, denn wir werden uns in nicht allzu ferner Zukunft nach der Decke strecken müssen, wenn wir junge Ärztinnen und Ärzte für uns gewinnen wollen.“ Es gibt natürlich Chefärzte, die ihren Mitarbeitern schon heute großen Spielraum lassen.

Dr. med. Daniel Peukert (35)

Hartmannbund Berlin, Vorstand (Finanzbeauftragter), seit 2013 FA für Orthopädie und Unfallchirurgie



„Was ich in den Artikeln über die Generation Y nicht der Wahrheit entsprechend wiedergegeben fand, ist die Theorie, dass die junge Ärztegeneration nicht mehr arbeiten will.“

Die Assistenzärzte in meinem Umfeld, die zur Generation Y gehören, sind selbstverständlich bereit zu arbeiten. Aber umgekehrt achten sie darauf, pünktlich nach Hause zu gehen.

Das ist meines Erachtens durchaus zeitgemäß. Warum sollte der Arzt jeden Tag 12 Stunden im Krankenhaus sein, wenn er für 40 Stunden pro Woche angestellt ist. Das ist ein Problem, das die Arbeitgeber lange ignoriert haben und aufgrund der Marktsituation auch ignorieren konnten. Sie haben mit einem zu geringen Personalschlüssel ein Arbeitspensum ableisten lassen, das nur funktioniert hat, weil die Leute von sich aus täglich drei bis vier Stunden an ihre Dienstzeit ran gehängt haben. Die Polemik gegenüber der Generation Y verhindert, dass darüber gesprochen wird, dass neben mehr Pflegepersonal auch mehr ärztliches Personal gebraucht wird. Das möchte keiner hören. Der Aussage, die Anzahl der angestellten Ärzte sei in den letzten 10 Jahren um 50 Prozent gestiegen, steht eine Verdopplung der Patientenzahl gegenüber.

Der Hartmannbund hat 2012 eine Umfrage unter ca. 900 Assistenzärztinnen und -ärzten gemacht, um Fakten in der Hand zu haben, welche Erwartungen die jungen Kolleginnen und Kollegen an das Berufsleben haben. Die Studie berührt die Fragen Arbeitsbedingungen, Beruf und Familie sowie Weiterbildung. Die Forderungen der Generation Y sind generell von allen Berufen im Gesundheitssektor nachvollziehbar.“

Dr. med. Eva Müller-Dannecker (57)

seit 2009 Leiterin Stab Change Management Personalentwicklung/IFW, Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH, FA für Anästhesie und Intensivmedizin.



Foto: Vivantes

„Letztlich geht es darum, in den Dialog zu kommen, sich zuzuhören und jede Seite wertzuschätzen. Der Fachkräftemangel zeigt, dass die Zeit der ‚alten Hauden‘ vorbei ist. Das ist eine große Chance für eine bessere Führungskultur.

Manchmal bin ich sehr erschrocken, unter welchen hohen Belastungen Ärzte agieren müssen und wie sehr sie selbst da-

runter leiden. Das Dilemma, für alles zu wenig Zeit zu haben, führt zu einem starken Leiden an den Rahmenbedingungen und der eigenen Hilflosigkeit gegenüber den vorgegebenen Strukturen.

Ich glaube, dass an die Chefärzte sehr hohe Anforderungen gestellt werden, z.B. die fachlich hervorragende Versorgung der Patienten, Akquise und Marketing, Einhaltung der ökonomischen Vorgaben, Weiterbildung, Ablaufoptimierung und Personalführung. Ein Mensch ist mit dieser Situation allein überfordert und kann sie nur bewältigen, wenn die Aufgaben im Team verteilt und die Verantwortlichkeiten delegiert werden.

Allein kann man das nicht schaffen, in allen Bereichen hervorragende Qualität abzuliefern. Das erfordert soziale Kompetenzen bei den ärztlichen Führungskräften. Die Chefärzte brauchen dafür unsere Unterstützung. Nur mit dem Ohr an der Basis können wir Veränderung gestalten. Uns helfen keine abgehobenen Strategien aus der Feder von Beratern, wir müssen an den Problemen arbeiten, die die Ärzte unmittelbar betreffen.“

Ein Chefarzt, der Spielraum gibt

Einer dieser Führungskräfte ist Prof. Dr. Bruno-Marcel Mackert, seit Februar 2007 Chefarzt der Klinik für Neurologie mit Stroke Unit, Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum. Der 49-Jährige ist seit 22 Jahren ärztlich tätig und beschreibt, wie sich das Medizinerdasein im Vergleich zu seiner Generation verändert hat: „Am deutlichsten wird der Kontrast bei den Bewerberzahlen. Als ich mich damals um die erste Stelle beworben hatte, waren überall in den Sekretariaten volle Wäschekörbe mit Bewerbungsunterlagen. Man war froh, wenn man eine Stelle hatte, die in der Regel auch noch befristet war. Als Arzt im Praktikum wurde man zu meiner Zeit mit ca. 1.500 DM pro Monat abgespeist. Man hat sich als junger Arzt dennoch irgendwie durchgehängt. Vor 20 Jahren konnte man sich viel wünschen, aber letztlich machte man alles so, wie es einem vorgeetzt wurde.

Arbeitszeiten spielten viel weniger eine Rolle. Ich erinnere mich, dass es bei mir auch 100 Arbeitsstunden in der Woche gab.“ Heutzutage suchen sich die jungen Mediziner nach Mackerts Erfahrung ganz gezielt ihre Stellen aus, haben ganz konkrete Vorstellungen, insbesondere was die Vertragslaufzeit, die Ausbildung und die Struktur der Weiterbildung anbelangt. Schon in den Bewerbungsgesprächen wird detailliert nach dem Weiterbildungscurriculum gefragt. Der Chefarzt charakterisiert die jungen Kollegen als sehr engagiert. Sie würden aber auch darauf achten, dass das, was sie wollen, auch wirklich geboten wird. Die Einrichtung muss ihnen inhaltlich, atmosphärisch und von der Führungskultur her gefallen. Sie wollen in der Regel ein Teammodell und keine steilen Hierarchien.

Mackert hat sich den neuen Gegebenheiten angepasst und positive Erfahrungen mit dem offenen Besprechen und detaillierten Erläutern von Schwierigkeiten gemacht. „Das ist besser, als die jungen Kollegen schwimmen zu lassen und Anweisungen zu geben, die sie nicht verstehen.“ Natürlich ist die Personalsituation



Thomas Studer

Mitglied der Geschäftsleitung / Director im Geschäftsbereich Management Development & Transformation/ Kienbaum Management Consultants GmbH, Düsseldorf.

„Die Generation Y hat nach der Kienbaum-Studie „Was motiviert die Generation Y in der Arbeitswelt“ (2009/10) sieben Attraktivitätsattribute, die einen Arbeitgeber auszeichnen können: Herausfordernde Arbeit, Vergütung, kollegiales Arbeitsumfeld, Standort, Karrieremöglichkeiten, Work-Life-Balance, Weiterbildungs- und Entwicklungsmöglichkeiten. Das Arbeitgeberversprechen orientiert sich heute ganz deutlich an den Erwartungen der

jüngeren Generation. Diese Entwicklung lässt sich im Gesundheitssektor ebenso wie in anderen Branchen feststellen. Die Herausforderung im Gesundheitswesen stellt sich durch den Fachkräftemangel jedoch im Unterschied zu anderen Branchen aktuell schon ganz konkret.

Das entscheidende Stichwort ist Machtumkehr. Die Umkehrung des Marktes – der Arbeitnehmer sucht sich den Arbeitgeber aus – trifft in den Kliniken auf spezielle Strukturen. In einigen Einzelfällen gibt es interessanterweise sogar Beispiele, bei dem sind Krankenhäuser nach meiner Beobachtung Trendsetter. Die Ansprüche der Generation Y stellen im Gesundheitssektor die Strukturen um. Zum Beispiel gibt es in Kliniken das Jobsharing: ein cleveres Stellenduo teilt sich einen Job. Jobsharing finden wir heute schon als Angebot in ärztlichen Stellenausschreibungen. Das sind Beobachtungen von mir als externer Berater, die ich nicht statistisch belegen kann. Letztlich kann es vor dem Hintergrund der beiden Megatrends – demografischer Wandel und Generation Y – nur um diesen Lösungsfokus gehen: die Steigerung der Arbeitgeberattraktivität. Erfolgreiche Personalarbeit in Kliniken muss aktuell deshalb Antworten auf drei Fragen finden: Wie finden wir Top Talente? Wie fördern wir Mitarbeiter und Führungskräfte? Wie binden wir Leistungsträger? Unternehmen/Krankenhäuser müssen sich zum „Wunscharbeitgeber“ entwickeln, das ist die Herausforderung für Management und Personalarbeit heute und morgen.“

in der Medizin weiterhin angespannt, aber – zeigt sich der Professor mit einer kompletten Weiterbildungsberechtigung im Fach Neurologie überzeugt – diese Art der täglichen Kommunikation und verantwortungsbewussten Ausbildung ist nicht zeitraubender als schlechte Gesprächskultur mit ihren entsprechenden Folgen. Er führt mit all seinen Abteilungsmitarbeitern Mitarbeitergespräche. Außerdem ist es für ihn selbstverständlich, Assistenzärzten eine Frage persönlich zu beantworten, wenn der Oberarzt gerade nicht erreichbar ist. Alle haben seine private Handynummer und können ihn jederzeit

erreichen. Diese Verfügbarkeit setze ein Grundverständnis voraus, auf das sich sein Team geeinigt habe. „Jeder hat seinen Job: die Assistenzärzte können sicherlich besser Blut abnehmen, schneller Untersuchungen anmelden oder sich von einem Nachtdienst schneller erholen als ich, dafür kann ich vielleicht strategische Überlegungen besser anstellen, schwierige Krankheitskonstellationen kompetenter beurteilen und schwierige Gespräche besser als meine Assistenten führen. Die Möglichkeit, mich jederzeit anzurufen, geht mit dem Gebot der Dringlichkeit und Ernsthaftigkeit einher.

Ich werde in der Regel nur dann kontaktiert, wenn es wirklich notwendig und nötig ist. Schon die Tatsache allein gibt meinen jüngeren Kollegen die Gewissheit, dass in entscheidenden Situationen jemand hinter ihnen steht.“

Die Frage, ob Mackert den Jüngeren die Möglichkeit gönnt, Forderungen zu stellen, bejaht er sofort: „Mit der jungen Ärzte-Generation wird jetzt endlich korrigiert, was in meiner und der Generation davor eigentlich untragbar war.“ Er kritisiert, die Arbeitszeiten seien weder für den Patienten noch den



Foto: Vivantes

Prof. Dr. Bruno-Marcel Mackert

Arzt gut gewesen und betont, die Qualität ist höher, wenn man ausgeruht, konzentriert und strukturiert arbeitet. „Und, um das festzuhalten, die jungen Kollegen müssen heute hier in der Klinik täglich immer noch einen sehr hohen Arbeitsberg abtragen. Plötzlich sind drei Kollegen krank, die jungen Kollegen sehen jedoch sofort die Not und arbeiten selbstverständlich länger.“ Der Neurologieprofessor fordert, auch für die ältere Arzt-Generation Modelle zu entwerfen, wie sie sich das Leben ähnlich sinnvoll gestalten können wie der Nachwuchs. „Es ist doch nicht in Stein gemeißelt, dass die ältere Generation immer so weiter arbeiten muss wie eh und je“, meint Mackert und ergänzt, es liege – unabhängig vom Alter – an den Menschen, gangbare Konstrukte zu entwerfen. „Das ist eine Herausforderung an die ältere und mittlere Arzt-Generation, die zwar in ihrem Werdegang anders sozialisiert wurde, aber in ihren Bedürfnissen nach Work-Life-Balance der Generation Y viel näher steht, als das öffentlich dargestellt wird.“

„Wir können uns freischwimmen“

Der Assistenzärztin in der Inneren Medizin, Dr. med. Frauke Gundlach (31), die sich im Arbeitskreis „European junior

doctors“ beim Marburger Bund/ LV Berlin-Brandenburg engagiert, missfällt sehr entschieden, dass das Thema „Generation Y“ so aufgebauscht wird, „als würden wir etwas gänzlich Neues leben und leben wollen und sehr viel komplizierter sein als die anderen. Das glaube ich nicht. Die vorangegangenen Generationen waren in ein engeres Korsett eingezwängt. Wir können uns freischwimmen“. Gundlach konstatiert, sie könne eben auch höhere Ansprüche an die ärztliche Aus- und Weiterbildung stellen, „weil ich aufgrund des Fachärztemangels ein kostbares Gut bin“. Sie appelliert daran, dass die ärztliche Aus- und Weiterbildung ein Generationsvertrag ist und als jener auch gelebt werden sollte. „Ich wünsche mir eine gute, fundierte und strukturierte Weiterbildung, denn nur so kann ich meinen Aufgaben als Ärztin verantwortungsvoll nachkommen und in Zukunft mein Wissen und Können an die nachkommenden Generation weitergeben.“



Foto: privat

Dr. med. Frauke Gundlach

Forderungen

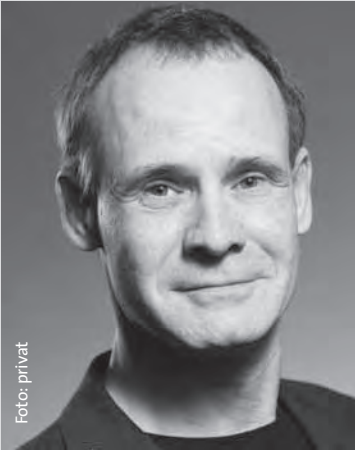
Gerade die Weiterbildung und der Raum für ein lebenslanges Lernen im Berufsalltag werden unter den jungen Ärzten aktuell sehr bestimmt diskutiert. „Die medizinische Ausbildung muss politisch, finanziell abgebildet und rechtlich dargelegt werden“, for-

dert Dr. med. Hannah Arnold, Gründungsmitglied Bündnis Junge Ärzte. „Unsere Bündnismitglieder haben ganz unterschiedliche Arbeitsalltage, aber die Probleme und Defizite sind überall gleich: Es geht um Ressourcenknappheit.“ Der Zusammenschluss der Vertreter der jungen Ärzte (Assistenzärzte/Fachärzte) von Verbänden und Fachgesellschaften hat sich im November 2013 mit dem Ziel gegründet, als kleines, schnell agierendes Organ interdisziplinär, verbands- und fachgesellschaftsübergreifend die Arbeitsbedingungen für junge Ärzte und die Patientenversorgung auf hohem Niveau zu halten und gegebenenfalls zu verbessern. Dafür wurden vier Schwerpunkte gesetzt und Arbeitsgruppen gebildet, in denen eine aktuelle Bestandsaufnahme und Problemanalyse durchgeführt und konkrete Lösungsvorschläge erarbeitet werden:

- die Auswirkungen der Arbeitsverdichtung auf Berufsbedingungen, Patientenversorgung und Behandlungsqualität,
- Strukturelle Defizite in der Weiterbildung,
- Vereinbarkeit Beruf und Familie, Vereinbarkeit von Klinik und Forschung.

Auch wenn sich das Bündnis momentan noch in der Aufbauphase befindet, die Ansage an die Öffentlichkeit ist eindeutig: „Wir sind uns sicher, dass die Versorgungsqualität und die Menschlichkeit in den deutschen Kliniken unter der zunehmenden Arbeitsverdichtung leiden werden. Es gibt einen Interessenskonflikt zwischen der härteren Ökonomisierung und adäquater ärztlicher Ausbildung.“ Das Bündnis will Ansprechpartner für aktuelle Entwicklungen sein, die fachgebietsübergreifend die Qualität der ärztlichen Weiterbildung und damit die zukünftige Basis einer hochwertigen Patientenversorgung bedrohen. „Die Assistenzärzte und die jungen Fachärzte sind die Ärzte der Zukunft und unser dringlichstes Anliegen ist eine gesicherte Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses“, sagt Hannah Arnold, 31 jährige Assistenzärztin in der Urologie (Berlin Buch).

Dr. med. Thomas Werner (45)



seit einigen Jahren berufspolitisch im Landesverband Marburger Bund und seit letztem Jahr in dessen Vorstand (Thema Berufspolitik) sowie in verschiedenen Gremien der Ärztekammer Berlin aktiv, FA für Chirurgie

„Auch in der Chirurgie sind die personellen Ressourcen eingedampft worden. Das

bedeutet, immer weniger Kollegen versorgen immer mehr Patienten. Die OP-Programme werden danach geschrieben, wer macht das in guter Qualität in einer akzeptablen Zeit. Da fallen die Weiterbildungsanforderungen häufig hinten runter. Hier müssen unbedingt andere Modelle entwickelt werden. Das ist natürlich für die ältere Arzt-Generation auch unbefriedigend, weil sie ihren eigenen Ansprüchen an die Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses nicht gerecht werden kann. Diesem Wunsch nicht nachkommen zu können, ist genauso schwierig, wie eine ungenügende Weiterbildung zu bekommen. Von Seiten des Marburger Bundes versuchen wir die Aus- und Weiterbildung anders zu strukturieren. Das findet seinen Niederschlag u. a. in den Tarifverträgen, indem wir versuchen, bessere Arbeitsbedingungen zu verankern.“

„Wir sind aber auf keinen Fall eine neue, problematische Generation, wie es gern dargestellt wird. Wenn es zwischen den Arzt-Generationen an Kommunikation mangelt und dies zu Problemen am Arbeitsplatz führt, dann sind da sicher beide Seiten beteiligt. Anstatt Führungskräfte in Seminaren für den Umgang mit der Generation Y zu schulen, plädiere ich, wenn notwendig, für mehr teambildende Maßnahmen in den Kliniken und in den Praxen, sagt Frauke Gundlach vom Marburger Bund, Arbeitskreis „European junior doctors“.

Vielleicht wäre es in Anbetracht Gundlachs Plädoyers ratsam, bei dem Thema „Generation Y in der Ärzteschaft“ in ernsthafter Weise darüber nachzudenken, wie sich die Ärzte um die Bewahrung des Team- und Solidaritätsgedankens bemühen können. Schlagzeilen wie

„Arbeitsplatz Krankenhaus: Was die jungen Wilden wollen“ (DÄBl, Heft 1-2, 6. Januar 2014) bieten zwar einen populären Erregungshappen, langfristig lenkt die herabwürdigende Polemisierung gegen die jungen Ärzte jedoch davon ab, dass der Fachkräftemangel in der Konsequenz zu verschärftem Wettbewerb und anhaltenden Auseinandersetzungen zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern führt. Die Ärzteschaft sollte sich vor diesem Hintergrund um das Verbindende zwischen den Ärztegenerationen bemühen. Das Festhalten am Trennenden könnte missbraucht werden, um zwischen den Ärzten zielgerichtet Unfrieden entstehen zu lassen.

Verfasserin:

Ulrike Hempel, Freie Journalistin



Die ÄKB zum Thema „Generation Y“

Die Ärztekammer Berlin hat am 5. Juni 2013 einen "Refresher"-Tageskurs zum Thema: "Führung unter neuen Vorzeichen – meine Rolle zwischen Generation Y, ökonomischem Druck und anspruchsvollen Patienten" erfolgreich durchgeführt. Der Kurs richtete sich an die Absolventen der Kurse "Ärztliche Führung", die die Ärztekammer Berlin nach dem Curriculum der Bundesärztekammer seit 2010 anbietet.

Ziel des Refreshers war es, die Herausforderungen ärztlicher Führung vor dem Hintergrund des Generationenwechsels aufzuzeigen und konkrete Probleme zu bearbeiten.

Denn im klinischen Alltag wird immer wieder thematisiert: Die Generation Y ist anders. Die Jungen haben genaue Vorstellungen zu den Anforderungen am eigenen Arbeitsplatz, sie wechseln eher den Job als sich anzupassen. Sie wollen sinnvolle Arbeitsinhalte, effiziente Weiterbildung und attraktive Arbeitszeitmodelle. Gleichzeitig steigen der ökonomische Druck und die Leistungsanforderungen in der Medizin.

Die Konsequenzen sind tiefgreifend und unübersehbar. Sie weisen auf einen Wandel der Patientenversorgung, des ärztlichen Selbstverständnisses und der Führungsaufgaben im ärztlichen Alltag hin.

Weniger Herztote?

Deutscher Herzbericht auf unsicherem Boden

„In Deutschland geht die Sterblichkeit infolge von Herzkrankheiten weiter zurück. Ursache ist die immer bessere kardiologische Versorgung, die inzwischen ein ausgezeichnetes Niveau erreicht hat.“ Mit diesen beiden so einfach und entschieden kausal verknüpften Sätzen fasste der Gießener Kardiologe Christian Hamm die zentralen Aussagen des „Deutschen Herzberichts 2013“ zusammen. Dieses gewichtige Werk der Versorgungsforschung wurde in Berlin der Öffentlichkeit vorgestellt. Hamm ist Präsident der „Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung“, die den Bericht – den 25. und wohl besten je erschienenen – zusammen mit anderen Fachgesellschaften und unter der Herausgeberschaft der „Deutschen Herzstiftung“ mitverantwortet.

Trifft der erste Satz zu? Altersleiden wie Herzinsuffizienz und bestimmte Herzklappenkrankheiten werden doch wegen der steigenden Lebenserwartung häufiger, ebenso bereits in mittleren Jahren Rhythmusstörungen. Das muss nicht bedeuten, dass wir immer kränker werden, aber, so Hamm, „wir widmen kardiologischen Krankheiten immer mehr Aufmerksamkeit, nicht zuletzt wegen der immer besseren Diagnosemethoden, was in der Folge zu häufigerer Diagnosestellung führt“. („Eine der verbreitetsten Krankheiten ist die Diagnose“, meinte der österreichische Satiriker Karl Kraus.)

Andere Herzleiden hingegen treten laut Herzbericht etwas weniger oft auf, vor allem die ischämischen in allen Formen, bis zum Infarkt. Auch die Sterbeziffern (Zahl der Verstorbenen auf 100.000 Einwohner) gehen bei den wichtigsten Herzkrankheiten – KHK, Herzinsuffizienz, Arrhythmien, Herzklappenleiden – insgesamt kontinuierlich zurück: von 811,8/100.000 im Jahre 2009 auf 806,5 im Jahre 2011 (in der Regel die neuesten Zahlen); macht 0,6 Prozent; beim akuten Myokardinfarkt allein ein Rückgang um 4,8 Prozent. Die regionalen Unterschiede sind enorm und nicht immer plausibel. Die niedrigste Herzsterblichkeit hatte 2011 Berlin zusammen mit Hamburg und Baden-Württemberg, die höchste hatten die neuen Bundesländer.

Glauben Sie keiner Statistik!

Die Zahlen dieses Berichts sind jedoch mit Vorbehalt zu betrachten.

1. werden hier (in jeweils eigenen Kapiteln) nur ausgewählte Krankheitsgruppen einbezogen, allerdings die wichtigsten; neben den genannten noch die angeborenen Fehlbildungen.
2. ist mit Überdiagnostik zu rechnen (davon später).
3. und am wichtigsten sind Zweifel an der Zuverlässigkeit der Statistik angebracht. Der Herzbericht weist selbst auf die Datenunsicherheit hin und übt im Einleitungskapitel, das alle seine Datenquellen nennt, Kritik an der Datenqualität.

Die Statistik muss keineswegs gefälscht sein, es gibt jede Menge Fehlerquellen. Der Herzbericht nennt zum Beispiel die föderale Struktur der Bundesrepublik: „Unterschiede bei der Systematik der Erfassung, beim Aggregieren der Daten oder an den verschiedenen Schnittstellen können das Bild verzerren“. Vorbildlich sei hingegen die zentrale Registrierung in Skandinavien oder den Niederlanden.

Selbst die „harten“ Daten der Mortalitätsstatistik haben weiche Stellen. An der Spitze der Datenquellen des Berichts steht nämlich das Statistische Bundesamt. Das stützt sich aber auf die Leichenschauscheine, deren Angaben über die Todesursache als denkbar un-

zuverlässig gelten. Erst seit 2004 beginnt man sie zu überprüfen. Soviel zum ersten der beiden anfangs zitierten Präsidentensätze.

Erfolgsmeldungen – mit Vorbehalt?

Nun zum zweiten Satz, der die immer bessere kardiologische Versorgung als „die“ Ursache für den Rückgang der Herzsterblichkeit bezeichnet. Eine bedeutende Ursache sicher. Die Erfolgsmeldungen der Kardiologen und Herzchirurgen bei der Vorstellung des – sehr solide, differenziert und auch etwas selbstkritisch wirkenden – Berichts waren eindrucksvoll. Besonders imponierte die Präsidentin der „Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie“, Brigitte Stiller, mit ihrer guten Nachricht: „In der gesamten Herzmedizin zeigen angeborene Herzfehler den prozentual stärksten Rückgang der Sterbeziffer.“ Von fast 22.000 stationären Patienten starben zuletzt nur 483 (zwei Prozent), ein Rückgang von Todesfällen seit 1990 um 60 Prozent!

Auch die summierte Sterbeziffer der im Bericht beschriebenen Herzkrankheiten ist beachtlich. Seit 1980 sank sie von 307,8 auf den bisher niedrigsten Wert, 257,4 pro 100.000 Einwohner (2011) – eine Reduktion um 16,3 Prozent. Alle Zahlen, wie gesagt, mit Vorbehalt. Aber Deutschland ist zweifellos kardiologisch/herzchirurgisch üppig versorgt. Nur: „Less is more“, sagt man in angelsächsischen Ärztekreisen. BERLINER ÄRZTE brachte im vorigen Heft (2/2014, Seite 28/29) einen Bericht aus dem British Medical Journal (seinem neuen Kooperationspartner) zum Thema Überdiagnostik, mit der Bitte um Abstracts zum nächsten Kongress „Preventing Overdiagnosis“. (15.-17.9.14, Centre for Evidence Based Medicine der Univ. Oxford. www.preventingoverdiagnosis.net)

Kardiologische Überversorgung? Beispiele

In Deutschland haben verantwortungsvolle Ärzte – Chirurgen vor allem, auch

Onkologen, mit der medizinischen und öffentlichen Diskussion über die teure und riskante Überversorgung begonnen. Vielleicht folgen jetzt die Herzspezialisten. Der Herzbericht lässt hoffen, und vor der Presse räumte Hamm ein: „Überversorgung – da ist was Wahres dran“. Sie sei schwer nachzuweisen, man wolle sie aber nicht. „Wir werden die Qualität messen und verbessern, auch die der Indikation“, kündigte er an.

Im Herzbericht taucht das Problem an mehreren Stellen auf: Die Zahl der Implantationen von Schrittmachern pro eine Million Einwohner hat sich seit 1995 mehr als verdoppelt (von 6.629 auf 14.218 im Jahre 2013), die von Defibrillatoren sogar verfünffacht (dabei spricht der Herzbericht von einer „Teilmenge“). Der Deutsche Herzbericht lässt die Frage offen, ob die Schweizer Arrhythmiepatienten nun unter- oder die deutschen Überversorgt sind, weil bei uns Herzschrittmacher und Defibrillatoren ungefähr doppelt so oft implantiert werden wie in der Schweiz (die schließlich kein Entwicklungsland ist). Auch die steigende Zahl der – nicht mehr auf supraventrikuläre Tachykardien beschränkten – Ablationen fällt auf. In nicht weniger als 547 Zentren werden diese Eingriffe angeboten, liest man im Herzbericht.

Kritik wird dort auch an der Häufigkeit um dem steilen Anstieg der Transkatheter-Aortenklappen-Implantationen (TAVI) geübt, die als noch nicht ganz ausgereift bezeichnet werden. Wie meist in diesem Bericht, fehlt ein internationaler Vergleich. Der Berliner Kardiologe Walter Thimme (Initiator des Berliner klinischen Herzinfarktregisters und Mitherausgeber des unabhängigen Arzneimittelbriefs) schätzt, dass diese Intervention bei uns vier- bis fünfmal häufiger gemacht wird als in vergleichbaren Ländern. Ihm verdankt BERLINER ÄRZTE auch den Hinweis auf Studien zu dem im Herzbericht breit diskutierten Problem einer möglichen Überversorgung mit der perkutanen Koronar-Intervention (PCI). Auch KHK-Patienten mit stabiler Angina pectoris werden heute oft katheterisiert und mit Stent versorgt – ohne nachgewiesenen Überlebensvorteil. (Zusammenfassung von Studienergebnissen in der letzten Nummer des Arzneimittelbriefs, Februar 2014).

Was Prävention bisher bewirkte

Bei der Vorstellung des Herzberichts wurde aber auch über Unterversorgung geklagt: auf dem Gebiet der – schlecht honorierten – Bemühungen um Prävention und Rehabilitation. Hamm

bezeichnete eine Verlagerung der Ressourcen als notwendig. Immerhin passiert jetzt einiges: Nach 25 Jahren findet sich zum ersten Mal ein kurzes Kapitel über Prävention und Rehabilitation im Herzbericht. Dort liest man: Bei der „Deutschen Gesellschaft für Kardiologie“ gibt es eine Projektgruppe, die ein Positionspapier zur „risikoadjustierten Prävention von Herz- und Kreislaufkrankheiten“ erarbeitet hat. Die „Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz- und Kreislauferkrankungen“ bietet Ärzten Kurse zum Erwerb der Zusatzqualifikation „Kardiovaskulärer Präventivmedizin“.

Und was macht die Zielgruppe? Da gibt es wenigstens bei zwei bedeutenden Risikofaktoren Erfolgsmeldungen: Das Rauchen nimmt immer mehr ab, der Bewegungsmangel ebenso. Die Deutschen werden also sportlicher und gesundheitsbewusster. Welche Rolle spielen denn diese Schutzfaktoren im Vergleich mit der kardiovaskulären Versorgung für die Herz-Morbidität und –Mortalität? Womit wir wieder bei der ungesicherten Kausalverknüpfung der beiden Eingangssätze wären.

Näheres:

www.herzstiftung.de/herzbericht

Rosemarie Stein

Die Ankündigungen auf diesen beiden Seiten geben einen Überblick über die ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen, die in der nächsten Zeit von der Ärztekammer Berlin veranstaltet werden oder in Kooperation mit ihr stattfinden. Einen vollständigen Überblick über unsere Veranstaltungen erhalten Sie auf unserer Homepage www.aerztekammer-berlin.de ► **Ärzte** ► **Fortbildung** ► **Fortbildungen der ÄKB**. Alle weiteren Fortbildungsveranstaltungen, die von der ÄKB zertifiziert wurden und Fortbildungspunkte erhalten haben,

können im **Online-Fortbildungskalender** unter www.aerztekammer-berlin.de ► **Ärzte** ► **Fortbildung** ► **Fortbildungskalender** recherchiert werden. Der Fortbildungskalender ermöglicht eine Recherche nach Terminen, Fachgebieten oder auch nach freien Suchbegriffen. Damit bietet der Kalender in Abhängigkeit von der gewählten Suchstrategie sowohl einen umfassenden Überblick über sämtliche Fortbildungsveranstaltungen in Berlin als auch eine an den individuellen Interessenschwerpunkten orientierte Veranstaltungsauswahl weit im Voraus.

| Termine | Thema / Referenten | Veranstaltungsort | Information / Gebühr | Fortbildungspunkte |
|---|--|---|---|--------------------|
| 05.03.2014 | Wissenskontrolle zum Erwerb der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung nach dem Gendiagnostikgesetz | Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin | Information: Tel.: 030 / 40806-1209 E-Mail: s.zippel@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: kostenlos | keine |
| 21.03.2014 | Untersuchung des Kontrast- und Dämmerungssehens / Gesichtsfeldbefundung bei Untersuchungen gemäß Fahrerlaubnisverordnung | Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin | Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 60 € | 5 P |
| 21.03.-22.03.2014 | Verkehrsmedizinische Begutachtung – Qualifizierung gemäß Fahrerlaubnisverordnung (weitere Informationen s. S. 8) | Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin | Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 250 € Kombipreis mit „Unters. des Kontrast- und Dämmerungssehens“: 290 € | 16 P |
| 08.05.-10.05.2014 (Modul 1) 26.06.-28.06.2014 (Modul 2) 11.09.-13.09.2014 (Modul 3) 12.12.2014 (Modul 4) | Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Intensivprogramm (weitere Informationen s. S. 12) | Evangelische Bildungsstätte auf Schwanenwerder | Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806 -1301 E-Mail: aerztliche-fuehrung@aekb.de | 80 P |
| 06.06.-07.06.2014 | Die ärztliche Kunst schlechte Nachrichten zu überbringen: Breaking Bad News – Basiskurs | Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin | Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1209 E-Mail: s.zippel@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 290 € Max. 15 Teilnehmer | 17 P |
| 16.06.-18.06.2014 | Grundkurs im Strahlenschutz | Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin | Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 270 € | 21 P |
| 18.06.-20.06.2014 | Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik | Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin | Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de TN-Gebühr: 240 € | 20 P |
| 22.08.-23.08.2014 | Die ärztliche Kunst schlechte Nachrichten zu überbringen: Breaking Bad News – Basiskurs | Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin | Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1209 E-Mail: s.zippel@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 290 € Max. 15 Teilnehmer | 17 P |
| 08.09.- 13.09.2014 13.10.- 18.10.2014 17.11.- 22.11.2014 | Qualitätsmanagement (200 Std.) nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer (weitere Informationen s. S. 7) | Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin | Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1402 Inhalte: Tel.: 030 / 40806-1207 E-Mail: QM-Kurs2014@aekb.de | 150 P |
| 17.10.-18.10.2014 | Die ärztliche Kunst schlechte Nachrichten zu überbringen: Breaking Bad News – Aufbaukurs | Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin | Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1209 E-Mail: s.zippel@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 290 € Max. 15 Teilnehmer | 17 P |

Was tun beim Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung?

Kinderschutz – eine Orientierungshilfe für die Praxis

Der Berliner Notdienst Kinderschutz dürfte vielen Ärztinnen und Ärzten bekannt sein. Eine klare Vorstellung und unmittelbare Anschauung von der praktischen Arbeitsweise haben sie vermutlich jedoch nicht. Hier setzt das Fortbildungsangebot der Ärztekammer Berlin an, das sich an Kinderärzte und Hausärzte richtet, das aber ebenso Angehörigen anderer Fachrichtungen offen steht. Interessierte Ärztinnen und Ärzte werden mit dieser Schlüsseleinrichtung des Kinderschutzes „vor Ort“ bekannt gemacht. Im Weiteren zielt die Fachdiskussion anonymisierter Kasuistiken darauf ab, die klinisch-praktische Arbeit und die Aktivitäten der Kinder- und Jugendhilfe intensiver miteinander zu verknüpfen.

Referenten: Andreas Neumann-Witt, Leiter Berliner Notdienst Kinderschutz; Dr. med. Matthias Brockstedt, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Ärztlicher Leiter / Kinder- und Jugendgesundheitsdienst – Berlin Mitte, Vorsitzender des Fortbildungsausschusses der Ärztekammer Berlin

Datum und Uhrzeit: Mittwoch, 21. Mai 2014; 15:00 - 16:30 Uhr
Ort: Berliner Notdienst Kinderschutz, Mindener Str. 14, 10589 Berlin

Anmeldung / Kontakt: Die Teilnahme ist kostenlos. Die Teilnehmerzahl ist auf 20 Personen begrenzt. Eine persönliche Anmeldung ist unbedingt erforderlich; Anmeldung per Telefon: 030 / 40806-12 07 oder per E-Mail: fb-veranstaltungen@aekb.de
Die Veranstaltung ist mit 3 Fortbildungspunkten anerkannt.

Patientensicherheit: Intensivseminar Fallanalyse

Wie entstehen Fehler? Welche beitragenden Faktoren bewirken, dass Unfälle und schwere Zwischenfälle entstehen? Wie kann die Wahrscheinlichkeit, dass sich solche Fälle wiederholen, reduziert werden?

Gemeinsam mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit bietet die Ärztekammer Berlin dieses Seminar an. Dessen Ziel ist es, ein systemisches Verständnis zur Entstehung von Fehlerereignissen sowie praktische Fertigkeiten zur Fallanalyse nach schweren Zwischenfällen zu vermitteln.

Die theoretischen Grundlagen werden in Kurzvorträgen dargestellt. Über Fallbeispiele wird das relevante Wissen konkretisiert und in praktischen Übungen zur Fallanalyse vertieft. Konzepte der Fehlerentstehung, Sicherheitskultur und Systemanalyse werden praxisnah diskutiert.

Das Intensivseminar richtet sich an Angehörige aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen und ist spezifisch auf den Krankenhausbereich ausgerichtet.

Termin: Das Seminar wird in drei Modulen durchgeführt:

Online-Modul: 01.03. - 27.03.2014

Präsenzseminare: 28.03. - 29.03.2014 und 09.05. - 10.05.2014
(jeweils Freitag 12-18 Uhr und Samstag 9-14 Uhr)

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Die Teilnehmerzahl ist auf 25 begrenzt.

Anmeldung erforderlich: Ärztekammer Berlin, Tel. 40806-1206, Dörte Bünning
E-Mail: d.buening@aekb.de

Teilnehmergebühr: 550 EUR, 37 Fortbildungspunkte

Grundlagen der medizinischen Begutachtung

Ein Kurs in drei Modulen

Basierend auf dem 40-stündigem Curriculum der Bundesärztekammer bietet die Ärztekammer Berlin ab Mai 2014 für alle in Weiterbildung befindlichen Kolleginnen und Kollegen und für Interessierte aus Klinik und Praxis erneut den Kurs „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ an. Allgemeine Grundlagen zur Begutachtung und Anforderungen an Gutachten sowie spezielle Fragestellungen der Versicherungs- und Sozialleistungsträger bilden Schwerpunkte des Curriculums. Dabei werden nicht nur medizinisch-fachliche Fragen, sondern auch juristische, sozialversicherungsrechtliche und rechtsmedizinische Aspekte der Begutachtung in deren Grundlagen behandelt. Anhand von Fallvorstellungen diskutieren ausgewiesene Experten fachspezifische Fragen der Begutachtung. In den freien Intervallen zwischen den Präsenzveranstaltungen erstellen die Teilnehmer zwei Gutachten, deren Ergebnisse im Plenum zusammengefasst werden.

Teilnehmer an dem Modulteil II am Samstag, den 24. Mai 2014, 10:30 bis 17:15 Uhr, erhalten in Abstimmung mit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) zusätzlich eine Bescheinigung, dass diese Veranstaltung im Sinne der Ziffer 5.12 den „Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII zur Beteiligung am Durchgangsarztverfahren (in der Fassung vom 01. Januar 2011)“ entspricht.

Wiss. Leitung: Prof. Dr. P. Marx (ehemals Neurologische Klinik, Charité – Campus Benjamin Franklin, Berlin)

Termine: Modul I: 09./10.05.2014 / Modul II: 23./24.05.2014 /
Modul III: 27./28.06.2014

Ort: Konferenzsaal der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin
Teilnahmegebühr für die Module I - III: 400 EUR / 41 Fortbildungspunkte.

Die Kosten für das Zusatzmodul am Samstag, den 24.05.2014, 10:30 - 17:15 Uhr betragen 80 EUR.

Informationen und Anmeldung per E-Mail unter: begutachtung@aekb.de
Tel: 030/40806-1203

Weiterbildungskurs Pädiatrie der Ärztekammer Berlin zum Facharzt für Allgemeinmedizin

Der Kurs Pädiatrie kann in Verbindung mit einem 6-monatigen Weiterbildungsabschnitt in Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung den lt. Weiterbildungsordnung zu erbringenden Abschnitt in der Kinder- und Jugendmedizin ersetzen und besteht aus folgenden drei Teilen:

1. 9 Stunden Theoriekurs
2. 40 Stunden Hospitation in einer Kinderarztpraxis
3. 60 Stunden Teilnahme am kinderärztlichen Notfall- und Bereitschaftsdienst der KV

Termine 9 Stunden Theoriekurs: jeweils mittwochs 19.00 - 21.15 Uhr
19.03.2014, 02.04.2014 und 14.05.2014

Ort: Ärztekammer Berlin, Seminarraum, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Gesamtgebühr: 550 EUR, 9 Fortbildungspunkte

Information und Anmeldung: Telefon: 030 / 40806-1203,
E-Mail: a.hellert@aekb.de

Berliner Ärzte auch im Internet:

[www.berliner-aerzte.net!](http://www.berliner-aerzte.net)

Hilfe für verstümmelte Frauen

Von der weiblichen Genitalverstümmelung (Female Genital Mutilation, FGM) sind laut WHO 100 bis 140 Millionen Frauen betroffen. Das traditionelle Ritual fordert viele Todesopfer und führt oft zu lebenslanger Krankheit und Behinderung. Auch in Deutschland leben zahlreiche Betroffene. In vielen Ländern sind diese gefährlichen Körperverletzungen verboten. 2013 wurde in Deutschland mit § 226a StGB verschärfend ein neuer Straftatbestand eingeführt. Danach werden solche Eingriffe mit Freiheitsentzug zwischen einem Jahr und fünf Jahren bestraft.¹⁾ In Berlin kann den verstümmelten Frauen jetzt geholfen werden.

In Zehlendorf war letzten Herbst die Eröffnung des „Desert Flower Center“ im Krankenhaus Waldfriede ein öffentlich viel beachtetes, sehr emotionales Ereignis. Vielen Ärzten, sogar Gynäkologen, fehlen dennoch Informationen über die grausame, extrem schmerzhafteste Prozedur ihre katastrophalen gesundheitlichen Folgen und die Möglichkeiten der medizinischen Leidenslinderung. Hier informieren wir Sie, so kurz und sachlich wie möglich darüber.

Manche der Opfer verbluten gleich, Infektionen aller Art sind häufig, bis hin zu Hepatitis, HIV, Wundbrand, Tetanus und Sepsis. Chronische Entzündungen des Urogenitaltraktes führen nicht selten zur Sterilität. Harte Keloide verursachen Schmerzen, manchmal ist der Schließmuskel verletzt, oft entstehen Fisteln, viele Betroffene leiden unter Harn- oder Stuhlinkontinenz. All dies führt auch zu psychosozialen Problemen, abgesehen von Spättraumatisierungen ähnlich wie nach einer Vergewaltigung.

Im Waldfriede kann den physisch und psychisch verletzten Frauen eine umfassende Versorgung geboten werden: durch günstige Bedingungen im Hause und durch Vernetzung mit Institutionen und Spezialisten außerhalb. Für die Behandlung der genannten Komplikationen ist das Haus gut gerüstet. Angesiedelt ist das Desert Flower Center in dem 2006 gegründeten Zentrum für Darm- und Beckenbodenchirurgie, einem der größten Deutschlands. Beide Zentren leitet Roland Scherer, über die Grenzen Deutschlands hinaus bekannter Koloproktologe. Er bildet regelmäßig Kollegen in zum Teil selbst entwickelten OP-Techniken fort und veranstaltet internationale Kongresse. (Den nächsten am



Roland Scherer



Cornelia Strunz

19./20.6. im Waldfriede, in Kooperation mit dem Florida Hospital in Orlando: www.coloproctology-waldfriede.com).

Das Team seines Zentrums ergänzt Scherer um die urogynäkologischen Mitarbeiterinnen des interdisziplinären Beckenbodenzentrums. Für die psychosoziale Seite stehen ein Psychotherapeut, der Sozialdienst und die Seelsorgerin des Waldfriede zur Verfügung. Das christliche Krankenhaus, das schon die erste Babyklappe der Stadt einrichtete, steht mit seinem Geschäftsführer Bernd Quoß trotz des finanziellen Risikos voll hinter diesem sozialen Projekt.

Zu den externen Kooperationspartnern gehört vor allem der Pariser Urologe und Chirurg Pierre Foldès, wenn es um die Reduktion der klitoralen Schmerzen und die Rekonstruktion der sexuellen Empfindungsfähigkeit geht. Mit etwa 5.000 Rekonstruktions-OP's dürfte er hier weltweit am erfahrensten und am erfolgreichsten sein.²⁾

Der organisatorische Ablauf: Anruf bei Scherers Mitarbeiterin, der Chirurgen Cornelia Strunz, Telefon 81 810/8582. Sie informiert Ärzte – und auch die Patientinnen direkt – über alle Probleme, vereinbart Termine, untersucht und berät die Patientinnen in der Sprechstunde von

Was bedeutet weibliche Genitalverstümmelung?

Die oft noch sehr kleinen Mädchen (aber auch erwachsene Frauen) werden ohne Narkose und hygienische Vorkehrungen, schreiend, sich wehrend und stark blutend „beschnitten“ – ein euphemistischer Terminus. Die WHO teilt die Prozedur in vier Typen ein, von denen es zahlreiche Varianten gibt:

1. Klitoridektomie, sichtbarer Teil der Klitoris oder deren Vorhaut zum Teil oder ganz exzidiert.
2. Exzision auch der kleinen Labien.
3. Infibulation als extreme Form: zusätzliche Entfernung der inneren Schichten der großen Labien, die dann so zusammengenäht werden, dass von der Vaginalöffnung nur ein stecknadelkleines Loch offen bleibt, – bis zur blutigen Hochzeitsnacht.
4. Alle anderen Prozeduren, wie Durchbohren oder Ausbrennen der Klitoris, Verätzen der Vagina usw.

Frau zu Frau, sagt ihnen, dass sie jederzeit anrufen können, schafft das nötige Vertrauensverhältnis.

Termine sind alle vier Wochen. Komplikationsfolgen (wie Fisteln etc.) operiert Scherer; die möglichst weitgehende Rekonstruktion der Klitoris und des äußeren Genitale übernimmt Foldès. Beim ersten Termin untersucht er die Patientinnen, vier Wochen später operiert er sie, wieder vier Wochen später folgt die Nachuntersuchung. (Entlassung aber meist zwei Tage nach OP.) Die Kosten trägt die Krankenversicherung, für Nichtversicherte die Kooperierende Desert Flower Foundation oder der Förderverein Krankenhaus Waldfriede, bei dem man das Projekt unterstützen kann: Telefon 81 810/213 oder /0 und desertflower@waldfriede.de

Rosemarie Stein

¹⁾ Eine Würzburger juristische Dissertation gibt einen guten Überblick über die gesamte Problematik; Ann Kathrin Hoppe: Präventionsmaßnahmen bei drohender weiblicher Genitalverstümmelung. Verlag G.u.W. Giesecking, Bielefeld 2013.

²⁾ Pierre Foldès et al.: Reconstructive Surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study. www.thelancet.com Vol 380, July 14, 2012.

Fit mit Joystick und Konsole: Health Games

Spiel dich gesund! Das klingt vielversprechend – und Studienergebnisse zeigen tatsächlich: Speziell entwickelte Computerspiele für die Rehabilitation, so genannte „health games“, können die Stimmung depressiver Menschen aufhellen und Schlaganfall-Patienten motivieren, ihre körperlichen Fähigkeiten zu trainieren. Ein Überblick.

Von Natascha Plankermann



Screenshot „Meister Cody“, geeignet für Kinder mit Dyskalkulie zum Trainieren der Rechenfähigkeiten.

Wer an Computerspiele denkt, hat meist negative Bilder vor Augen: Kinder und Erwachsene, die in jeder freien Minute unbeweglich vor dem Bildschirm hocken. Die Entwicklung ist inzwischen jedoch weit fortgeschritten: Mediziner und Therapeuten nutzen Computerspiele, um Heilungserfolge bei ihren Patienten zu erzielen.

Das sind „health games“

Die sogenannten „health games“ machen sich den Spieltrieb des Menschen zunutze. Wenn es etwa darum geht, die gleiche Übung ständig zu wiederholen, um die Motorik zu trainieren, kann ein Computerspiel dafür sinnvoll genutzt werden. „Die Belohnungsprinzipien sind gut therapeutisch umsetzbar“, erklärt Professorin Dr. phil. Linda Breitlauch, Professorin für Gamedesign an der in Gründung befindlichen Games Academy

Hochschule (GAH) in Berlin. „Der Patient fühlt sich herausgefordert, weil er gewinnen oder seinen Punktestand immer weiter erhöhen kann.“ Schon durch ganz normale PC-Games werden Kombinationsfähigkeit, Kreativität sowie Kooperations- und Teamfähigkeit gefördert: Studien haben Breitlauch zufolge bei regelmäßigen Spielern einen deutlichen Anstieg kognitiver Fähigkeiten wie Problemlösungskompetenz und Situationsbewusstsein

nachgewiesen. Die Game-Expertin verweist in einem Artikel im Deutschen Ärzteblatt zudem auf eine Hirnstrukturstudie an der Charité-Universitätsmedizin Berlin: Danach verfügen Jugendliche, die gern (aber in Maßen) am Computer spielen, über ein größeres lokales Hirnvolumen und mehr Hirnrinde als Gleichaltrige, die dies nicht tun.

Spiele, die im Gesundheitsbereich eingesetzt werden, müssen wissenschaftlich bewertet werden, um positive ebenso wie mögliche schädigende Wirkungen zu belegen. Konferenzen zum Thema Games for Health stellen seit 2004 in Boston und Amsterdam jährlich Neuheiten für unterschiedliche Therapiebereiche vor, zum Beispiel zur:

- Verbesserung der Motorik (so genannte Exergames),
- Schulung von Konzentration und Aufmerksamkeit,
- Verhaltensänderung und psychologischen Unterstützung sowie Ergänzung von Entzugsbehandlungen,
- Unterstützung der Akzeptanz bei therapeutischen Methoden und positiven Beeinflussung der Selbstheilungskräfte bis hin zur Selbstmordprävention,
- Schmerz- und Traumatherapie.

Wann die Spiele eingesetzt werden

Wenn die Eigeninitiative von Patienten geweckt ist, können sie auch nach einem schweren Schlaganfall wieder enorme Fähigkeiten bei der Koordination und Planung von Handlungen entwickeln: Diese Erfahrung hat Dr. Markus Ebke, Chefarzt der neurologischen Abteilung an der Dr. Becker Rhein-Sieg-Klinik in Nümbrecht im

ANZEIGE

Zusammenhang mit „health games“ gemacht. „Nach einem Schlaganfall bestehen in den ersten ein bis zwei Wochen gute Chancen, dass sich die betroffenen Areale im Hirn spontan wieder erholen. Das liegt daran, dass sich Zellen regenerieren, die nur zeitweise nicht ausreichend mit Blut versorgt wurden. Andere Zellen, die von der Versorgung komplett abgeschnitten waren, sterben hingegen ab.“ Ist die zweiwöchige Frist verstrichen, lässt die spontane Erholung nach. Aus Sicht des Reha-Experten beginnt nun die Zeit der Förderung von Aktivitäten des Patienten – und damit der Einsatz der Computerspiele.

Wie Mediziner den Patienten erreichen

Um die Patienten zu erreichen und zu motivieren, stellen Mediziner und Therapeuten ihre Auswahl von Möglichkeiten vor. Ziel ist es, zu ergründen, in welchem Bereich der Patient „andockt“ und mitmacht. Dr. Ebke: „Da gibt es natürlich auch drakonische Maßnahmen. Ist zum Beispiel ein Arm teilweise gelähmt, kann der andere in einer Schlinge festgelegt werden, so dass der Betroffene nur mit dem ‚kranken‘ Arm agiert und auf diese Weise die Feinmotorik trainiert.“ Alternativ können Bewegungen spielerisch wieder eingeübt werden. „Im Gehirn besitzen wir sogenannte Spiegelneurone. Sie sorgen dafür, dass wir Dinge, die wir sehen, nachahmen.“ Auf ein Computerspiel übertragen bedeutet dies beispielsweise: Der Patient verfolgt auf dem Bildschirm, wie ein Apfel in einen Obstkorb gelegt wird – und setzt die gleiche Bewegung mithilfe eines Joysticks oder eines speziellen Handschuhs um. „Wichtig ist dabei auch, dass Anreize gegeben werden, weiterzumachen – wie etwa die Möglichkeit, Punkte zu sammeln, je mehr Äpfel richtig platziert werden“, betont Dr. Ebke. „Dann macht das Spiel mehr Spaß und die Therapiefrequenz ist vor allem bei jüngeren Nutzern dementsprechend hoch.“ Ähnliche Effekte erlebt er bei Schlaganfall-Patienten, die auf dem Laufband das Gehen trainieren – und dabei über einen Bildschirm den Eindruck erhalten, in einem virtuellen Wald unter-

wegs zu sein, wo spannende Erlebnisse locken. Auch Professor Dr. Stefan Knecht, Chefarzt der Klinik für Neurologie in der St. Mauritius- Therapieklinik in Meerbusch bei Düsseldorf sieht bei vielen Patienten einen direkten Kosten-Nutzen-Effekt – etwa bei dem Armeo-Therapiekonzept der Schweizer Firma Hocoma: „Mit einer minimalen Bewegung der Hand oder des Arms gibt es hier mithilfe eines Außenskeletts gleich ein Erfolgserlebnis in der virtuellen Welt.“ Bei Armeo geht es ebenfalls darum, auf dem Bildschirm Obst in einen Einkaufswagen zu platzieren oder Möhren zu raspeln.

Studien zeigen, was das Spielen bringt

Tatsächlich muss bei solchen Computerspielen nicht immer der Joystick genutzt werden: So steht zum Beispiel das Balance Board der Nintendo Wii-Spielekonsole inzwischen in den Therapiezimmern und auf dem Prüfstand der Wissenschaftler: Jutta Ahnert, Michael Schuler und Heiner Vogel vom Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften der Universität Würzburg, haben in einer im Oktober 2012 veröffentlichten Studie nachgewiesen, dass die Wii-Bewegungsspiele „in der stationären rehabilitativen Behandlung von depressiven Patienten erfolgreich durchgeführt werden können und kurzfristig zu deutlicher Stimmungsaufhellung führen.“ Spiele wie Kanu oder Fahrrad fahren und Tischtennis wurden von den 27 Teilnehmern der Studie besonders gut beurteilt.

Der Erfolg eines spielerischen Mathematiktrainings am Bildschirm zeigt sich derzeit in einer seit drei Jahren laufenden Analyse des Instituts für Psychologie der Universität Münster, die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) unterstützt wird: Es soll Schüler mit Dyskalkulie fördern, und bei den 1400 rechenschwachen Teilnehmern im Alter von sieben bis zehn Jahren sind bereits vor Abschluss der Studie gute Erfolge bemerkbar. Kaasa health, ein Düsseldorfer Software-Unternehmen, hat in Kooperation mit den Forschern das Spiel „Meister Cody“ entwickelt, das Kindern Lust auf

Zahlen machen soll. In 30 Kapiteln eines virtuellen Märchens reisen sie mit einem Prinzen und einer Prinzessin durch verschiedene Welten, und müssen unterwegs in Übungen Mengen und Punktzahlen vergleichen. Zu den Erfolgsfaktoren solcher Trainingsspiele zählt aus Sicht von Professorin Breitlauch die Tatsache, dass nicht Wissen abgefragt wird – die Kinder schaffen es stattdessen, ein Problem zu lösen und zu erkennen, dass sie dadurch weiterkommen.

Die EU forscht auf verschiedenen Spielfeldern

Neben zahlreichen deutschen Studien zum Erfolg der „health games“ läuft derzeit eine Reihe von Forschungsprojekten in der Europäischen Union an, die deren Chancen und Möglichkeiten untersuchen. Überprüft wird etwa mit Unterstützung des BMBF das „bionic hand“-Trainingssystem, das eine Schnittstelle zwischen Mensch und Maschine bildet. Mithilfe dieses Systems kann die Beweglichkeit einer Prothese eingeübt werden. Geplant ist zudem eine Studie zu „ambient assistent living (AAL)“-Spielen. Sie sollen älteren Menschen dabei helfen, Bewegungen des alltäglichen Lebens wieder besser auszuüben und dadurch ohne Pflegebedarf länger selbstständig zu bleiben. Trainiert werden kann etwa das Aus- und Anziehen von Kleidung. Ein weiteres Gerät, mit dessen Hilfe Bewegungen eingeübt werden könnten, ist das Video-tracking-System Microsoft Kinect, das günstig für rund 100 Euro zu haben ist: Es zeichnet die Bewegungen des Nutzers durch Sensoren auf und projiziert sie dreidimensional auf den (Fernseh-)Bildschirm, wo auf diese Weise Übungsspiele gesteuert werden. Führt man sie korrekt aus, wird man mit Punkten belohnt. Motiviert werden die Spieler über eine Rahmenhandlung und passend dazu gestellten Quizfragen.

Problem: Das Spielen zuhause bezahlbar machen

Neurologe Dr. Markus Ebke von der Rhein-Sieg-Klinik verfolgt interessiert die aktuellen Entwicklungen bei den „health

games“. Nach seiner Erfahrung sind diese in der Rehabilitation von der überwiegenden Mehrzahl seiner Kollegen akzeptiert – wenn sich auch kritische Stimmen zu Wort melden. Argumente gegen den Einsatz von „health games“ lauten etwa, dass der einzelne Patient bei den automatisierten Abläufen nicht genügend berücksichtigt werde. Zudem seien Arbeitsplätze in Gefahr, wenn die Aufgaben von Therapeuten zum Teil von Computern übernommen würden. In dieser Hinsicht hat Dr. Ebke indes keine Bedenken: „Der Therapeut kann die Übungen einmal wöchentlich mit dem Patienten einstudieren, danach hat dieser die Chance, weiter an seinen Fähigkeiten zu feilen.“ Eine intensivere Betreuung sei ohnehin schwer möglich.

Aus Sicht des Neurologen müssen in auswertenden Studien andere Fragen geklärt werden: „Bisher ist nicht bekannt, wie hoch die Therapiefrequenz idealerweise sein sollte, um die besten Effekte zu bringen. Möglich wäre etwa, dass ein kurzer Spieleinsatz auch nach einem halben Jahr noch positive Nachwirkungen hat. Dann müsste man gar nicht so lange trainieren. Außerdem wissen wir nicht, wie viele Patienten auf Dauer ‚bei der Stange‘ bleiben – und ob man nicht regelmäßig neue Angebote bzw. Erweiterungen austüfteln sollte, damit das Spielen spannend bleibt.“

Die größte Schwierigkeit liegt bisher in der Finanzierung: Europäische Krankenkassen haben in der Regel kein Budget für „health games“ – eine Ausnahme bildet das National Health System (NHS) in England, das zum Teil die Kosten für Spiele übernimmt. Während sich moderne Reha-Einrichtungen zunehmend aufwändige Geräte leisten, fehlt es vor allem an bezahlbaren Angeboten für die private Weiterführung des Trainings. Zwar kostet ein Spiel für die Wii-Konsole nur rund 20 Euro, doch für aufwändiger ausgestattete „health games“ muss man schnell um die 10 000 Euro hinblättern.

Damit solche qualitativ hochwertigen Spiele für therapeutische Zwecke weiter entwickelt werden, muss die Aussicht be-

Info:

„Serious games: Spiel dich gesund“, Artikel von Heike E. Krüger-Brand, Januar 2013: www.aerzteblatt.de/archiv/134181/Serious-Games-Spiel-dich-gesund

Breitlauch, Linda: Computerspiele als Therapie. In F. W. Gundolf S. Freyermuth, Lisa Gotto (Ed.), *Serious Games, Exergames, Exerlearning* (BildundBit., pp. 387–398). Bielefeld: transcript, 2013

Breitlauch, Linda: Spielfreude als erfolgreiche Lern- und Therapiemethode. In P. J. Rudolf Thomas Inderst (Ed.), *Build 'em Up - Shoot ,em Down. Körperlichkeit in digitalen Spielen* (Games Stud., pp. 179–191). Glückstadt: vvh Verlag Werner Hülsbusch, 2013

„Aktivierung und Stimmungsaufhellung bei depressiven Patienten durch Einsatz der Wii-Konsole: Machbarkeit und Akzeptanz“, Abschlussbericht einer Studie von Jutta Ahnert, Michael Schuler & Heiner Vogel, Universität Würzburg, Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften, 4. Oktober 2012

Wissenschaftliche Studien werden im Games for Health Journal von der Mary Ann Lieber Inc. Verlagsgruppe veröffentlicht. Mehr darüber: www.liebertpub.com/overview/games-for-health-journal/588/

stehen, sie kommerziell erfolgreich zu vertreiben. Allerdings ist die Nutzergruppe der Patienten oft zu klein, um für die industrielle Massenproduktion interessant zu sein. Doch es gibt auch Gegenbeispiele: Die Entwicklung des spielerischen Computer-Rechentrainings für rechenschwache Kinder liegt etwa darin begründet, dass nach Schätzung von Wissenschaftlern fünf bis sieben Prozent der Bevölkerung von Dyskalkulie betroffen sind. Weitaus größere Teile der Bevölkerung könnten durch „health games“ für übergewichtige Patienten mit Diabetes Typ 2 erreicht werden. Laut der Weltgesundheitsorganisation WHO leiden in der Europäischen Region rund 60 Millionen Menschen an Diabetes; dies entspricht ca. 10,3 Prozent der männlichen und 9,6 Prozent der weiblichen Bevölkerung ab 25 Jahren. Die meisten von ihnen wären potenzielle „User“ der Bewegungsspiele – mit dem Ziel, Gewicht zu verlieren. Auch durch die zunehmende Zahl an Demenzkranken und Schlaganfall-Betroffenen können sich Märkte für speziell konzipierte Trainingsspiele entwickeln. Die Herausforderung dabei besteht darin, dass diese Spiele einem hohen Standard entsprechen müssen, damit sie Vergleichen mit den ausgefeilten Produkten der Unterhaltungsindustrie

standhalten können. Denn wenn „health games“ vom Nutzer als zu langweilig empfunden werden, verlieren sie ihren Effekt. Denn Spaß muss das Ganze machen – das ist auch Gamedesign-Professorin Breitlauch klar: „Ohne Spielfreude stellt sich kein Lernerfolg ein. Nur über Spielfreude können positive Effekte des Spiels entstehen.“

Verfasserin:
Natascha Plankermann
Freie Journalistin

ANZEIGE

Fortbildung „Häusliche Gewalt“

„Wenn Partnerschaft verletzend wird – Kompetent (be)handeln bei häuslicher Gewalt“: die zweiteilige S.I.G.N.A.L.-Basis-Fortbildung in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin fand am 30. November 2013 sowie am 04. Dezember 2013 in den Räumen der Ärztekammer Berlin statt. Sie vermittelte Grundlagenkenntnisse und Handlungssicherheit im Umgang mit der Thematik „Gewalt in Paarbeziehungen“.

Ulrike Hempel

Woran bemerkt man eine Gehirnerschütterung oder einen Ohrschaden, wenn man geschlagen wurde?“, fragt eine Frau in einem Internetforum. „Meine Freundin wurde grad von ihrem Mann geschlagen. Sie hatten Stress, er schlug sie einmal aufs Ohr und auf den Kopf und schmiss sie zu Boden. Er schlug sehr fest zu. Ihr ist jetzt ein bisschen schwindelig und schlecht. Ihr Ohr ist wie zu und ein Druck drauf. Sie meinte, es wäre wie Wasser im Ohr beim Schwimmen, nur eben schmerzhafter. Soll sie nun zum Arzt (die meisten hier haben heute nämlich zu) und was würde dieser denn dann machen?“

Über eben diese Frage informierte die Koordinierungs- und Interventionsstelle S.I.G.N.A.L. e.V. im Rahmen der Fortbildung. Der S.I.G.N.A.L.-Leitfaden enthält die international anerkannten Standards für die Intervention in der Gesundheitsversorgung bei häuslicher Gewalt. Jeder Buchstabe steht für einen Baustein:

Setzen Sie ein Signal: Sprechen Sie Gewalterfahrungen aktiv an –
Betroffene berichten selten von sich aus über Gewalterfahrungen.

Interview mit konkreten Fragen –
Hören Sie zu, ohne zu urteilen.
Vermitteln Sie, warum Sie die Frage stellen.

Gründliche Untersuchung auf alte und neue Verletzungen –
Verletzungen in unterschiedlichen Heilstadien können auf häusliche Gewalt hinweisen.

Notieren und dokumentieren aller Befunde –
Der S.I.G.N.A.L.- Dokumentationsbogen hilft, Verletzungen systematisch und rechtssicher zu dokumentieren.

Abklären einer aktuellen Gefährdung und des Schutzbedürfnisses –
Schutz und Sicherheit für die Betroffenen und involvierte Kinder sind Grundlage und Ziel jeder Intervention.

Leitfaden mit Notrufnummern und Unterstützungsangebote anbieten –
Betroffene werden zu einem für sie richtigen Zeitpunkt von den Informationen Gebrauch machen.

Die Fortbildungsveranstaltung war in zwei Schwerpunkte gegliedert: Zunächst leiteten die Gesundheitswissenschaftlerin Hilde Hellbernd und die Sozialarbeiterin und Politikwissenschaftlerin, Marion Winterholler, den Block „Erkennen und Handeln“. Vier Tage später erläuterten Dr. med. Lars Oesterhelweg, Institut für Rechtsmedizin der Charité, und Karin Wieners, Gesundheitswissenschaftlerin, in einem zweistündigen Abendkurs die rechtssichere Dokumentation von Verletzungen mit dem S.I.G.N.A.L.-Dokumentationsbogen bei häuslicher Gewalt. Der Vordruck wurde von der S.I.G.N.A.L.-Koordinierungsstelle unter Beteiligung des Instituts für Rechtsmedizin der Charité, der Polizei und des LKA/Berlin, Mitarbeiterinnen von Rettungsstellen, Anwältinnen und Beratungseinrichtungen erstellt.

Neben Gynäkologen, Dermatologen, Diplom-Psychologen/innen, einer Lehrerin an einer Katholischen Pflegeschule und einem Medizinstudenten in der Rettungsmedizin, zeigten vor allem Allgemeinmediziner an dem Thema und der Basisfortbildung Interesse.

„Für mich ist die generelle Art der Anamneseerhebung, die körperliche Untersuchung und die Befunddokumentation wichtig“, sagte eine niedergelassene Hausärztin aus Neukölln. Sie sei sich ihrer

Verantwortung durchaus bewusst, denn häufig sind ja Ärzte und andere Gesundheitsfachkräfte die ersten und oft auch die einzigen Außenstehenden, die die Folgen von häuslicher Gewalt sehen. Dabei gehe es für sie vor allem um die Gesundheit und das Wohlergehen der zu untersuchenden Patientin. Wie lässt sich ein einfühlsamer und respektvoller Umgang mit dem Opfer im ärztlichen Alltag sichern und dabei zugleich die notwendige Distanz zur von häuslicher Gewalt betroffenen Person wahren? Alle Untersuchungen müssen dem Opfer ja vorab erklärt werden und es sollte genügend Zeit zur Verfügung stehen, sodass sich die geschädigte Person auch auf die Situation einstellen kann. Dabei muss die Gesprächsführung und die Untersuchung von den Prinzipien Sicherheit, Vertraulichkeit und Grenzen-Wahren geleitet werden.

Ein Arzt meinte: „Die Gruppenrollenspiele zur Gesprächsführung mit gewaltbetroffenen Patientinnen haben mir geholfen, Unsicherheit abzubauen. Ich war mir bisher nicht sicher, ob ich bei Verdacht auf häusliche Gewalt die Patientin eventuell verletze, wenn ich sie auf die mögliche Gewalterfahrung anspreche.“ Das Gespräch stellt für Ärzte/innen eine besondere Herausforderung dar, denn für eine gelingende Intervention sind Wissen um Prävention, Risikofaktoren und Erkenntnisse zum Gewaltkreislauf besonders wichtig.

Das „Rad der Gewalt“, entwickelt vom Domestic Abuse Intervention Project in Duluth/USA, beschreibt die Gewaltformen im Kontext häuslicher Gewalt (Abb. 1).

Hilde Hellbernd und Marion Winterholler berichteten in diesem Zusammenhang aus ihrer beruflichen Erfahrung mit Gewaltopfern. Etwa von einem Ehemann, der vom Telefon bestimmte Teile abschraubte und mit zur Arbeit nahm, damit die Frau während seiner Abwesenheit nicht telefonieren konnte.

Die US-amerikanische Psychotherapeutin Leonore Walker beschreibt die Dynamik von Beziehungsgewalt als ein sich immer wiederholendes Muster. Sie spricht von einem sogenannten Misshandlungszyklus (Abb. 2).

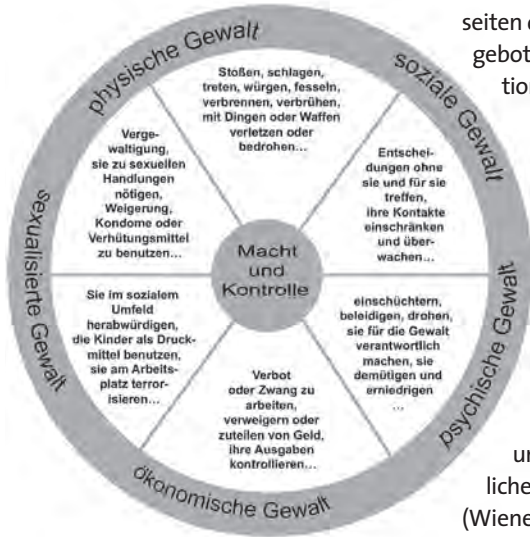


Abb. 1: Formen der Gewalt – Übergriffe und Unterlassungen
(Quelle: Domestic Abuse Intervention Project, DAIP 1983, modifizierte Darstellung der Übersetzung von S.I.G.N.A.L., Berlin)

2012 wurden in Berlin 15.797 Fälle häuslicher Gewalt polizeilich registriert. In knapp 80 Prozent der Fälle waren Frauen die Geschädigten. Erfasst wurden:

- 4 vollendete Tötungsdelikte, 8 Tötungsversuche,
- 143 Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung, darunter 116 Vergewaltigungen/sexuelle Nötigungen,
- 8.903 Körperverletzungen (darunter 7.406 Fälle leichter Körperverletzung, 1.395 Fälle gefährlicher und schwerer Körperverletzungen),
- etwa ein Viertel aller leichten Körperverletzungen und etwa jede 8. gefährliche Körperverletzung erfolgt in partnerschaftlichen Beziehungen.

Neben Angaben dieser Statistik zeigen Studien zum Dunkelfeld das hohe Ausmaß von Beziehungsgewalt. Laut einer repräsentativen Studie zufolge, die das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2004 veröffentlichte, berichtete jede 4. Frau mindestens einmal über Gewalt in der Partnerschaft, jede 7. Frau über sexuelle Gewalt im strafrechtlichen Sinn. Vielen Frauen fällt es schwer darüber zu sprechen und Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dies macht das Erkennen von Gewaltfolgen, ein aktives Ansprechen von

seiten des Arztes/der Ärztin und das Angebot einer rechtssicheren Dokumentation so wichtig.

Was eine rechtssichere ärztliche Befunddokumentation auszeichnet, führte der Referent Dr. med. Lars Oesterhelweg vom Institut für Rechtsmedizin der Charité-Universitätsmedizin Berlin im zweiten Teil der Basisfortbildung aus. Detail- und Hintergrundwissen werden in dem Artikel „Gewalt in Partnerschaften und ärztliche Dokumentation körperlicher Verletzungen“ vermittelt.

(Wieners, Hellbernd, Oesterhelweg, BERLINER ÄRZTE, Heft 1/ 2012, S. 30 - S. 32) http://www.signal-intervention.de/download/Rechtssichere_Dokumentation_bae1201_030.pdf

Gesundheitswissenschaftlerin Karin Wieners wies darauf hin, dass die Materialien zur ärztlichen Dokumentation unter: www.signal-intervention.de (Stand Januar 2014) heruntergeladen werden oder als Druckversion postalisch bei S.I.G.N.A.L. e. V., Koordinierungsstelle, Sprengelstr. 15, 13353 Berlin bestellt werden können. Folgende Unterlagen stehen zur Verfügung:

- SIGNAL-Dokumentationsbogen bei häuslicher Gewalt,
- Einlegeblatt für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie und Zahnmedizin,

- Empfehlungen zur rechtssicheren Dokumentation bei häuslicher Gewalt für Ärztinnen und Ärzte, Institut für Rechtsmedizin, Charité Berlin,
- Informationen zur rechtssicheren Dokumentation bei häuslicher Gewalt für Betroffene in verschiedenen Sprachen und leichtverständlich geschrieben.

Materialien zur ärztlichen Dokumentation nach sexueller Gewalt und zur Sicherung von Spuren nach sexueller Gewalt sind auf der Homepage der Charité Universitätsmedizin eingestellt: <http://husg.charite.de/downloads/> (Stand Januar 2014)

Des Weiteren gab Karin Wieners auch den Hinweis, wie hilfreich Informationen über weiterführende Unterstützungs- und Hilfsangebote wären. Die 24 Stunden **BIG-Hotline 030/ 611 03 00** ist ein Unterstützungsangebot für alle Frauen und deren Kinder, die in ihrer Beziehung Gewalt erleben, nach ihrer Trennung immer noch von ihrem Ex-Partner bedroht und belästigt werden oder Übergriffen ausgesetzt sind. Die Beratung ist anonym, kostenlos und mehrsprachig.

Die nächste Basisfortbildung „Wenn Partnerschaft verletzend wird – Kompetent (be)handeln bei häuslicher Gewalt“ der S.I.G.N.A.L. Koordinierungsstelle in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin findet am 10. Mai und 14. Mai 2014 statt.

Verfasserin:
Ulrike Hempel
Freie Journalistin

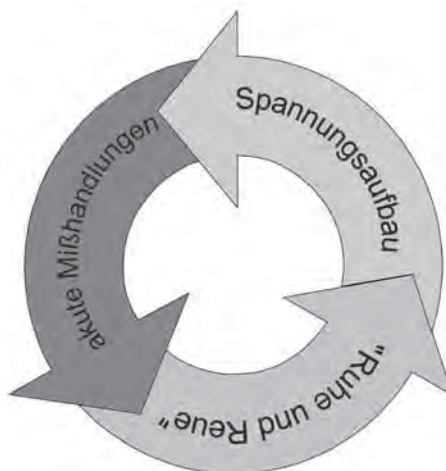


Abb. 2: Der Kreislauf der Gewalt (Quelle: „Misshandlungszyklus“ nach Walker 1984, S.I.G.N.A.L. Handout)

ANZEIGE

Die Berliner Ärzteschaft trauert um ihre im Jahr 2013 verstorbenen Kolleginnen und Kollegen

| | | | |
|----------------|---------------------------|----------|----------|
| | Youssef Ahmed | 20.11.32 | 10.06.13 |
| | Gulmira Baader-Smajanova | 05.02.69 | 16.03.13 |
| Dr. med. | Maria Bahr | 22.10.20 | 24.04.13 |
| Prof. Dr. med. | Hans Bayer | 19.12.26 | 18.09.13 |
| | Rosemarie Behrens | 31.03.27 | 14.03.13 |
| Dr. med. | Wolf Michael Beiswenger | 05.11.50 | 27.06.13 |
| Dipl.-Med. | Ilse Bendel | 08.12.34 | 29.11.13 |
| Dr. med. | Anneliese Bergemann | 06.03.37 | 25.02.13 |
| Prof. Dr. med. | Christian Betow | 14.04.19 | 16.06.13 |
| | Helmut Böhme | 16.03.36 | 06.11.13 |
| Prof. Dr. med. | Irene Boll | 07.10.22 | 13.10.13 |
| Dr. med. | Winfried Bootz | 03.02.21 | 15.07.13 |
| Dr. med. | Karin Bormacher | 20.03.35 | 04.04.13 |
| Dr. med. | Günter Bothe | 03.12.21 | 30.11.13 |
| | Ilse Bünsow | 06.08.45 | 01.12.13 |
| Dr. med. | Annenarie Cebulla | 06.01.28 | 03.03.13 |
| Dr. sc. med. | Wolfgang Clemens | 18.12.36 | 07.11.13 |
| Dr. med. | Sigrid Das | 04.03.28 | 17.09.13 |
| Dr. med. | Thomas David | 01.05.54 | 24.05.13 |
| Prof. Dr. med. | Theodor Dissmann | 23.08.30 | 08.07.13 |
| | Dagmar Drecke | 08.08.44 | 29.10.13 |
| Dr. med. | Barbara Elster | 01.01.39 | 09.04.13 |
| Prof. Dr. med. | Ulrich Fiedler | 06.01.42 | 03.05.13 |
| Dr. med. | Thomas Finkelnburg | 27.09.50 | 17.11.13 |
| Dr. med. | Stefan Flachowsky | 17.12.52 | 22.07.13 |
| Dr. med. | Gunar Forcker | 30.07.60 | 26.11.13 |
| Dr. med. | Detlef Friedebold | 26.02.47 | 01.02.13 |
| Dr. med. | Ina Graupner | 01.10.41 | 22.06.13 |
| Dr. med. | Johannes Grell | 26.07.36 | 26.06.13 |
| Prof. Dr. med. | Peter Großmann | 26.09.26 | 05.11.13 |
| Dr. med. | Ralf Gruenwaldt | 03.08.20 | 16.08.13 |
| Dr. med. | Anna Elisabeth Haselhuber | 01.04.23 | 04.03.13 |
| | Erika Heinrich | 06.11.26 | 29.03.13 |
| Dr. med. | Dirk Helmstaedt | 14.06.44 | 18.03.13 |
| Dipl.-Med. | Dagmar Hesselbarth | 09.10.60 | 02.08.13 |
| Dr. med. | Agnes Hiehle | 22.05.28 | 14.11.13 |
| Dr. med. | Dieter Hirthe | 04.04.34 | 08.11.13 |
| | Siegfried Hochfeld-Schoen | 25.02.56 | 17.09.13 |
| | Michael Hoffmeister | 17.09.41 | 01.08.13 |
| Dr. med. | Ursula Hoyme | 21.08.19 | 10.01.13 |
| Dr. med. | Peter Hybsier | 31.01.41 | 04.08.13 |
| | Jutta Jendryschik | 21.01.56 | 14.04.13 |
| Dr. med. | Lieselott Joester | 16.06.21 | 05.09.13 |
| Dr. med. | Bärbel Kant | 16.05.39 | 22.07.13 |
| Dr. med. | Hannelore Karch | 30.11.26 | 15.06.13 |
| Dr. med. | Ilse Kirchner | 01.06.30 | 25.03.13 |
| Dr. med. | Arnulf Kleberger | 31.03.21 | 19.08.13 |
| | Axel Knoop | 10.05.49 | 20.01.13 |
| | Martina Koch | 16.03.54 | 19.06.13 |
| Dr. med. | Katharina Köhler | 15.01.38 | 20.02.13 |
| Dr. med. | Daniel Krahé | 19.10.65 | 11.09.13 |
| Dipl.-Med. | Heike Kruscheva | 28.07.41 | 20.10.13 |
| Dr. Dr. | Geno Kynast | 03.12.37 | 12.06.13 |
| Dr. med. | Monika Labusch | 27.12.29 | 16.08.13 |
| Dr. med. | Peter Langer | 23.07.35 | 15.08.13 |
| Dr. med. | Irene Lanzinger | 26.02.20 | 15.02.13 |
| Dr. med. | Hans Lattermann | 09.10.24 | 11.02.13 |
| Dr. med. | Elisabeth Leonhardt | 18.05.35 | 11.04.13 |
| Dr. med. | Harald Lund | 03.04.46 | 03.02.13 |
| Dr. med. | Klaus Hubertus Magdorf | 04.07.42 | 23.01.13 |
| Dr. med. | Bernhard Marowski | 27.06.40 | 28.03.13 |
| Dr. med. | Maud Mascher-Koch | 14.11.29 | 11.01.13 |
| Dr. med. | Hildegard Maschke | 21.05.18 | 25.02.13 |
| Dr. med. | Ruth Matthiessen | 15.11.32 | 27.04.13 |
| | Claudia Meißner | 03.06.49 | 03.09.13 |

| | | | |
|----------------|---------------------------|----------|----------|
| Dr. med. | Hans Meyer | 02.02.24 | 03.12.13 |
| Dr. med. | Bernd Michalak | 15.04.44 | 08.02.13 |
| | Detlef Mischke | 26.09.53 | 17.02.13 |
| Dr. med. | Charlotte Möllerke | 15.04.43 | 11.02.13 |
| Dr.med./GUS | Boris Mosch | 26.11.46 | 28.04.13 |
| | Karin Mueller-Potthast | 12.10.61 | 05.09.13 |
| Dr. med. | Klaus-Joachim Müller | 01.06.28 | 31.01.13 |
| Prof. Dr. med. | Wolfgang Müller | 18.07.29 | 14.02.13 |
| | Irmgard Müller | 03.05.22 | 08.03.13 |
| Dr. med. | Alexander Natusch | 31.08.62 | 26.03.13 |
| Dr. med. | Dieter Newi | 20.12.38 | 05.09.13 |
| Dr. med. | Hans-Hasso Nissen | 14.02.28 | 26.08.13 |
| Prof. Dr. med. | Friedrich Nürnberger | 13.05.29 | 20.04.13 |
| | Renate Omansen | 24.08.22 | 06.06.13 |
| Dr. med. | Rosemarie Papiernik | 10.11.56 | 04.03.13 |
| Dr. med. | Hans Pastrik | 06.07.46 | 04.10.13 |
| | Janja Pervan | 04.09.70 | 03.08.13 |
| | Irena Priddat | 17.12.52 | 30.01.13 |
| | Norbert Rambo | 27.02.52 | 01.02.13 |
| Dr. med. | Elvira Rath | 20.08.31 | 01.04.13 |
| Dr. med. | Egon Rath | 15.07.28 | 18.09.13 |
| | Elke Riecken | 30.11.53 | 31.05.13 |
| Dr. med. | Karl-Heinz Röder | 30.01.44 | 29.06.13 |
| | Asia Rubarch | 16.08.37 | 15.06.13 |
| Prof. Dr. med. | Gustav Schäcke | 11.08.37 | 02.03.13 |
| Dr. med. | Herbert Schaffner | 06.04.24 | 18.01.13 |
| Dr. med. | Lothar Scheeler | 10.09.30 | 02.01.13 |
| Dr. med. | Thea Schirop | 19.04.32 | 30.06.13 |
| Dr. med. | Helga Schmidt | 09.07.29 | 14.06.13 |
| | Manfred Scholz | 07.03.54 | 13.02.13 |
| Dr. med. | Frank Schott | 03.08.42 | 08.01.13 |
| Dr. med. | Brigitte Schowarte | 12.07.45 | 03.08.13 |
| Dr. med. | Rolf Schröter | 19.03.30 | 20.06.13 |
| Dr. med. | Hans Joachim Schubert | 23.10.29 | 18.06.13 |
| Dr. med. | Rotraud Schulz | 19.03.34 | 17.07.13 |
| Dr. med. | Gert Schulze | 04.03.41 | 27.01.13 |
| Dr. med. | Martin Schwarze | 16.12.21 | 02.10.13 |
| MUDr. | Jaromir Smidl | 24.09.34 | 26.05.13 |
| | Berndt Sobke | 22.06.39 | 12.01.13 |
| Dr. med. | Otto Steinführer | 08.12.20 | 02.05.13 |
| | Dagmar Stjepanovic | 06.09.38 | 19.06.13 |
| Dr. med. | Frank Straehler | 18.09.35 | 09.04.13 |
| | Georgios Tanos | 11.09.38 | 12.01.13 |
| Dr. Dr. | Phiroze Tata | 03.03.33 | 04.10.13 |
| Dr. med. | Kilian Tegethoff | 26.12.63 | 12.01.13 |
| Dr. med. | Helmut Theodor | 18.12.36 | 28.01.13 |
| Dr. med. | Renate Tönjes | 05.01.49 | 02.06.13 |
| Dr. med. | Jürgen Trautmann | 08.02.33 | 26.10.13 |
| Dr. med. | Wolfgang Unger | 29.04.22 | 15.03.13 |
| Dr. med. | Hannelore Vogel-Hartmann | 28.05.47 | 18.10.13 |
| Dr. med. | Monika von Plehn | 23.05.46 | 12.01.13 |
| Dr. med. | Clarita von Trott zu Solz | 19.09.17 | 28.03.13 |
| Dr. med. | Hermann Voß-Stumpf | 29.11.39 | 05.11.13 |
| Dr. med. | Dieter Wagner | 22.07.25 | 16.03.13 |
| | Konrad Wagner | 19.05.35 | 21.03.13 |
| Dr. med. | Ernst-Joachim Wagner | 10.05.22 | 13.08.13 |
| Dr. med. | Andreas Wegner | 24.06.61 | 22.03.13 |
| Dr. med. | Eva Weitze-Rogge | 10.06.26 | 19.01.13 |
| Dr. med. | Ingeborg Wittke | 03.07.21 | 26.07.13 |
| Dr. med. | Christiane Witzgall | 01.06.36 | 28.11.13 |
| | Bernd-Michael Wobbe | 30.10.45 | 18.09.13 |
| Dr. med. | Jürgen Zachow | 09.08.72 | 18.02.13 |
| Dr. med. | Ida Stefanie Zimmermann | 20.09.22 | 18.05.13 |
| | Oleg Zykov | 30.06.47 | 08.07.13 |

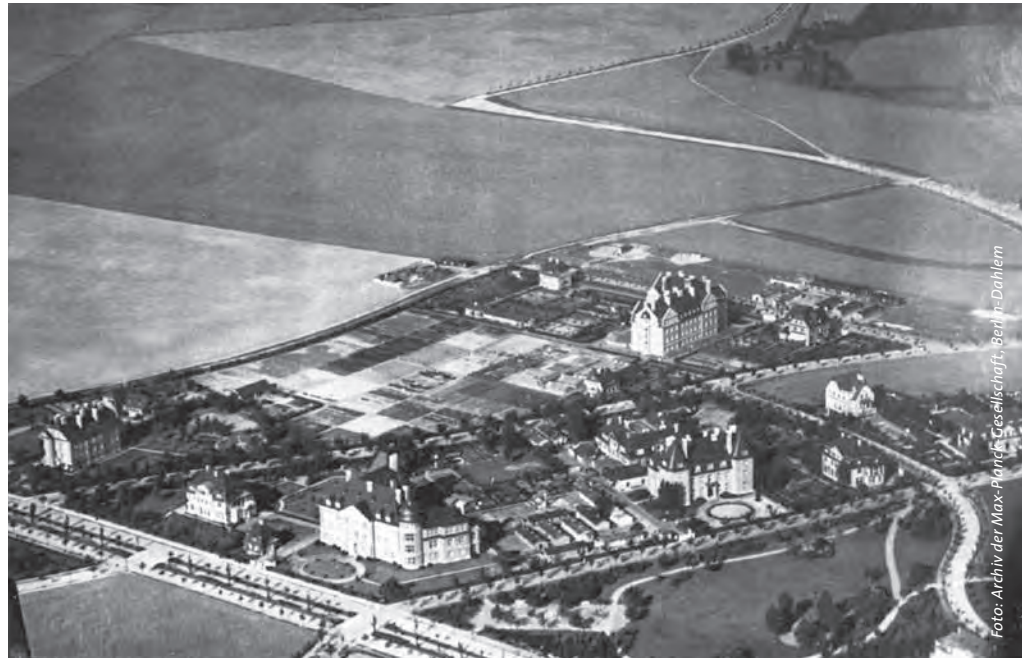
Altes und Neues vom Harnack-Haus

Ich zähle die ausländischen Gelehrten, „die im Harnack-Hause leben werden, zu den glücklichsten aller Menschen“, sagte der US-Botschafter Jacob G. Schurmann 1929 bei der Eröffnung des Gäste-, Club- und Vortragshauses der „Kaiser Wilhelm-Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften“.

Allein die Lage! Die Idee zum „deutschen Oxford“ in Dahlem hatte der Hochschulverantwortliche im preußischen Kultusministerium Friedrich Althoff, bekannt durch seine Verdienste um die bauliche Erneuerung der Charité. Die ersten, sehr wilhelminisch gebauten Institute der 1911 gegründeten Gesellschaft entstanden buchstäblich auf der grünen Wiese. Statt Korn und Heu erntete man nun Nobelpreise in der aufgelassenen Domäne Dahlem, die zur Domäne der Spitzenforschung wurde. Zu den bekanntesten Preisträgern gehörten zum Beispiel Butenandt, Hahn, Haber und Heisenberg, Ruska oder Warburg.

Noch das Ambiente des viel später errichteten Harnack-Hauses konnten sich knapp zwei Jahrzehnte nach der Eröffnung die ersten FU-Studenten nicht mehr vorstellen. Ein berühmter Schweizer Gast, der Kunsthistoriker Heinrich Wölfflin, schrieb: „Das Apartment ist sehr schön. Ich habe den Blick auf den Waldsaum...“ Es werde ihm schwerfallen, „aus der jasminduftenden Ländlichkeit von Dahlem“ zu scheiden und sich „wieder an die Armut Zürichs oder gar Winterthurs zu gewöhnen“.

Ans Harnack-Haus erinnerte kürzlich eine Ausstellung samt Führung und Lesung in einem anderen Berliner Wissenschaftshaus, der früheren Preußischen Seehandlung am Gendarmenmarkt, Sitz vor allem, aber nicht allein, der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften. Dort fand während des immer beliebter werdenden jährlichen „Salon Sophie Charlotte“ auch ein Sym-



Luftbild Harnack-Haus, 1929 auf der Domäne Dahlem erbaut.

posium der Max-Planck-Gesellschaft statt. Und weil die drangvoll-fürchterliche Enge der Akademie-Säle im Vorjahr die Berichterstatteerin zum Mitschreiben im Stehen zwang, verzichtete sie diesmal mit Bedauern aufs Leitthema Europa, damit auch auf Umberto Eco und Corinna Kirchhoff, und konzentrierte sich aufs Wissenschaftsforum und damit aufs Harnack-Haus, den Treffpunkt der Eliten aus Wissenschaft und Öffentlichkeit, und seine bewegte Geschichte. Die Ausstellung, die das Harnack-Haus mit modernsten technischen Mitteln ins Bild setzte, konnte nur erste Einblicke geben; vertieft wurden sie durch Lesungen aus Dokumenten und Briefen; Hintergrundinformationen liefert eine Broschüre von 1996.*

Das Harnack-Haus dient laut Satzung „in erster Linie der Pflege der ausländischen wissenschaftlichen Beziehungen“ (die seit dem Ersten Weltkrieg erheblich gestört waren) „und als Clubhaus für die

Mitglieder der“ (Kaiser Wilhelm-) „Gesellschaft. Ferner soll... den Mitgliedern der Kaiser-Wilhelm-Institute ein preiswertes Mittag- und Abendessen geboten werden“. Entworfen wurde der Gebäudekomplex von dem recht traditionellen, dem Bauhaus denkbar ferneren Münchner Architekten Carl Sattler, der seinen Bau für zeitlos hielt. Er bekam den Auftrag wohl, weil er mit dem ersten Generaldirektor der Gesellschaft, Glum, verschwägert war.

Benannt wurde das Haus in der Ihnestraße nach dem Initiator und ersten Präsidenten der Kaiser Wilhelm-Gesellschaft, Adolf von Harnack, noch zu dessen Lebzeiten und mit seiner Zustimmung.

Harnack war ein gewandter Wissenschafts-Manager, internationaler Networker und erfolgreicher Spendensammler – und Theologe. Anfangs spielten die Geisteswissenschaftler noch eine gewisse Rolle in der Kaiser Wilhelm-

* „Das Harnack-Haus in Berlin-Dahlem.“ Max-Planck-Gesellschaft, Berichte und Mitteilungen Heft 2/96. – Eine neue Publikation wird die für den Sommer geplante Wiedereröffnung des (jetzt noch eingerüsteten) Hauses nach der Grundsanierung begleiten. – Führungen durch das „deutsche Oxford“, das wissenschaftliche Dahlem, veranstaltet die Max-Planck-Gesellschaft an Sommersonntagen. Information: Telefon: (030) 4990 5648.

Gesellschaft. Bei den monatlichen Vortragsabenden im Harnack-Haus dominierten aber die Naturwissenschaftler. Namen wie Otto Hahn, Max Planck (der Harnack als Präsident folgte), Butenandt, von Laue zeugen vom Niveau dieser Veranstaltungen im Harnack-Haus und teils auch außerhalb Berlins.

Gleich den ersten Vortrag hielt Einstein, einen Monat später, im Januar 1930, gefolgt von Ernst Rüdin. Dessen Thema, „Praktische Ergebnisse der psychiatrischen Erblichkeitsforschung“, zeigt, in welche Richtung die biowissenschaftlichen Kaiser Wilhelm-Institute 1933 abdrifteten. In der Harnack-Haus-Ausstellung hieß es über die Zeit nach der „Machtergreifung“ der Nazis: „Der Wissenschaftsbetrieb lief wie gewohnt weiter. Einschneidend war aber die Änderung des Publikums“, auch SS-Führer

wurden nun eingeladen. Aber auch bei den Vorträgen änderte sich bei aller Kontinuität einiges.

Vor allem das Kaiser Wilhelm-Institut für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik tut sich hervor; Fritz Lenz zum Beispiel sprach über „Probleme praktischer Rassenhygiene“, Otmar von Verschuer (der sich von seinem Schüler, dem KZ-Arzt Josef Mengele, aus Auschwitz „Humanmaterial“ schicken lässt) über „Wege zur Erbgesundheit des deutschen Volkes“, der Jesuit Hermann Muckermann, der schon zwischen 1927 und 1937 mehr als 600 Vorträge zur Eugenik hielt, über „Die Eugenik im Dienste der Volkswohlfahrt“.

Wegen dieser Grundlegung der Nazi-Verbrechen wollte die Militärregierung nach 1945 die Kaiser Wilhelm-Gesell-

schaft auflösen. Proteste erreichten aber die Bildung einer Nachfolge-Organisation: 1948 wurde die Max Plank-Gesellschaft gegründet. Das Harnack-Haus aber hatten die Amerikaner 1946 als Offizierskasino requiriert. Erst 1994 konnte es die Max Plank-Gesellschaft übernehmen.

Unter ihrem Präsidenten Hubert Markl bekannte sie sich zu ihrer historischen Verantwortung und ließ – spät, aber gründlich und schonungslos – eine unabhängige Historikerkommission sechs Jahre lang „Die Geschichte der Kaiser Wilhelm-Gesellschaft im Nationalsozialismus“ erforschen. Die legte eine lange Reihe von Publikationen vor und berichtete im März 2005 zum Abschluss über das Forschungsprogramm – im Harnack-Haus.

Rosemarie Stein

Annas Linie

Anna Regula Hartmann:
Reibungswärme
 Schweizerischer Ärzteverlag, Basel 2013
 48 Seiten (Cartoons), 20,50 Euro

Machen Ärzte etwa nur dann ein freundliches Gesicht, wenn Kranke dem Tode nahe sind? Da überzieht Anna natürlich, das ist ihr Job als Karikaturistin. Den anderen hat Dr. med. Anna Regula Hartmann-Allgöwer, die Medizin und Kunst simultan studierte, längst aufgegeben. Aber ihren treffsicheren Zeichnungen merkt man den ärztlichen Background an. Da verspottet sie die Bürokratie, wenn der Mann mit dem Rettungsring unterm Arm den Ertrinkenden fragt: „Wie und wann sind Sie ins Wasser gefallen?“ Die Lieblosigkeit gewisser Angehöriger setzt sie ins Bild, wenn Sie neben der Babyklappe eine rollstuhlgerechte „Seniorenklappe“ zeichnet oder einen Krankenhausbesucher zur Schwester sagen lässt: „Streicheln S i e doch meinen

Vater, Sie werden dafür bezahlt!“

Ums Defizit an menschlicher Wärme geht es immer wieder im Cartoon-Bändchen „Reibungswärme“ der Baseler Künstlerin, die vor allem in der Schweiz eine große Fangemeinde hat. „Ich bin bekannt wie ein bunter Hund“, sagt sie. Gelegentlich kommen auch böse Zuschriften. „Sie sind doch eine von uns“, schreibt da ein Arzt, der meint, sie beschmutze zeichnend das eigene Nest. Sie hätte es vielmehr gern sauberer – und wärmer. Die Karikaturen in diesem Bändchen erschienen alle in der Schweizerischen Ärztezeitung (dem eidgenössischen „Deutschen Ärzteblatt“, könnte man sagen). Auch BERLINER ÄRZTE hat immer mal wieder eine gedruckt (zuletzt im vorigen Heft). Sie sind unverwechselbar in ihrer äußersten Reduktion auf möglichst nur



eine Linie. Die Künstlerin liebt die Geschichte von dem chinesischen Tuschezeichner und dem Kaiser. Die geht ungefähr so: Der Kaiser gibt ihm das Bild eines Hahns in Auftrag, wartet lange darauf, lässt durch Boten mahnen, kommt schließlich selbst ins Atelier. Da zeichnet der Künstler vor des Kaisers Augen einen makellosen Hahn. „So schnell geht das – und du lässt mich ein Jahr warten!“ schimpft der Kaiser. Der Maler öffnet die Tür zu einem Nebenraum voller Papierstöße: lauter Hähne. – Anna zeichnet ein Motiv nicht selten 50 bis 60 Mal, ehe der Cartoon so ist, wie sie ihn haben will.

R. St.

BERLINER ÄRZTE

3/2014 51. 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.)
Michaela Peeters, M. A.
Eveline Pötter (Redaktionsassistentin)
Redaktionsbeirat:
Dr. med. Svea Keller
Univ. Prof. Dr. Harald Mau
Dr. med. Bernd Müller
Dr. med. Gabriela Stempor
Julian Veelken
Dr. med. Thomas Werner
Dr. med. Elmar Wille
Anschrift der Redaktion:
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-4100/-4101, FAX -4199
Titelgestaltung Sehstern

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 Meinungs austausch 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-Grüner-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: Brühlsche Universitäts-
druckerei GmbH & Co. KG, Am Urnenfeld 12, 35396 Gießen

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 € 82,50 inkl. Versandkosten, Patenschaftsabo Berlin-Brandenburg € 55,60 inkl. Versandkosten, im Ausland € 82,50 (zzgl. Porto). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 5,65 zzgl. € 2,50 Versandkosten.

Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste 2014 vom 01.01.2014.

ISSN: 0939-5784