Patienten brauchen gute Informationen

Foto: PDS-Fraktion

Dr. Heidi Knake-Werner (PDS)

ist Berlins Senatorin für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz.

Am 16. Juli 2003 haben mehr als 20 Organisationen der Stadt – meine Senatsverwaltung, die Verbraucherzentrale, der Mieterverein, Kammern, die Beschwerde- und Sanktionsmöglichkeiten anbieten, Vereine der Gesundheitsförderung und der Selbsthilfe, Ombudsleute von Banken und weitere – das Netzwerk Verbraucherschutz Berlin gegründet. Ich bin sehr froh, dass die Ärztekammer zu den Gründungsmitgliedern gehört und ihr Präsident, Herr Dr. Jonitz, seine aktive Mitarbeit angekündigt hat.

Neben den staatlichen Regulierungen und den freiwilligen Selbstkontrollen von Anbietern sind Information, Beratung, Qualitätssicherung und Beschwerdemanagement die wesentlichen Instrumente des Verbraucherschutzes. Gerade zu medizinischen und pflegerischen Leistungen sind umfassende und verständliche Informationen für viele Menschen von hoher Bedeutung und qualifizierte Beratungsangebote sollten selbstverständlich sein. Dass hier noch vieles zu tun und zu verbessern ist, ist allseits bekannt.

Die Ärztekammer leistet mit der Beschwerdestelle und der Arzt- und Psychotherapeuten-Suche über das Internet bereits vorbildliche Arbeit. In der Qualitätssicherung hat sich gerade die Ärztekammer Berlin traditionell stark engagiert. Auch der von der Ärztekammer aktiv unterstützte Arbeitskreis Patienteninformation ist beispielhaft für das, was ich mir als Perspektive für das Netzwerk Verbraucherschutz in Berlin wünsche: Nutzer und Anbieter entwickeln gemeinsam Strategien, wie Information und Transparenz im Gesundheitswesen verbessert werden können.

Ich wünsche mir zukünftig einen Informationsaustausch auf gleicher Augenhöhe zwischen Verbrauchern und Anbietern. Das gilt im Grundsatz auch für das Verhältnis von Patientinnen und Patienten zu ihren Ärzten. Das klingt wie Utopie. Doch der Weg dazu wird bereits von vielen Beteiligten begangen. Dabei bin ich mir bewusst, dass kranke Menschen niemals „Kunden“ innerhalb einer Geschäftsbeziehung zu ihrer Ärztin oder ihrem Arzt sein sollten, die nur Aufträge ihres Patienten auszuführen haben. Kranke Menschen bleiben auch in einem modernen Gesundheitswesen auf den professionellen Rat und die Kompetenz ihrer Ärztinnen und Ärzte, kurz auf deren Hilfe, angewiesen.

Gleiche Augenhöhe setzt aber ein neuartiges Verständnis der Arzt-Patient-Beziehung voraus, in der Patientinnen und Patienten als Handelnde agieren. Der Ausgangspunkt ist die Selbstbestimmung des Patienten. Dieses Prinzip wird in der Medizin schon seit langem formal akzeptiert. Selbstbestimmung setzt aber voraus, dass dem Patienten die Handlungsoptionen der ärztlichen Profession zugänglich sind einschließlich ihrer jeweiligen Chancen und Risiken. Nur dann kann der Patient seine ihm eigenen Werte und Einstellungen in die mögliche Entscheidung selbstbestimmt einbringen und einen fruchtbaren Dialog mit dem Arzt führen. Gerade hier ist weltweit, aber eben auch bei uns, gemeinsam noch einiges zu tun.

Tue Gutes und rede darüber. Die Gründungsveranstaltung des Netzwerkes Verbraucherschutz Berlin hat deutlich gemacht, dass in unserer Stadt weit mehr an Initiativen und Angeboten existiert als vielen vorher bewusst war. Wir müssen unsere Angebote besser bekannt machen, damit sie noch häufiger genutzt werden und auch Nachahmer finden.

Ihre

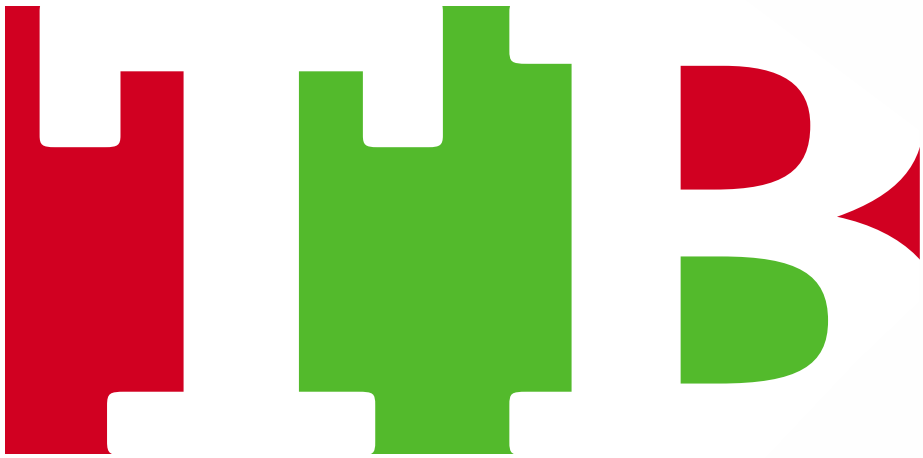
Heidi Knake-Werner

DIE OFFIZIELLE ZEITSCHRIFT DER ÄRZTEKAMMER BERLIN

40. JAHRGANG

BERLINER ÄRZTE

NR 8/2003



MEINUNG

Patienten brauchen gute Informationen
Von Heidi Knake-Werner 3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*
....6

Mitteilungen aus dem Gemeinsamen Krebsregister
....11

Leserbriefe 12

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK

Kammer macht sich für Akademische Lehrkrankenhäuser stark
Bericht von der Delegiertenversammlung am 25. Juni 2003
Von Sybille Golkowski 20

TITELTHEMA

Zu spät erkannt? Teil II: Tuberkulose
Die Tuberkulose begegnet dem in Deutschland praktizierenden Arzt immer seltener. In Berlin gab es im Jahr 2001 nur noch 434 Tuberkuloseerkrankungen. 10 Jahre zuvor waren es noch etwa doppelt so viele. Gerade deshalb ist Vorsicht geboten, denn durch den Rückgang des Krankheitsbildes werden viele Kollegen kaum noch mit der TB konfrontiert.
Von Daniel Sagebiel....14

Tag der offenen Tür in der Ärztekammer Berlin
Am 13. September 2003 können alle Berliner Ärztinnen und Ärzte das neue Kammergebäude ausgiebig „beschnuppern". Und im Foyer gibt es ein buntes Musikprogramm....22

Die Ausschüsse der Ärztekammer Berlin....23

Buchbesprechung
„Das Einmaleins der Skepsis" von Gerd Gigerenzer
Von Rosemarie Stein 27

PERSONALIEN

Werner Greve wurde 75
Von Sieglind Schrödern 11

In Memoriam Peter Strümpel
Von Hans Behrbohm 27

ARZT SEIN IN BERLIN

Handwerker am Op-Tisch
Portrait des Berliner Arztes Ekkehard Renk
Von Thomas Loy 28

Impressum 34

Arzthelferinnenausbildung

Arzt zur Mitarbeit in Berufsbildungsausschuss gesucht

Sie bilden seit Jahren Arzthelferinnen aus? Sie haben Interesse an Ausbildungsfragen und gute Ideen? Im September 2003 wird der Berufsbildungsausschuss der Ärztekammer Berlin neu besetzt. Jeweils sechs Vertreter der Ärzte und Arzthelferinnen gehören diesem Gremium an, außerdem sechs Berufsschullehrer mit beratender Stimme. Der Ausschuss berät in drei bis vier Sitzungen pro Jahr die Ausbildung von Arzthelferinnen und beschließt Rechtsvorschriften hierzu.

Die Sitzungen werden bei kurzen Vortreffen im Ausschuss Medizinische Fachberufe vorbereitet. Ärzte, die sich für die ehrenamtliche Mitarbeit interessieren, werden gebeten, sich bei der Ärztekammer Berlin zu melden. Die Berufung erfolgt durch die Senatsverwaltung nach Vorschlag durch die Ärztekammer. Kontakt: Frau Nicklas-Faust, Tel. 40 80 6-2200, Ärztekammer Berlin, Referat Medizinische Fachberufe, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin.

Berliner Medizinische Gesellschaft

Foto: Piotter

Helmut Kewitz geehrt

Für seine Verdienste um Medizin und ärztliche Fortbildung wurde Prof. Dr. med. Helmut Kewitz von der Berliner Medizinischen Gesellschaft ausgezeichnet. Er erhielt die Albrecht von Graefe-Medaille und wurde zum Ehrenmitglied ernannt. Der Klinische Pharmakologe und ehemalige Ärztliche Direktor des UKBF hat nach dem II Weltkrieg maßgeblich am Wiederaufbau der traditionsreichen Berliner Medizinischen Gesellschaft mitgewirkt.

In der Forschung galt sein Hauptinteresse vor allem der Arzneimittelsicherheit. Kewitz gehörte weltweit zu den ersten Pharmakologen, die ein Erfassungssystem für unerwünschte Arzneimittelwirkungen etablierten.

BGH-Entscheidung

Richtlinien zur künstlichen Ernährung wurden angepasst

Wie berichtet (Heft 6/2003) hat der Bundesgerichtshof im März eine Entscheidung zur Anwendung einer Patientenverfügung zum Ernährungsabbruch getroffen. Bislang erklärten sich Vormundschaftsgerichte in Konfliktfällen, bei denen auf Patientenwunsch Betreuer eine Einstellung der Ernährung genehmigen lassen wollten, immer wieder als nicht zuständig und wiesen entsprechende Anfragen ab. In seiner Entscheidung hat der BGH die Zuständigkeit in diesen Fällen jedoch erklärt. Damit sollte die Selbstbestimmung des Patienten angemessen berücksichtigt, der Betreuer in dieser schwierigen Entscheidung gestützt und für alle Beteiligten Rechtssicherheit geschaffen werden.

Infolge dieser Entscheidung sind die im März veröffentlichten Empfehlungen der Ärztekammer Berlin zu künstlicher Ernährung etwas überarbeitet und der Rechtslage angepasst worden. Sie finden sie auf der Homepage der Kammer unter www.aerztekammer-berlin.de im Kapitel „Ethik“.

Ärztekammer

Ausbildungsplatzbörse jetzt im Internet

Bei der Ärztekammer Berlin gibt es seit einiger Zeit eine Ausbildungsplatzbörse für Arzthelferinnen, die bisher nur telefonisch abfragbar war. Jetzt ist sie über die Homepage der Ärztekammer Berlin einzusehen. Neben der Praxis, dem Einstellungsdatum und der Kontaktmöglichkeit können auch besondere Wünsche angegeben werden.

Die Meldung von freien Stellen ist per Mail unter d.buenning@aekb.de, telefonisch bei Frau Hartmann unter 40 80 6-2203 und demnächst auch direkt über ein Formular auf der Homepage der Ärztekammer möglich.

Zeitplan

AiP-Abschaffung

Die Abschaffung des AiP geht in die nächste Runde. Inzwischen liegt ein offizieller Referentenentwurf zur Änderung der Bundesärzteordnung vor, der demnächst auf den BMG-Seiten auch ins Internet eingestellt wird (www.bmg.de unter „Gesetze und Verordnungen“). Wer nach dem 1. Oktober 2004 sein 3. bzw. nach neuer Approbationsordnung 2. Staatsexamen macht, der wird die AiP-Phase nicht mehr durchlaufen müssen.

Nun geht der Entwurf durch die politischen Gremien. Am 21. Juli fand dazu bereits eine Anhörung im Bundesgesundheitsministerium statt. Im Herbst diesen Jahres soll der Referentenentwurf dann dem Kabinett vorgelegt werden. Wie berichtet, sind bislang keine näheren Konditionen verhandelt worden, wie die Abschaffung im einzelnen ausgestaltet werden soll.

Chefarztwechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

Krankenhaus Bethel

Gleich zwei Wechsel gibt es am Krankenhaus Bethel in Lichterfelde. Neue Chefärztin der Anästhesie/Intensivmedizin ist seit Anfang April **Dr. Julia Sievert**. Ihre Vorgängerin, **Dr. Meral Ellendt** trat nach 35-jähriger Tätigkeit am Bethel-Krankenhaus in den Ruhestand. Julia Sievert hatte schon zuvor in der gleichen Abteilung als Fachärztin gearbeitet.

Die Leitung der Unfallchirurgie/Wiederherstellungschirurgie übernahm zum 1. Mai die bisherige Oberärztin und Chirurgin **Dr. Elke Johnen**. Sie löst damit **Dr. Klaus Jung** ab, der in den Ruhestand trat.

Fachkhs. f. Lungenheilkunde Berlin-Buch (FLT)

Die Chirurgin **Dr. med. Gunda Leschber** (44) ist neue Chefärztin in der Thoraxchirurgie des Hauses. Sie übernahm den Posten von **MR PD Dr. Claus Engelmann**, der in den Ruhestand ging. Gunda Leschber kommt aus Nordrhein-Westfalen. Sie arbeitete zuvor als Oberärztin an der Lungenklinik Hemer. Ihr Spezialgebiet ist die VATS-Lobektomie/-Decortication und die Video-Mediastinoskopie.

Kliniken im Theodor Wenzel-Werk

Neuer Chef der Neurologischen Abteilung des Hauses wurde am 1. April **Dr. Friedrich Boegner**. Sein Vorgänger, **Dr. Hans-Jürgen Sack**,verabschiedete sich in den Ruhestand. Friedrich Boegner war zuvor Oberarzt an der Neurologischen Abteilung des UKBF. Sein Schwerpunkt liegt im Bereich der Schmerztherapie.

Brustbehandlungscentrum „Rebecca“

Der Verein zur Errichtung Evangelischer Krankenhäuser hat in Berlin ein dezentrales Brustbehandlungscentrum eröffnet, in dem niedergelassene Ärzte und das Evangelische Waldkrankenhaus Spandau miteinander kooperieren. Basis ist eine DMP-Vereinbarung mit den Berliner Krankenkassen, die voraussichtlich Anfang Oktober in Kraft tritt. Kontakt zu „Rebecca“ über die Anmeldung der Gynäkologie am Evangelischen Waldkrankenhaus unter Tel. 37 02 16 16.

Bei dieser kleinen Rubrik ist die Redaktion BERLINER ÄRZTE auf Ihre Mithilfe angewiesen. Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Chefarztpositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause.
Tel. 40 80 6-1600/ -1601, Fax: -1699
E-Mail: e.piotter@aekb.de oder s.golkowski@aekb.de

Hartmannbund

Dulce-Vorschläge

Im Ringen um den richtigen Weg für das bundesdeutsche Gesundheitssystem melden sich auch Berliner Ärzte zu Wort. Einen Vorschlag machte jetzt Prof. Dr. Joachim Dulce. Unter dem Titel „Pflicht zur Krankenversicherung mit Wahlfreiheit“ spricht sich das Vorstandsmitglied des Hartmannbundes Berlin/Brandenburg in der Zeitschrift seines Verbandes für eine Grundsicherungspflicht für alle aus. Kombiniert werden müsste dies allerdings mit weiterhin freier Kassenwahl, wobei jedoch Wahltarife mit jährlichen Selbstbeteiligungspauschalen eingeführt werden sollten.

Zudem fordert der Labormediziner einen Umstieg auf das Kostenerstattungsprinzip (Arztbesuch mit Rechnung), wobei allerdings für sozial schwache Bürger das Sachleistungsprinzip weitergeführt werden sollte. Der Text ist veröffentlicht in der Ausgabe 5/2003 der Zeitschrift „Hartmannbund-Magazin“.

Aufbewahrungspflicht

Ehefrau vernichtete Patientenakten

Nach einer Praxisauflösung müssen Patientenakten ordnungsgemäß aufbewahrt werden.

Ein Arzt, dessen Ehefrau nach dessen Eintreten in den Ruhestand kurzerhand alle 2000 Patientenakten in den Müllschlucker packte, handelte sich jetzt eine Rüge mit Geldstrafe ein.

Es gehört zu den ärztlichen Berufspflichten, Aufzeichnungen für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren soweit nicht nach gesetzlichen Vorschriften sogar eine längere Aufbewahrungszeit besteht.

Übergibt ein Arzt nach Praxisauflösung die Akten nicht an seinen Nachfolger, muss er sie entweder in seinen Privaträumen zugriffsicher aufbewahren, oder muss einen entsprechenden Verwahrungsvertrag mit einer Spedition abschließen.

Krebsgesellschaft

Wiedergewählt

Prof. Dr. med. Klaus-Peter Hellriegel, Chef der Inneren Medizin, Hämatologie und Onkologie am Vivantes-Klinikum im Friedrichshain, ist erneut zum Vorsitzenden der Berliner Krebsgesellschaft gewählt worden. Auch seine Stellvertreter, Prof. Peter Schlag (Charité Campus Buch) und Andreas Ziegler (Charité Campus Virchow) sowie die weiteren acht Beisitzer wurden im Amt bestätigt.

Kommentar

Marktbereinigung durch DMP's

Unter dem Druck der DMPs formiert sich die Versorgungslandschaft neu. Die beiden jüngst in Berlin gegründeten neuen Brustbehandlungszentren Rebecca (siehe S.8) und Vivantes-Klinikum am Urban zeigen, wohin die Reise geht. Künftig wird es für Kliniken und Ärzte attraktiv sein, sich bezogen auf DMP-relevante Therapien in Zentren zusammenzuschließen. Langfristig werden die Zentren Patientenströme beeinflussen. Die DMP-Verträge könnten sich damit bei einige Behandlungen zum Schlüssel für das Verbleiben am Markt entwickeln. Doch Voraussetzung für einen DMP-Vertrag mit den Kassen ist nun einmal das Erfüllen festgelegter Qualitätskriterien. Bei den Brustkrebs-DMPs gehört zum Beispiel dazu, dass ein beteiligtes Krankenhaus jährlich mindestens 150 neuerkrankte Frauen behandelt. Jeder Operateur muss mindestens 50 Operationen pro Jahr vornehmen. Dadurch soll die nötige Routine und praktische Erfahrung gewährleistet sein.

An sich ist das eine vernünftige Entwicklung, weil damit Qualitätsstandards zu einem Element von Vertragsbeziehungen werden. Das fordert die verfasste Ärzteschaft schon lange. Aber diese Entwicklung wird Anbieter aus dem Markt werfen. Vor allem kleine Krankenhäuser, die eine Behandlung nur selten anbieten, werden davon betroffen sein. Einzige Möglichkeit: sie müssen sich mit anderen zusammenschließen, um in größeren Einheiten die in den DMP-Verträgen geforderten Mengen zu erreichen. Hier kommt Bewegung in den Klinikmarkt. „Von den 18 klinischen Standorten, an denen heute in Berlin Brustkrebs operiert wird, werden künftig nur noch etwa 5-6 Zentren übrig bleiben", schätzt VDAK-Chef Karl-Heinz Resch. Das kommt einer – allerdings politisch ja gewollten – „Marktbereinigung" gleich. Wenn sie für Patientinnen am Ende eine bessere Behandlung bringt, ist sie richtig. Man wird sehen.

SyGo

Projekt SUB WAY

Arzt für Beratungsmobil gesucht

SUB/WAY Berlin e. V. ist ein Projekt, das Hilfen für Jungens und junge Männer anbietet, die anschaffen gehen. Mit einem Beratungsmobil bietet die Organisation den Betroffenen eine niederschwellige medizinische Versorgung. Das Mobil fährt jeweils freitags abends verschiedene Stationen in Neukölln und Schöneberg an. Neben psycho-sozialer Beratung und Unterstützung wird hier über die Gefahren sexuell übertragbarer Erkrankungen und Präventionsmaßnahmen informiert.

Gesucht wird ein/e Arzt/Ärztin, der/die jeweils Freitag nachmittags (14 bis 18 Uhr) die ärztliche Sprechstunde im Beratungsmobil übernehmen möchte. Vorgesehen ist eine Besetzung mit zwei Personen, die sich 14-tägig abwechseln. Die Tätigkeit wird mit einem nach Stunden berechneten Honorar dotiert.

Nähere Auskünfte bei:

SUB WAY Berlin e. V., Nollendorfstr. 31, 10777 Berlin, Tel. 215 57 59.

Bündnis 90/DIE GRÜNEN

Veranstaltung sondierte neue Arbeitszeitmodelle für Berlin

Im Oktober 2000 hat bekanntermaßen der Europäische Gerichtshof (EuGH) entschieden, dass der Bereitschaftsdienst insgesamt als Arbeitszeit anzusehen ist. Während sich zahlreiche Klinikträger inzwischen mit der Entwicklung neuer Arbeitszeitmodelle befassen, konnte das Bundesarbeitsgericht bereits zweimal in diesem Jahr nur feststellen, dass das deutsche Arbeitszeitgesetz im Widerspruch zum europäischen Recht steht, und hat den Gesetzgeber zur Entscheidung aufgefordert. Der aber schweigt, was die Berliner Landesarbeitsgemeinschaft Gesundheit von Bündnis 90/Die GRÜNEN zum Anlass nahm, in einer Veranstaltung Ende Juni weiter Druck zu machen.

Gerd Lehmann, Personaldirektor bei Vivantes, stellte Zwischenergebnisse aus dem Pilotprojekt PUmA – praxisorientierte Umsetzung von Arbeitszeitmodellen – vor, das mit dem Ziel EuGH-konformer und kostenneutraler Umgestaltung in Kürze in den Praxistest geht. Heike Spies berichtete als Vertreterin der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaften (ver.di), dass die Umsetzung der europäischen Arbeitsschutzrichtlinie bereits in Tarifvertragsverhandlungen eingebracht werde. Weitere Arbeitszeitmodelle wurden von Kai Schorn (Bündnis 90/Die GRÜNEN) und Daniel Sagebiel (FrAktion Gesundheit) vorgestellt.
In der Diskussion wurde zur praktischen Umstellung auf Schichtmodelle auf den Pflegebereich verwiesen, der schon vor Jahren den Wandel flächendeckend vollzogen hat. Widerstände im ärztlichen Bereich sind vor allem finanziell begründet, denn die Begrenzung der Wochenarbeitszeit auf 48 Stunden bedeutet ein nicht wie heute noch durch Dienste steigerbares Einkommen . In einer teils lebhaft geführten Diskussion waren sich am Ende alle Beteiligten einig, dass der Gesetzgeber unverzüglich Rechtsklarheit schaffen muss. Ein nächstes EuGH-Urteil, das am 9. September verkündet werden soll, wird dem Bundesarbeitsministerium hierzu den hoffentlich letzten Anstoß geben.

N.Sch.

Ausbildung

Prüfungstermine für Arzthelferinnen

Die nächste Zwischenprüfung für Arzthelferinnen führt die Ärztekammer Berlin am 22. Oktober 2003 durch. Teilnahmeverpflichtet sind alle Auszubildenden, die zu diesem Zeitpunkt die Hälfte ihrer Ausbildungszeit hinter sich haben. Anmeldeschluss ist der 30. September 2003.

Die Winter-Abschlussprüfungen 2003/2004 finden zu folgenden Terminen statt:

Schriftliche Prüfung:
19. Dezember 2003

Praktische Übungen:
26. Januar 2004 bis
31. Januar 2004

Ärzte werden gebeten, ihre Azubis bis spätestens zum 15. Oktober 2003 mit allen erforderlichen Unterlagen anzumelden: Anmeldeformular, Berichtsheft, Bescheinigung über Teilnahme an der Zwischenprüfung, Kopie der Zeugniskarte vom OSZ Gesundheit, Bescheinigung der Zusatzausbildung bei kleinen Fachgebieten, ggfs. Bescheinigung über Art und Umfang einer Behinderung.

Die vorgezogenen Abschlussprüfungen finden zu den gleichen Terminen statt. Die formlosen Anträge müssen allerdings mit den erforderlichen Unterlagen (Befürwortung oder Stellungnahme des Ausbilders, Befürwortung der Schule, Ergebnis der Zwischenprüfung, Kopie der Zeugniskarte, Bescheinigung der Zusatzausbildung bei kleinen Fachgebieten und Berichtsheft) schon bis zum 30. September 2003 eingereicht werden.

Rückfragen zu den Prüfungen beantworten Frau Hartmann und Frau Wacker:
Tel. 40 80 6 - 22 03/ -22 04.

Friedrichstraße 16

Indonesische Delegation

Am 26. Juni 2003 fand in der Ärztekammer Berlin eine Premiere statt. Die erste ausländische Delegation wurde in den neuen Räumen empfangen. 17 Vertreter der Task Force des indonesischen National Security Systems, des Ministry of Health, des Ministry of Justice and Human Rights sowie Mitglieder des indonesischen Parlaments, der Gewerkschaften und der privaten Krankenversicherung informierten sich über das deutsche Gesundheitswesen.
Besonderes Interesse galt den Aufgaben und der Arbeitsweise der Ärztekammern. Dabei interessierten sich die asiatischen Gäste vor allem für Fragen der Qualitätssicherung, der Fort- und Weiterbildung und für die Teilnahme der Kammern an gesundheitspolitischen Entscheidungs- und Veränderungsprozessen.

Neuer Kurs

Weiterbildung zur Arztfachhelferin

Am 24. Oktober diesen Jahres beginnt voraussichtlich eine neue Kursweiterbildung zur Arztfachhelferin. Sie wird berufsbegleitend über 15 Monate von der Ärztekammer durchgeführt und qualifiziert Arzthelferinnen für leitende und anspruchsvolle Tätigkeiten in der Arztpraxis. So werden im Pflichtteil zusätzlich zur Vertiefung der Kenntnisse aus der Ausbildung die Themen Praxisorganisation und Konfliktmanagement behandelt. Im Wahlteil kann nach Wünschen der Teilnehmer/innen ein zusätzliches Curriculum der Bundesärztekammer absolviert werden.
Insgesamt hat der Kurs einen Umfang von 400 Stunden, die in 10-11 Wochenenden und drei achttägigen Blöcken vermittelt werden. Die Gruppengröße umfasst etwa 15 Teilnehmerinnen. Zum Abschluss wird eine Prüfung von der Ärztekammer abgenommen. Die Kosten betragen 1700 € und können auch in Raten gezahlt werden. Ein Zuschuss kann in seltenen Fällen vom Arbeitsamt oder über die Begabtenförderung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung gewährt werden. Außerdem kann Meister-Bafög beantragt werden. Der zweite Wochenendtermin in diesem Jahr liegt vom 21. bis 23. November, der erste lange Block vom 16. bis 25. Januar 2004. Interessenten können sich unter der Tel. 40 80 6-2203 bei Frau Hartmann anmelden.

Ghana

Spendenaufruf

Der in Berlin lebende afrikanische Arzt Dr. med. A.S. Alhassan bittet die Berliner Ärzte um Sachspenden für eine Krankenstation in Nord-Ghana. Alhassan hat sie mit finanzieller Hilfe von Arbeitskollegen und unter Mithilfe der Bevölkerung in der Nähe seiner Heimatstadt Tamale aufgebaut. Die Krankenstation wird die allgemeine medizinische Versorgung von rund 190.000 Menschen in mehreren Dörfern ermöglichen.

Für die allgemeine Ambulanztätigkeit und auch für kleinere und mittlere chirurgische Eingriffe werden deshalb Spenden bereits ausgemusterter aber noch brauchbare medizinischer Geräte erbeten, die abgeholt werden würden.

Kontakt über Dr. Alhassan, Tel. 0160/ 712 04 65 oder per E-mail: NaaSandow@gmx.de

Sicherungskopien

Festplatten-Crash entbindet nicht von Auskunftspflichten

Auch eine zerstörte Festplatte bewahrt nicht vor der Pflicht, Befundberichte und gutachterliche Stellungnahmen abzugeben.

Ein Arzt war, offenbar aufgrund dessen, mehrfach der Mahnung eines Versorgungsamtes um einen Befundbericht nicht nachgekommen. Wegen seines Verstoßes gegen die ärztlichen Berufspflichten handelte er sich jetzt eine Rüge mit Geldstrafe ein. Die Ärztekammer Berlin weist noch einmal darauf hin, dass Ärzte berufsrechtlich dazu verpflichtet sind, Aufzeichnungen auf elektronischen Datenträgern oder anderen Speichermedien vor Verlust zu sichern. Der Kollege, der von der Kammer wegen eines abzugebenden Befundberichtes über eine Zeit von 24 Monaten mehrfach abgemahnt worden ist, bekam jetzt eine Rüge mit Geldstrafe.

Werner Greve wurde 75

Foto: privat

Prof. Dr. med. Werner Greve, von 1970 bis 1994 Chefarzt der Psychiatrischen Abteilung an der Schlosspark-Klinik und von 1988 bis 1994 dort auch Ärztlicher Direktor, wurde am 21. Juli 2003 75 Jahre alt. Er war einer der Gründer-Chefärzte der Schlosspark-Klinik und baute dort die Psychiatrische Abteilung auf.

Werner Greve hatte sich 1969 mit dem Thema „Psychische Folgen nach Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation“ in Gießen habilitiert und war seit 1978 apl.-Professor an der FU Berlin.

Dem Thema blieb er weiterhin wissenschaftlich verbunden und setzte es in Zusammenarbeit mit dem psychosozialen Dienst der damaligen Universitätsfrauenklinik in der Pulsstraße auch praktisch um. Immer kennzeichnete es seine wissenschaftliche Arbeit, dass sie mit praktischen Anwendungen im Dienst betroffener Menschen eng verbunden war. Das gilt für Begutachtung und Therapie von Überlebenden der Verfolgung des Nationalsozialismus ebenso wie für die Integration der Psychotherapie, speziell der Gruppentherapie, in die Psychiatrie. Dabei förderte Werner Greve mit kritischer Toleranz vielfältige psychotherapeutische Methoden.

Als Vorsitzender des DAGG (1982 bis 1988) begann Werner Greve 1984 im Rahmen des Möglichen Kontakte zu Gruppentherapeuten der damaligen DDR zu pflegen. In der wichtigen Zeit nach der Wende war er (bis 1993) Vorsitzender der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie, deren Regionalgesellschaften Ost und West sich im Februar 1991 wiedervereinten.

Mit unverändertem Engagement bei allerdings wenigstens etwas reduzierter Arbeitszeit ist Werner Greve seit dem Beginn seines „Ruhestands“ in seiner Privat-Praxis tätig.

Die psychiatrische Abteilung der Schlosspark-Klinik (Prof. Stoffels) wird am 12.9.03 ein Symposium über Gruppentherapie zu Ehren von Werner Greve veranstalten.

Dr. med. Sieglind Schröder

Wer misst Screeningerfolge?

Allerorts wird über das Thema Krebsfrüherkennung und Screeningmethoden diskutiert. Insbesondere steht die geplante Einführung des qualitätsgesicherten Mammografiescreenings im Mittelpunkt der Auseinandersetzungen. Laut „Bericht über Brustkrebs in der Europäischen Union“ des EU-Parlamentes vom Mai 2003 gilt die Debatte über den tatsächlichen Nutzen dieses Screenings jedoch seit einer WHO-Konferenz (IARC) im März 2002 als beendet. Es wird gefordert, flächendeckende nationale Krebsregister nach einheitlichen Kriterien aufzubauen, um zuverlässige Daten hinsichtlich Früherkennung und Behandlung von Brustkrebs zu erhalten. In den Empfehlungen des Rates zur Krebsvorsorge an die Europäische Union im Mai 2003 heißt es: „Zu einer hochwertigen Vorsorge gehört die Analyse des Vorsorgeprozesses und der -ergebnisse.“ Empfohlen wird, die Vorsorge-Datenbank mit einem Krebsregister zu verknüpfen. In den zur Zeit diskutierten „Ergänzungen der Krebsfrüherkennungsrichtlinien“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom März 2003 wird zwar explizit auf die Notwendigkeit der Evaluation des Mammografiescreenings eingegangen. Doch zur Umsetzung heißt es nur: Verantwortlich für die Datenerhebung und -auswertung sollen „zuständige Stellen“ sein.

GKR info

Eines scheint bisher nicht ausreichend berücksichtigt: wie können bereits heute Krebsdaten haltende Einrichtungen in Deutschland in diese Aufgabe eingebunden werden, welche ihrer Informationen kann man nutzen und welche Leistungen können sie erbringen?

Beispielhaft seien hier unerlässliche Indikatoren für eine Evaluation von Screeningprogrammen genannt: Beobachtung der Krebsinzidenz im Hinblick auf die Zielgruppen und Monitoring der Trendentwicklung sowie Voraussage der weiteren Entwicklung, Veränderung der Stadienverteilung zugunsten prognostisch günstigerer Stadien bei Diagnosestellung, Analyse der histologischen Tumortypen mit dem Augenmerk auf vermehrtes Auftreten präinvasiver Befunde, Vergleich von Überlebensraten in Abhängigkeit von der Tumorausbreitung, Auswertungen zur Primärtherapie, Aussagen zur Sensitivität des Früherkennungsprogramms durch Identifikation so genannter Intervallkarzinome.

Durch Vergleich von Screeningregionen mit Kontrollregionen können wertvolle Aussagen im Hinblick auf die Effektivität abgeleitet werden.

Kohortenstudien mit dem epidemiologischen Krebsregister des Bundeslandes stellen eine Möglichkeit der Verknüpfung der Screeningdaten mit Krankheitsdaten dar.

Diese Daten werden bereits jetzt in den epidemiologischen Krebsregistern in Deutschland qualitätsgesichert registriert.

Im GKR liegen Daten zum Brustkrebs flächendeckend für die sechs Bundesländer bereits in sehr guter Qualität vor, wie die GKR-Publikation „Brustkrebs“ belegt. Derartige Ergebnisse sollten im Sinne der Evidence-based-Medicine in die Analyse des Nutzens von Krebsfrüherkennungsprogrammen sowie die epidemiologischen Register in die Organisation der Abläufe eingebunden werden.

Das GKR veranstaltet im September 2003 aus Anlass seines 50-jährigen Bestehens ein wissenschaftliches Symposium. Interessierte wenden sich bitte an: Gemeinsames Krebsregister, Brodauer Str. 16-22, 12621 Berlin, E-Mail: vertrauensstelle@gkr.verwalt-berlin.de.

Leserbriefe

Titelblatt
BERLINER ÄRZTE 7/2003

Ich wollte es Ihnen schon lange gesagt haben: Ihre Zeitschrift hat immer ein so erfreuliches, z.T. auch humorvolles, gutes Cover, dass es eine Freude ist, jedes Heft anzusehen – und auch natürlich der Inhalt. Immer sehr informativ auf allen Gebieten! Gratulation! Ich freue mich auf die nächste Ausgabe!

Ilse Lommel, 10627 Berlin

Transfusionsmedizin
Ärzte von Audits begeistert
BERLINER ÄRZTE 7/2003

Erstaunt habe ich Ihren durchweg positiven Beitrag zum Thema Audits in der Transfusionsmedizin gelesen. In meiner Tätigkeit als Qualitätsbeauftragte in der Transfusionsmedizin waren solche positiven Äußerungen der klinischen Kollegen eher die Ausnahme. Die Regel waren Diskussionen über den Sinn und Zweck der ganzen Angelegenheit. Der Aufwand ist im Vergleich zum Nutzen insbesondere vor dem Hintergrund der angespannten Situation in allen medizinischen Bereichen nicht zu vernachlässigen.

Dr. med. Christiane Gerischer , 12163 Berlin

Zu spät erkannt? Teil 1: HIV
BERLINER ÄRZTE 7/2003

Danke für den HIV-Artikel aus BERLINER ÄRZTE 7/2003. Er hilft „daran zu denken" und handeln zu können.

Als Betriebsärztin habe ich überwiegend mit gesunden Menschen zu tun. Vorsorge- oder Einstellungsuntersuchungen zielen auf Eignungen für bestimmte Tätigkeiten hin. Aber schon viele Zufallsbefunde im Rahmen solcher Untersuchungen konnten an Fachkollegen zur weiteren Diagnostik und Therapie überwiesen werden. Künftig wird bei der Racheninspektion bestimmt die Mundhöhle noch etwas intensiver inspiziert...

Dr. med. Dagmar Umnus-Lackner, 10117 Berlin

Editorial: „Der AIP wackelt"
BERLINER ÄRZTE 6/2003

... Ich habe ... den Eindruck, dass Ihnen die Ziele und die Absichten der AiP-Weiterbildungszeit vollkommen unbekannt sind. Die AiP-Weiterbildung wurde eingeführt, um den jungen Ärzten und Ärztinnen die Möglichkeit zu geben, zwei Jahre nach dem Staatsexamen die volle Approbation zu erhalten, in Übereinstimmung mit der Europäischen Richtlinie über die Ausbildung zum Arzt.

Diese Richtlinie stammt von 1984 und fordert, dass jeder und jede genau acht Jahre nach der ersten Medizinvorlesung die Qualifikation zur Ausübung des ärztlichen Berufes erhält; in ganz Europa, das heißt, allen Staaten der damaligen Union. Wie war das in der Bundesrepublik zu verwirklichen? Das Studium betrug sechs Jahre. Die meisten Stellen für Krankenhausassistenten waren auf Lebenszeit vergeben, der jährliche Wechsel war nicht sehr groß, 10-25 Prozent je Fach.

In Berlin (West) bestanden fast 400 Studenten/-innen jährlich das Staatsexamen. Wie konnte man ihnen die erforderliche praktische Ausbildung bzw. Weiterbildung ermöglichen? Die einzige Möglichkeit diesen jungen Ärzten und Ärztinnen zu helfen, war die Teilung der wenigen Vollassistentenstellen auf zwei nur halbbezahlte Stellen, die den Namen AiP bekamen. In unserer Abteilung zum Beispiel wurden nach meiner Erinnerung auf 2 Assistentenstellen vier AiP-Kollegen eingestellt. Die 18 Monate AiP-Zeit wurde auf sechs Vierteljahre aufgeteilt, mit einer Rotation über die wichtigsten Arbeitsplätze (Knochendiagnostik, Lungendiagnostik usw.). Diese Rotation von Berufsanfängern bedeutete eine ungeheure Anforderung an die Fachärzte: jeder Anfänger erforderte einen enormen Zeitaufwand bei jedem einzelnen Befundbericht. Jeder Satz musste kontrolliert werden, gerade in einem so genannten Nebenfach brachte niemand irgendwelche Vorkenntnisse mit für den praktischen Berufsalltag.

Wir alle, vom Assistenz-Arzt im 2. Jahr bis zum Chefarzt und Hochschullehrer, haben versucht, diese schlecht bezahlten 18 Monate für die jungen Ärzte und Ärztinnen so sinnvoll wie möglich zu gestalten. Eine durchgehende Arbeitszeit über neun oder sogar 18 Monate auf ein und demselben Arbeitsplatz hätte viele Vorteile für die Abteilung und ihre Arbeitsplatzorganisation gehabt – aber wir boten die Rotation in der gesamten Radiologie, um den bestmöglichen Überblick über unser Fach zu ermöglichen. Natürlich hätte man den junge Kollegen und Kolleginnen gern mehr Einkommen gewünscht. Aber es waren ja oft gerade zwei anstelle von einem Vollassistenten eingesetzt, das heißt statt 50 Lungenfilme zu beurteilen, waren es zum Beispiel für jeden der beiden AiP dann 25.

Wenn Sie an Ihre allerersten Artikel denken, werden Sie zustimmen, dass Anfänger auch ein Vielfaches an Zeit für eine Leistung brauchen, die Jahre später in einem Bruchteil der Zeit bewältigt wird. Es gibt auch viele andere angesehene Weiterbildungsphasen nach dem Staatsexamen (Juristen, Theologen, Philologen) oder nach vergleichbaren Uni-Abschlüssen, in denen die Berufsbeginner eben als Referendare oder Vikare usw. kein volles Gehalt beziehen können. Für zwei Jahre oder für drei Jahre – es ist nicht schön und auch nicht angenehm, für niemanden. Aber es ist vielleicht nicht anders möglich.
Wir alle, Weiterbildungsbeteiligte und Verantwortliche, glaubten damals, dass viele junge Kollegen und Kolleginnen sich nach acht Jahren als praktische Ärzte in einem der Unions-Länder Europas niederlassen wollten und würden, nämlich alle, die nach acht Jahren nun eigene Verantwortung übernehmen wollten oder vielleicht auch nicht auf eine Assistentenstelle in einem Krankenhaus warten wollten. Aus diesem Grund haben

wir unseren erfahrenen Assistenzärzten und -ärztinnen in Dauerstellung zugemutet, ihren Kolleginnen und Kollegen mit größtem persönlichen Einsatz eine gute Grundweiterbildung zu geben.

Sie, die Erfahrenen, haben mitgemacht: in vielen Stunden haben sie Anfängern erklärt, wie man einen Röntgenbericht aufbaut, abfasst, wie man Filme deutet, Verdachtsmomente beschreibt, Entscheidungen fällt, zur Abschlussdiagnose kommt – während sie selbst in einem Bruchteil der Zeit mit Berufserfahrung von Jahren dieselbe Film-Interpretation natürlich besser hätten abfassen können, um dann vielleicht früher nach Hause zu gehen.

Wir wollten – unabhängig von den Brüsseler Leitlinien und den staatlichen Verpflichtungen – unseren jungen Kollegen und Kolleginnen helfen! Niemand von uns wollte irgendjemanden ausnutzen! (...)

Prof. Dr. med. Eckard Gerstenberg, 14055 Berlin

Wo lassen Sie denken?
BERLINER ÄRZTE 6/2003

Es war Sokrates!

Darf ich fragen: Wo lassen Sie recherchieren? „Ich weiß, dass ich nichts weiß", sagte nicht Descartes sondern Sokrates. Das müssen Journalisten nicht wissen – aber recherchieren sollten sie können, bevor sie schreiben.

Dr. med. Elisabeth Leonhardt, 10589 Berlin

Früher hatte man mehr Ideale

Ihr Artikel wirft derart viele Probleme auf, dass ich mich einfach einmischen muss:

1. Sie hätten einmal die Leserbriefe in Nr. 6/2003 zum Thema Anglisierung in der Medizin lesen sollen. Dann hätten Sie sich Begriffe wie „Braintrust", „Thinktank", „Fishing expeditions" durchaus verkneifen können. (...)

2. Fachliche Voraussetzungen für ein verantwortungsvolles ärztliches Handeln sind neben einer idealistischen Lebenseinstellung eine fundierte naturwissenschaftliche Ausbildung und eine kontinuierliche fachspezifische Fortbildung. Leider greifen hierbei störend und negativ patientenbeeinflussend die politischen Vorgaben (überwiegend nur ökonomisch geprägt) und die meist unqualifizierten Medienberichte (= Fehlinformationen) ein. Leider ist die Medienwelt offen für den nicht mehr (wie Sie richtig formulieren) „auszurottenden paramedizinischen Wildwuchs", der den vielen Versuchen einer sinnvollen medizinischen Fortbildung entgegensteht. (...)

3. Diese Entwicklung ist aber auch Ausdruck der derzeit naturwissenschaftlich unzureichenden Vorkenntnisse und fachlich unzureichenden Ausbildung der Medizinstudenten. Wenn die neuen Versuche einer so genannten Studienreform an der Charité einen neuen Ausbildungsstandard darstellen soll, dann graut mit schon jetzt davor, einmal einen derart ausgebildeten Arzt als Patient in Anspruch nehmen zu müssen. Bei jeder Diskussion über eine angeblich ach so notwendige Studienreform habe ich niemals erfahren können, was an der bisherigen Ausbildung so schlecht war. Ich muss immer wieder feststellen, dass die heute alten Ärzte (nach alten Ausbildungsformen ausgebildet) fachlich und moralisch keinesfalls schlechter gegenüber den jüngeren Ärzten arbeiten.

Vielleicht hatten wir in der Jugend noch mehr Ideale, aber sicher eine bessere naturwissenschaftliche Grundausbildung. Ich kann auch nicht verstehen, dass die früher üblichen großen Vorlesungen mit Fallvorstellungen heute derart verpönt werden. Natürlich wurden sie nur von hervorragenden Fachpersönlichkeiten (und wo gibt es sie heute noch?) gehalten, die bei den Studenten eine enorme Vorbildwirkung erzeugten. Wie langweilig können dagegen die üblichen seminaristischen Veranstaltungen sein, die von irgendeinem Assistenten abgehalten werden. (...)

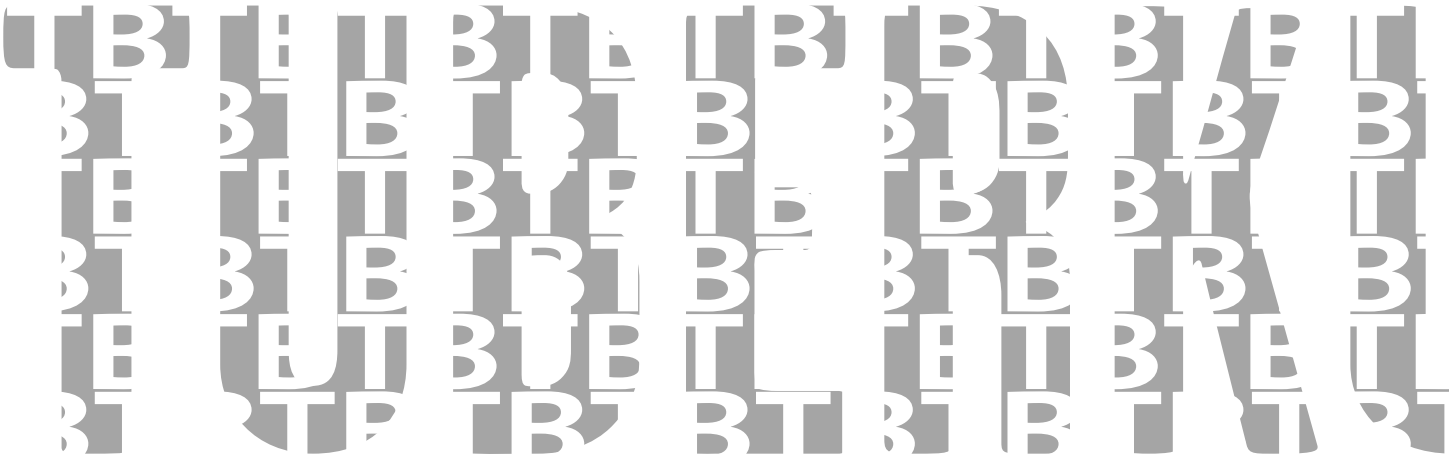
Dr. sc. med. Klaus Richter, 12685 Berlin

Bericht von der Delegiertenversammlung
BERLINER ÄRZTE 5/2003

„Wenn auch laufend darüber geschrieben/gesprochen wird, dass die tätigen Ärzte darben, dann freut es mich, dass der Präsident der Ärztekammer Berlin nicht zu darben braucht. Er lässt sich zwar sein Gehalt (...) erhöhen; aber das Geld dafür kommt ja nur aus den Pflichtbeiträgen der darbenden Ärzte. Sein Gehalt muss ja auch so hoch sein, weil er sich freiwillig zur Wahl zur Verfügung gestellt hat!"

Dr. R. Kronenberg, 13627 Berlin

Das demokratisch gewählte Parlament der Ärztekammer Berlin hat mit großer Mehrheit dafür votiert, die Entschädigung für Präsident und Vizepräsident so anzusetzen, dass sich auch aktiv im Berufsleben stehende Ärzte für ein solches berufspolitisches Amt entscheiden können. Das Amt des Präsidenten ist ein Fulltime-Job geworden, für den ein vorübergehender Ausstieg aus dem Beruf erforderlich ist. Für diese Situation muss die Kammer ihren Präsidentan absichern. Den Gremien der Ärztekammer Berlin ist die schwierige Einkommenssituation vieler Berliner Ärzte bewusst. Aus diesem Grund wurde ja bereits eine Beitragssenkung für 2003 beschlossen. (Die Red.)



Die Tuberkulose (TB) ist vor Malaria und HIV/AIDS die weltweit häufigste Infektionskrankheit. Etwa ein Drittel der Weltbevölkerung ist mit Mycobacterium tuberculosis (M. tuberculosis) infiziert, wobei 5-10% der Betroffenen im Laufe ihres Lebens eine TB entwickeln. Mit einem jährlichen Anstieg der TB-Fälle von 3% ist die TB global weiter auf dem Vormarsch und bei HIV-Infizierten die Todesursache Nummer eins. Alle 15 Sekunden stirbt ein Mensch an TB und über 95% der neuen TB-Fälle treten in Entwicklungsländern auf.

Bei abnehmender Erkrankungshäufigkeit in Deutschland und in vergleichbaren Industrieländern begegnet die Tuberkulose dem praktizierenden Mediziner hierzulande zunehmend seltener. So wurden aus Berlin im Jahr 2001 insgesamt nur noch 434 Tuberkuloseerkrankungen, bzw. 360 Fälle, die die Referenzdefinition erfüllen, an das Robert Koch-Institut (RKI) gemeldet. 1991 waren dies in Gesamtberlin noch 890 und 1981 in West-Berlin 1525 gemeldete Erkrankungen. Unter anderem aufgrund dieses Rückgangs werden viele Kollegen kaum noch mit dem Krankheitsbild der TB konfrontiert. Als Folge mangelnder Erfahrung wird im klinischen Alltag häufig erst spät an eine TB gedacht. Die dadurch verzögerte Diagnose und Therapie gefährdet den Therapieerfolg und kann somit zu einer Zunahme von Mortalität und Transmission führen.

Klinik

Nur 5-10% aller Infektionen mit M. tuberculosis führen zur Entwicklung einer manifesten TB. Durch das Zusammentreffen einer TB-Infektion mit Risikofaktoren wie beispielsweise Armut, Alkoholkrankheit und Immunsuppression (z.B. durch maligne Erkrankungen, HIV/ TB-Koinfektion, Diabetes mellitus, systemische Kortikoid Langzeittherapie, zunehmendes Alter etc.), wird die Reaktivierung einer latenten TB in eine aktive Erkrankung beschleunigt oder oft erst ermöglicht. Am häufigsten wird die Lunge befallen, gefolgt von (peripheren) Lymphknoten, Pleura, Urogenitaltrakt sowie Knochen und Gelenken. Aber auch alle anderen Organsysteme können betroffen sein.

Die TB zeichnet sich durch vielfältige Symptome aus, die individuell unterschiedlich ausgeprägt sind. An Allgemeinsymptomen sind in erster Linie Gewichtsabnahme, leichtes Fieber, Müdigkeit, Appetitlosigkeit und Nachtschweiß zu nennen. Organspezifische Symptome einer Lungentuberkulose sind Husten, gegebenenfalls mit (blutigem) Auswurf, Atemnot und stechende Brustschmerzen (s. Kasten). Da diese Symptome nicht TB-spezifisch sind, kommt es vor allem darauf an, eine TB differenzialdiagnostisch überhaupt in Erwägung zu ziehen.

Zu spät erkannt?

Teil II – Tuberkulose

Von Daniel Sagebiel

KLINIK DER TUBERKULOSE

- Husten, Auswurf (selten Haemoptoe)
- Gewichtsabnahme
- Appetitlosigkeit
- Müdigkeit, Abgeschlagenheit, verminderte Belastbarkeit, Konzentrationsschwäche
- Subfebrile Temperaturen (besonders Nachmittags)
- Stechen in der Brust
- Nachtschweiß

Diagnostik

Ungefähr 80% der Fälle in Deutschland werden aufgrund von tuberkulosebedingten Symptomen (60%) oder Zufallsbefunden (20%) diagnostiziert (passive Fallfindung), und bei knapp 20% führt eine aktive Fallfindung in Risikogruppen (Umgebungsuntersuchung, Gemeinschaftsunterkunft für Asylbewerber und Aussiedler, JVA-Häftlinge usw.) zur Diagnose einer TB.

Das Hauptaugenmerk bei der TB-Diagnostik liegt nach wie vor auf der mikrobiologischen Sputumdiagnostik. Diese erfolgt mikroskopisch und kulturell. Um die Therapie bei Vorliegen von Medikamentenresistenzen gegebenenfalls anpassen zu können, sollte immer ein kultureller Nachweis angestrebt werden. Zur Abklärung differenzialdiagnostischer Fragestellungen (besonders zur Differenzierung nicht-tuberkulöser Mykobakterien) können molekularbiologische Methoden wie die PCR herangezogen werden. In Fällen ohne Nachweis von *M. tuberculosis* im Sputum erhöht eine Bronchoskopie (evtl. mit Lavage oder Biopsie) die Chance für eine kulturelle Bestätigung der Verdachtsdiagnose. Geschlossene Tuberkulosen werden in der Regel auf Basis einer Röntgenuntersuchung des Thorax diagnostiziert. Die Röntgenuntersuchung des Thorax ist auch von Bedeutung für die Beurteilung des Therapieverlaufes.
Der Tuberkulinhauttest nach Mendel-Mantoux ist eine wertvolle Hilfe zur Feststellung einer eingetretenen Infektion mit *M. tuberculosis*, besonders bei Screening-Untersuchungen. Aufgrund konstant niedriger TB-Inzidenzen und einer entsprechenden Nutzen-Risiko-Abwägung wird die BCG-Impfung in Deutschland seit März 1998 von der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO) nicht mehr empfohlen.

Therapie

Die TB ist seit dem Einsatz kombinierter Chemotherapie heilbar, sofern sie rechtzeitig entdeckt wird.

Wichtige Voraussetzungen für die Reduzierung der Infektionsgefahr sind die unverzügliche Isolierung (möglicherweise) infektiöser Patienten sowie die schnelle Diagnostik und Therapie. In Deutschland sollte die Therapie bei potenziell nicht kooperativen Patienten oder vorhandener Medikamentenresistenz direkt überwacht (directly observed treatment, DOT) erfolgen. Die wichtigsten bakteriziden und damit resistenzvermeidenden

Belgien: Tuberkulose-Bekämpfung

Alle Abbildungen aus: Plakate zur Hygiene und Prophylaxe; Plakatsammlung der Behringwerke AG

Medikamente sind Isoniazid (INH, H) und Rifampicin (RMP, R). Durch deren Einsatz wird eine rasche Dezimierung der Erregermenge zu Beginn der Erkrankung erreicht. RMP ist neben Pyrazinamid (PZA, Z) auch eines der wichtigsten Medikamente mit sterilisierendem Effekt. Dies trägt entscheidend zur Elimination auch ruhender Bakterien und damit zum langfristigen Therapieerfolg bei.

Die Kombination der Medikamente führt zu synergistischer – und nicht nur additiver – Wirkungsverstärkung. Aufgrund steigender Resistenzzahlen in Deutschland sollte die Therapie initial für zwei Monate mit je vier Erstrangmedikamenten (INH, RMP, PZA) sowie Ethambutol (EMB, E) oder Streptomycin (SM, S) erfolgen. Daran schließt sich über vier Monate eine Kontinuitätsphase mit zwei Medikamenten, INH und RMP, an (vgl. Tabelle 1). Die Tabelle 2 zeigt die empfohlene Dosierung.

Eine längere Behandlung sollte nur bei einigen Sonderformen oder gegebenenfalls bei erschwerter Therapie durchgeführt werden. Häufige Ursachen einer erschwerten Therapie sind Resistenzen gegen Antituberkulotika, Medikamentenunverträglichkeiten, Kontraindikationen (Leber, Niere, Augen, Gehör, Schwangerschaft), schwere Grund-/Begleitkrankheiten, HIV-Infektion und AIDS (bes. bei antiretroviraler Therapie) sowie mangelnde Patientenmitarbeit. Bei Zweifeln an der Zuverlässigkeit der Medikamenteneinnahme kann auf fixe Medikamentenkombinationen von beispielsweise INH und RMP zurückgegriffen werden um eine Monotherapie, mit der Gefahr einer Resistenzbildung, zu verhindern.

Eine Resistenztestung sollte routinemäßig erfolgen, um bei festgestellter Resistenz die Therapie entsprechend umstellen zu können. Liegen Resistenzen oder Unverträglichkeiten gegen eines oder mehrere der Antituberkulosemittel vor, ist eine längere Therapie und eine andere Kombination der Medikamente notwendig. Die Therapie von multiresistenten (MDR-TB, d.h. Resistenz gegen mindestens INH und RMP) und polyresistenten (Resistenz gegen zwei oder mehr Erstrangmedikamente) Tuberkulosen ist kompliziert und langwierig. Hier kommen Zweitrangmedikamente, die nebenwirkungsreich und teuer, dabei aber weniger effektiv sind, zum Einsatz. Die Therapie dauert dann mindestens 18-24 Monate und sollte nur von Zentren mit entsprechender Erfahrung möglichst direkt überwacht durchgeführt werden (Tabelle 3). Erworbene Resistenzen werden durch falsche Therapie, unzureichende Patientenadhärenz, qualitativ minderwertige Medikamente, unterbrochene Medikamentenversorgung und/oder schlecht durchgeführte TB-Programme gefördert.
Der Behandlungserfolg sinkt mit zunehmender Resistenz, und die Mortalität

Tabelle 1: Therapieempfehlungen für Deutschland
(Erwachsene)

Tuberkuloseerkrankung	Initial-Phase	Dauer	Kontinuitätsphase	Dauer	Gesamtdauer
	Kombination	Monate	Kombination	Monate	Monate
pulmonal/ thorakal	H, R, Z, E	2	H, R	4	6
pulmonal/ Minimal-TB*	H, R, Z	2	H, R	4	6
extrathorakal	H, R, Z, (E)	2	H, R	4	6
Meningitis	H, R, Z, E	2	H, R	10	12

*Nur, wenn die Mikroskopie mehrfach negativ ist, keine Kavernen vorliegen und kein Risikofaktor für eine Resistenz vorliegt (Herkunft aus dem Ausland mit höherer Resistenz-Prävalenz, antituberkulöse Vorbehandlung)

Abkürzungen: E = Ethambutol, H = Isoniazid, R = Rifampicin, Z = Pyrazinamid

Tabelle 2: Dosierung der Erstrangmedikamente
(Erwachsene, tägliche Einmalgabe)

Substanz	Dosis [mg/kg KG]	Dosisbereich [mg/kg KG]	Minimal-Maximal-Dosis [mg]
Isoniazid	5	4 - 6	200 – 300
Rifampicin	10	8 – 12	450 – 600
Pyrazinamid	25	20 – 30	1500 – 2500
Ethambutol	20 – 25 (15)*	15 – 25	800 – 2000
Streptomycin	15	12 – 18	600 - 1000

*In den USA wird eine Dosisreduktion von 25 mg/kg auf 15 mg/kg nach 8 Wochen empfohlen. In Großbritannien und in den Empfehlungen der WHO und der IUATLD ist die Standarddosis 15 mg/kg.

nimmt zu.

Oft verstreichen Monate bis zur richtigen Diagnose

Der anhaltende Rückgang der TB kann zur Vernachlässigung von Kontrollmaßnahmen führen und somit eine weitere Abnahme vorhandener Kenntnisse und Erfahrungen fördern. In vielen Niedrigprävalenzländern wird die TB heutzutage in klinischer und epidemiologischer Lehre vernachlässigt und die Lernangebote eingeschränkt, was zu einem Mangel an Basiskenntnissen und -fertigkeiten geführt hat. Genau diese aber werden für eine umgehende Diagnose und ein gutes Management durch Ärzte, Krankenschwestern, Sozialarbeiter und das öffentliche Gesundheitswesen (Gesundheitsämter) benötigt. So wird eine Tuberkuloseerkrankung auch bei uns in Deutschland trotz etablierter Diagnostik und effektiver Behandlung gelegentlich spät, gar nicht oder erst nach dem Tod (in ca. 1%) diagnostiziert. Die Komorbidität vieler älterer TB-Patienten erschwert die Diagnosestellung zusätzlich. Das Spektrum der Differenzialdiagnosen verändert sich durch das vermehrte Auftreten von Erkrankungen durch nichttuberkulöse Mykobakterien in Zusammenhang mit der weltweiten HIV-Epidemie. Dies kann weitreichende Folgen haben, wenn der „unerkannte" Patient an einer offenen TB erkrankt ist und möglicherweise andere Menschen in seiner Umgebung ansteckt.

DDR: 1957, Tuberkulosebekämpfung in Stadt und Land

Auch wenn die TB-Kontrolle in Deutschland bisher noch gut zu funktionieren scheint, zeigen vorläufige Ergebnisse einer zur Zeit laufenden regional repräsentativen Multicenterstudie des DZK und der Gesundheitsämter, dass der Zeitraum zwischen TB-Verdacht und Diagnose lediglich bei 56% der Patienten weniger als einen Monat betrug. Bei 30% dauerte die Diagnosestellung zwischen einem und zwei Monaten, bei 11% zwischen zwei und fünf Monaten und bei 3% kam es zu einer Verzögerung von über fünf Monaten (Mittelwert 0,94 Monate; 95% Konfidenzintervall: 0,72/1,16; n= 536). Noch größer war die Zeitspanne zwischen erstem Arztbesuch und Diagnose mit durchschnittlich 1,7 Monaten (95% Konfidenzintervall: 1,3/2,1; n= 391), und lediglich 72% der TB-Patienten wurden innerhalb von zwei Monaten nach ihrem erstem Arztbesuch diagnostiziert. Ähnliche Ergebnisse zeigte auch eine Londoner Studie von Rodger et al (BMJ 2003; 326: 909-910), in der die durchschnittliche Diagnoseverzögerung nach Symptombeginn mit 49 Tagen (Median) ange-

Tabelle 3: Therapiemöglichkeiten bei Resistenzen WHO-Empfehlungen

A: Bei Verdacht auf multiple Resistenzen (Therapieversagen trotz DOT/DOTS und Standardtherapie): 3 Monate Aminoglycosid, PTH, Z, Fluorchinolon + 18 Monate PTH, Fluorchinolon

B: Therapieoptionen bei bekannten Resistenzen

Resistenz	Initialtherapie (Monate)	Stabilisierungstherapie (Monate)
H+S	3 R, Z, E	6 R, E
H+E+S	2 R, Z, Amikacin, PTH + 1 R,Z,PTH	6 R, PTH
H+R+/-S	3-6 Z, E, PTH Amikacin, Fluorchinolon	18 E, PTH Fluorchinolon
H+R+E+S	3-6 Z, PTH, Amikacin, Fluorchinolon, Terizidon	18 PTH Fluorchinolon, Terizidon
H+R+Z+E+S	3-6 PTH, Amikacin, Fluorchinolon, Terizidon, PAS	18 PTH, Fluorchinolon, Terizidon

Abkürzungen: E = Ethambutol, H = Isoniazid, R = Rifampicin, PAS = Paraaminosalicylsäure, S = Streptomycin, PTH = Prothionamid, Z = Pyrazinamid

Indien: Schütze Dich vor Tuberkulose (Ausschnitt)

FALLBERICHT

26-jähriger Jurastudent im Examen sucht im Februar mit einem seit sechs Wochen bestehenden zunächst unproduktiven Husten seinen Hausarzt auf, der ihn symptomatisch behandelt. Nach mehrmaligen weiteren Arztbesuchen und anhaltendem Husten im Juni Vorstellung bei einem Facharzt für Innere Medizin, der eine unspezifische antibiotische Therapie verschreibt, abermals ohne eine Röntgenthoraxaufnahme. Nach weiterhin progredientem Verlauf mit zunehmendem produktivem Husten, Abgeschlagenheit, Gewichtsverlust und Fieber. Im Dezember des Jahres Vorstellung bei einem Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde, der eine Röntgenaufnahme des Thorax durchführen lässt. Dabei wird der hochgradige Verdacht auf eine kavernöse Lungen-TB geäußert, der sich bei der mikroskopischen Untersuchung des Sputums bestätigt. Es werden massenhaft säurefeste Stäbchen gefunden und die Kultur ist positiv. Der Patient erweist sich als HIV-negativ.

geben wurde. In einer Multivarianzanalyse wurde für Patienten mit weißer Hautfarbe (Median: 72 Tage; Odds Ratio: 1,67) und für Frauen (Median: 72 Tage; Odds ratio: 1,42) ein unabhängig erhöhtes Risiko für eine verzögerte Diagnosestellung ermittelt.

Aufklärungsbedarf besteht auch bezüglich der Tuberkulosetherapie. Lediglich 62% der TB-Patienten in der DZK-Studie erhielten initial eine Medikamentenkombination von vier Medikamenten, und nur bei 81% waren dabei die drei wichtigsten (INH, RMP und PZA) enthalten (n= 570).

Diese Ergebnisse verdeutlichen, wie der Rückgang der TB auch den klinischen Verdachtsindex und die Behandlung beeinflussen kann und zeigen den Bedarf kontinuierlicher professioneller Aus- und Weiterbildung.

Defizite im Studium

In der Medizinerausbildung in Deutschland kommt der Tuberkulose leider nur eine nachrangige Bedeutung zu, die dem Ausmaß der Tuberkulosehäufigkeit, insbesondere auch im internationalen Rahmen, nicht gerecht wird. Das belegt eine Untersuchung von Klewert et al (Gesundheitswesen 2000; 62:30-33), in der die Anzahl der TB-Neuerkrankungen in Deutschland 1996 (11.814 Neuerkrankungen) von Medizinstudenten im zweiten Semester deutlich unterschätzt wurde (durchschnittlich 3288 geschätzte Neuerkrankungen). Die Schätzungen waren nur bei 14,6% der Befragten korrekt. Bei Medizinstudenten des neunten Semesters nahm das Ausmaß der Unterschätzung sogar noch zu. Hier waren die durchschnittlichen Schätzungen im selben Jahr nur noch bei 12,9% korrekt.

Es wird deutlich, dass die TB in Lehre und Forschung auf Universitäts- und Krankenhausebene zukünftig eine größere Rolle spielen sollte. Darüber hinaus werden sorgfältig geplante Ausbildungsstrategien und Expertenzentren benötigt. Sie sollten neben der Bereitstellung von Ausbildungsmöglichkeiten, Auskünften und Unterstützung für Patienten auch eine enge Verbindung zwischen dem Public Health-Bereich und medizinischen sowie Forschungseinrichtungen herstellen.

Anschrift des Verfassers:

Daniel Sagebiel, MPH
Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK)
Zentralklinik Emil von Behring
Department Lungenklinik Heckeshorn
Zum Heckeshorn 33
14109 Berlin

e-mail: loddheck@zedat.fu-berlin.de

KLEINER ÜBERBLICK ZUR EPIDEMIOLOGIE

WELTWEIT

Jährlich sterben etwa zwei Millionen Menschen an TB, davon drei Viertel in ihren produktivsten Lebensjahren (zwischen 15 und 54 Jahren). Über 100 Millionen Menschen infizieren sich jedes Jahr neu mit M. tuberculosis und im Jahr 2001 erkrankten etwa 8,5 Millionen Menschen neu an aktiver TB. 76% aller gemeldeten TB-Patienten leben in nur 22 Ländern, vor allem Afrikas und Asiens. Ursachen für die weltweite Zunahme der TB sind neben Armut, demographische Faktoren (z.B. Bevölkerungszunahme, zunehmendes Alter der Bevölkerung speziell in Industrieländern), HIV-Koinfektion, Wanderungsbewegungen sowie internationale und nationale Konflikte und soziale Unruhen in verschiedenen Teilen der Welt.

EUROPA

Knapp 10% (368.136 Fälle) aller 2001 der WHO gemeldeten Tuberkulosefälle entfielen auf Erkrankungen aus der europäischen Region. Hier lag die Inzidenz bei durchschnittlich 54/100.000 Einwohner. EuroTB gibt die durchschnittliche Inzidenz für das Jahr 2000 in Westeuropa mit 12/100.000, in Zentraleuropa mit 41/100.000 und in Osteuropa mit 90/100.000 Einwohner an.

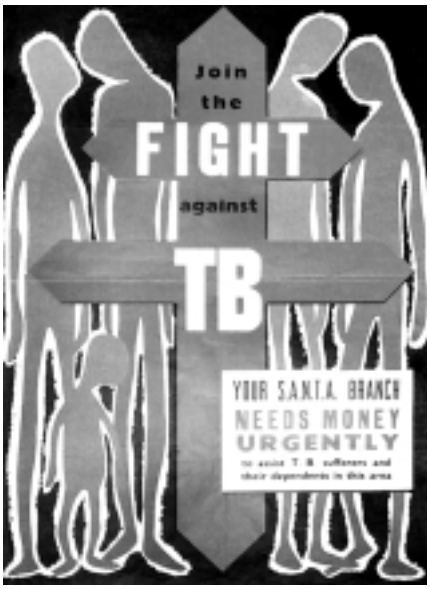
NEUE UNABHÄNGIGE STAATEN

In den Neuen Unabhängigen Staaten der ehemaligen Sowjetunion (NUS) sind seit Beginn der 90er Jahre in Folge des politischen Zusammenbruchs und des damit einhergehenden Kollapses der sozialen und ökonomischen Bedingungen die TB-Fälle stark angestiegen. Zunehmende Verarmung und Obdachlosigkeit in der Bevölkerung, gekürzte Gesundheitsbudgets mit resultierenden Versorgungsproblemen bei Medikamenten und Laborbedarf sowie letztendlichem Niedergang von Großteilen der TB-Programme führten häufig zu inadäquater Therapie und somit zur Entstehung von resistenter und multiresistenter TB. In der Russischen Föderation stiegen die Fallmeldungen von 34/ 100.000 (1990) auf 92/100.000 (2001), was 132.477 neuen Fällen entspricht. Ebenso hat sich die Inzidenz bei Kindern innerhalb der letzten zehn Jahre mehr als verdoppelt. Die Russische Föderation hat die höchste TB-Mortalität in Europa mit 20/100.000 Einwohnern im Jahr 2000.

Noch bedrohlicher ist die Situation in den russischen Haftanstalten, wo die Fallzahlen und Todesraten bei einem MDR-TB Anteil von bis zu 24% um ein Vielfaches höher liegen als in der Zivilbevölkerung. Neben der Gefahr einer möglichen TB-Infektion im Gefängnis stellt dies auch eine immense Bedrohung für die Zivilbevölkerung dar, in die nicht ausreichend behandelte Insassen mit (MDR)-TB wieder entlassen werden.

DEUTSCHLAND

Dagegen ist in Deutschland seit Jahrzehnten ein kontinuierlicher Rückgang der Tuberkulose-Erkrankungen zu verzeichnen, der sich auch 2001 fortsetzte. Die Meldepflicht der TB ist im Infektionsschutzgesetz (IfSG) geregelt und das RKI ist für die epidemiologische Überwachung zuständig. Die im folgenden aufgeführten Zahlen beruhen auf Angaben des TB-Berichtes des RKI zum Jahr 2001, der in Kürze erscheint. Im Jahr 2001 erkrankten 7868 Menschen an einer aktiven Tuberkulose (7539 davon erfüllten die Referenzdefinition), was einer Inzidenz von 9,6 (9,1) pro 100.000 Einwohner entspricht (Berlin 12,8). 536 Menschen starben an aktiver TB (Mortalität: 0,65/100.000) Männer erkrankten doppelt so häufig wie Frauen, und insbesondere alte Menschen waren betroffen. 40% der Tuberkulose-Patienten wurden im Ausland geboren und ein Drittel hatte eine ausländische Staatsangehörigkeit. Die Inzidenz in dieser Personengruppe lag damit etwa 5mal höher als bei der einheimischen Bevölkerung. Bei Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit stiegen die Inzidenzen mit zunehmendem Alter kontinuierlich an, und bei ausländischer Staatsangehörigkeit fanden sich die höchsten Inzidenzen im Alter zwischen 25 und 39 Jahren.



Südafrikanische Union: 1959, Mach' mit beim Kampf gegen die Tuberkulose

Sowohl bei Kindern unter 15 Jahren als auch bei Erwachsenen ist die Lunge das am häufigsten betroffene Organ. Bei insgesamt 4176 Fällen (58,7%) konnte eine offene, das heißt mikroskopisch und/ oder kulturell positive, TB diagnostiziert werden. Dies ist epidemiologisch besonders bedeutsam, da vor allem sie für eine Weiterverbreitung der TB verantwortlich sind. Eine extrapulmonale TB wurde bei 19,4% der Patienten diagnostiziert, wobei die (peripheren) Lymphknoten, gefolgt von Pleura, Urogenitaltrakt sowie Knochen und Gelenken am häufigsten betroffen waren. 35 Personen (0,5%) erkrankten an einer Meningitis tuberculosa.

Bei zunehmender Mobilität der Bevölkerung haben die weltweiten Entwicklungen wohl auch Auswirkungen auf die Resistenzsituation in Deutschland. Aufgrund des Verdachtes einer zunehmenden Rate an Resistenzen und MDR-TB wurde die Übermittlung der Ergebnisse der Resistenztestung mit der Novellierung des IfSG im Jahr 2001 verfügt. So wird die Rate der MDR-TB für das Jahr 2001 mit 2,7% angegeben. Als Risikofaktoren für die Ausbildung einer MDR-TB wurden Herkunft aus einem Hochprävalenzgebiet und Vorbehandlung, das heißt eine mindestens einmonatige Therapie mit Antituberkulotika, ermittelt.

Daniel Sagebiel

Kammer macht sich für die Akademischen Lehrkrankenhäuser stark

Bericht von der Delegiertenversammlung am 25. Juni 2003

Erste Sitzung der Delegiertenversammlung im neuen Kammergebäude an der Friedrichstraße 16 und alles klappte. Die Mikrofonanlage funktionierte, die neue Beamer-Technik ebenfalls, zudem gab sich das Parlament gleich noch neue Regeln auf den Weg. Doch zuvor gab es eine Resolution mit Adresse an die Politik.

Prof. Dr. Harald Mau (Fraktion Allianz), gestandener Chef der Kinderchirurgie an der Charité, war verärgert. Mit Bedauern musste er mit ansehen, wie sein Haus den Vivantes-Kliniken Friedrichshain, Prenzlauer Berg, Hellersdorf und Spandau den Status als Akademisches Lehrkrankenhaus aufkündigt. „Aus ärztlicher Sicht ein vollkommen unsinniger Schritt, der nur zu bedauern ist", ärgerte sich Mau. Die PJ-Ausbildung in den ehemals städtischen Kliniken sei nämlich exzellent, ja in vielfacher Hinsicht sogar besser als in den Unikliniken. Man habe einfach gemerkt, wenn Leute aus den städtischen Häusern kamen, die hatten so einiges mitbekommen. Wie Mau ging es vielen seiner Kollegen und auch in der Delegiertenversammlung war die Meinung einhellig: das sollte schleunigst rückgängig gemacht werden!

Sehr optimistisch war man diesbezüglich aber nicht. Im Gegenteil. Dr. Rudolf Fitzner (Fraktion Allianz) hielt es sogar für denkbar, dass auch das Uniklinikum Benjamin Franklin bald in dieser Richtung nachziehen könnte. Auch hier bestehen Verträge mit Vivantes-Kliniken, die als Akademische Lehrkrankenhäuser fungieren. Hintergrund der Charité-Kündigung sei die Tatsache gewesen, dass man sich über die Kostenteilung der PJ-Ausbildung nicht habe einigen können, so Fitzner. Dr. Andreas Grüneisen (Fraktion Gesundheit) fand an der Kündigung zu-dem bedauerlich, dass „aus PJlern mal AiPler und aus AiPlern irgendwann Assistenten werden. Stehen nun weniger PJ-Stellen zur Verfügung, könnte das die Einstiegsmöglichkeiten des Nachwuchses weiter beschneiden". Einstimmig wurde ein Appell an die Politik verabschiedet, den Schritt rückgängig zu machen (im Wortlaut siehe Kasten).

Fortbildungszertifizierung wird Regelaufgabe

Wie in den anderen Bundesländern auch wird die zunächst als Modellversuch gestartete Fortbildungszertifizierung in eine Regelaufgabe überführt. Die hierzu erforderlichen Stellen für eine Ärztin und eine Sachbearbeiterin werden entfristet. Damit folgt die Ärztekammer Berlin einem Beschluss des Deutschen Ärztetages, die erfolgreich angelaufene Vergabe von Fortbildungszertifikaten dauerhaft anzubieten und noch auszubauen. In Berlin startete der entsprechende Modellversuch im Jahre 2000. Seitdem werden Fortbildungsveranstaltungen nach einem festgelegten Schema mit Punkten versehen. Ärzte können über einen Zeitraum von drei Jahren Fortbildungspunkte sammeln, wer 150 Punkte zusammenbekommt erhält ein Zertifikat, das alle drei Jahre aufgefrischt werden muss. So können Ärzte nachweisen, dass sie ihr Wissen regelmäßig aktualisieren und auf dem neuesten Stand halten. Im April 2004 werden die ersten Berliner Ärzte ihre Zertifikate bekommen. Die Beteiligung liegt derzeit bei 35 % (wir berichteten in Heft 5/2003).

Dr. Matthias Albrecht (Marburger Bund), im Vorstand für das Thema Fortbildung zuständig, konnte den Delegierten berichten, dass sich die Zertifizierung zu etwa 45 % über Gebühren und zu 55 % aus dem Kammerhaushalt trägt. In 2002 zum Beispiel kostete die Zertifizierungsstelle in Berlin 149.644 €. Davon wurden 69.826 € über Gebühren gedeckt, 79.818 € mussten aus dem Kammerhaushalt zufinanziert werden. Je mehr Veranstalter ihre Kurse zertifizieren, umso günstiger wird hier die Rechnung ausfallen. Gebühren fallen in Berlin ausschließlich für Veranstalter an. Die Ausstellung der Zertifikate ist für die Ärzte kostenlos.

Neuer Ausschuss für Menschenrechtsfragen

Mit einem neuen Anlauf will die Ärztekammer Berlin frischen Wind in ihre Menschenrechtsarbeit bringen und hat einen neuen siebenköpfigen Ausschuss ins Leben gerufen. Bisher war das Thema von jeweils zwei Beauftragten bearbeitet worden, von denen sich in der Regel einer mehr um Menschenrechtsfragen im internationalen Rahmen, der andere mit Inlandsproblematiken befasste. Wichtige Themen waren zum Beispiel die Hilfe für inhaftierte Ärzte, die sich in ihren Heimatländern öffentlich gegen die Folter aussprechen und dadurch selbst ins Visier politischer Verfolgung geraten sind. Seit langem ist auch die medizinische Versorgung von Abschiebehäftlingen in Deutschland und die

Hilfe für psychisch traumatisierte Asylbewerber ein Thema. „Die Arbeit war einfach zu umfangreich für zwei Leute, das muss auf mehr Schultern verteilt werden“, begründete Antragsteller Andreas Grüneisen seinen Vorstoß. Der Beschluss für den Ausschuss kam einstimmig zustande. Wir veröffentlichen die Namen der Mitglieder, sobald alle die Wahl angenommen haben.

Wer dreimal schwänzt fliegt raus

Delegierte, die drei aufeinanderfolgenden Sitzungen der Delegiertenversammlung ohne Entschuldigung fernbleiben, müssen mit dem Verlust ihres Mandates rechnen. Dies ist die spektakulärste Neuerung in der neuen Hauptsatzung, die die Delegierten nach nur kurzer Diskussion verabschiedeten. Zudem werden die beiden von den Berliner Universitäten benannten Mitglieder (im Moment sind das Dr. Almut Tempka für die Charité und PD Dr. Jürgen Hopf für das Benjamin Franklin) künftig den gewählten Vertretern des Parlaments gleichgestellt. Bislang hatte die Satzung hier differenziert. Das Regelwerk war aber vor allem sprachlich überarbeitet und um Dopplungen mit dem Berliner Kammergesetz bereinigt worden.

Dissens über Zahl der Univertreter im Parlament

Bevor die Satzung einstimmig bei einigen Enthaltungen verabschiedet wurde, hatte es eine kurze Diskussion darüber gegeben, ob künftig ein oder zwei Vertreter der Berliner Universitäten im Kammerparlament sitzen sollen – ein Tatbestand, der gar nicht in der Hauptsatzung geregelt wird, sondern im Berliner Kammergesetz. Dr. Klaus Thierse (Marburger Bund) berichtete vorab, dass der Satzungs- und Geschäftsführungsausschuss gerade dabei sei, eine Eingabe an den Senat für die nächste Kammergesetznovelle vorzubereiten. Darin wird angestrebt, künftig nur noch ein Mitglied der Universitäten für die DV zu benennen. Dafür spräche, dass das Kammerparlament von früher 90 auf inzwischen 45 Mitglieder geschrumpft ist und sich dadurch die Mengenrelation verschoben hat. Zum anderen sind die medizinischen Fakultäten beider Universitäten zusammengelegt worden.

Thierses Vorstoß stieß nicht überall auf Applaus. Einige Hochschulmediziner im Parlament wünschen sich weiterhin zwei zusätzlich benannte Uni-Vertreter.

Resolution zum Erhalt der Akademischen Lehrkrankenhäuser

„Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin bittet die politisch Verantwortlichen, dafür zu sorgen, dass die Aberkennung des Titels „Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité“ der Vivantes Kliniken Friedrichshain, Prenzlauer Berg, Spandau und Hellersdorf zurückgenommen wird, um weiterhin den Studenten/innen insbesondere im Praktischen Jahr eine vielseitige und hoch qualifizierte Ausbildung anbieten zu können.“

Schlungbaum erhält Ernst von Bergmann-Plakette

Der Radiologe Prof. Dr. med. Werner Schlungbaum wurde von der DV mit der Ernst von Bergmann-Plakette ausgezeichnet. Der heute 86-jährige frühere Chef-Radiologe des Klinikums Spandau hat sich jahrzehntelang für die Fortbildung im Strahlenschutz für Ärzte und Arzthelferinnen engagiert. Seit 1970 leitet Schlungbaum den Strahlenschutz-Ausschuss der Kammer und ist seit 1988 Beauftragter für den Strahlenschutz. Auch im Kuratorium der Kaiserin-Friedrich-Stiftung ist er seit 25 Jahren aktiv. Tatkräftig stellt er alljährlich das berufsübergreifende Symposium für Juristen und Ärzte mit auf die Beine, das die Stiftung immer im Frühjahr veranstaltet.

Dr. Eva Müller-Dannecker (Fraktion Gesundheit) störte vor allem deren volles Stimmrecht. Da sie nicht direkt von den Ärzten gewählt, sondern von den Unis benannt seien, sollten sie nur beratende Funktion haben, meinte die Anästhesistin. Wie es mit dem Thema weitergehen soll, blieb offen.

Nach kurzer Diskussion wurde auch die neue Geschäftsordnung der Kammer verabschiedet. Ein kurzes Scharmützel hatte es um die Frage gegeben, ob eine geheime Abstimmung nur von einem (so wie im Satzungsentwurf vorgesehen und auch bisher so geregelt) oder doch lieber von mehreren Delegierten beantragt werden dürfe. Dr. Helmut Mälzer (Fraktion Allianz) fand Letzteres besser, weil er fürchtete, dass Einzelne das bis zum Exzess ausreizen könnten. Mälzer ließ sich aber schließlich überzeugen, dass das Instrument bislang sehr diszipliniert genutzt worden sei. Auch die Möglichkeit zur Sitzungsunterbrechung durch den Präsidenten blieb nach kurzer Diskussion, wie im Entwurf vorgesehen, bestehen. SyGo

Nächste Sitzung der DV

Mittwoch, 10. September 2003
20 Uhr, Großer Saal
Friedrichstraße 16

Tag der offenen Tür in der Ärztekammer Berlin!

Samstag, 13. September 2003
ab 13 Uhr

Ärztekammer Berlin
Friedrichstraße 16/
Ecke ETA-Hoffmann-Promenade
10969 Berlin/Kreuzberg

Wir laden alle Berliner Ärztinnen und Ärzte herzlich zu unserer Einweihungsfeier mit Tag der offenen Tür in das neue Kammergebäude ein.

Klemmen Sie sich Ihre Familie unter den Arm und kommen Sie vorbei. Hier können Sie sich nach Herzenslust umschauen und uns Fragen über Fragen stellen. Neben Getränken und kleinen Snacks gibt's viel Musik im Foyer. Es spielen live:

Quartett des Berliner Ärzteorchesters (13 Uhr)

The New Orleans Hot Peppers (ab 13.30)
Piano: Prof. Dr. med. Roland Schiffter

The Ghost Town Saints (ab 15 Uhr)

Zwischen den Live-Bands:
D-Jane Piazolla
Durchs Programm führt:
Ben Posener

Zu jeder vollen Stunde:
Architekturführungen durchs Haus

Im Haus unterwegs:
Die Berliner Klinikclowns

Für alle Fragen offen:
Die Mitarbeiter der Ärztekammer Berlin

Wegen knapper Parkplätze empfehlen wir die Anfahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln. Die Kammer liegt zwischen U-Bhf. Kochstraße (U 6) und U-Bhf. Hallesches Tor (U 1 und U 6)

Ausschüsse der Ärztekammer Berlin

Nun steht fest, wer in der laufenden Legislaturperiode in den Ausschüssen der Ärztekammer Berlin mitarbeiten wird. Die Ausschüsse sind von der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin besetzt worden und unterstützen Vorstand und Delegiertenversammlung bei ihrer Arbeit.

Weiterbildungsausschuss I – Innere Medizin

Vorsitzender:	Dr. med. Maria Birnbaum
Stellvertreter:	Dr. med. Thea Schirop
Stellvertreter:	Dr. med. Elmar Dahmen
Mitglieder:	Dr. med. Michael Braun
	Dr. med. Lars Hennig
	Dr. med. Eckart Lubnow
	Dr. med. Carl Anton Mayr
	Dr. med. Georg Metze
	Dr. med. Jürgen Rohde
	Dr. med. Andreas Schlanstein
	Dr. med. Michael König
	Carsten Petersen
	Dr. med. Dorothea Hagemann
	Dr. med. Glenn Zachow
	Dr. med. Caroline Neubert

Ansprechpartnerin in der Kammer:
Waltraud Legner, Tel. 40 80 6-1104

Weiterbildungsausschuss II – Allgemeinmedizin, Arbeitsmedizin, Kinderheilkunde, Dermatologie

Vorsitzender:	Dr. med. Jürgen Dölling
Stellvertreter:	Dr. med. Wolfram Singendonk
Stellvertreter:	Dr. med. Gerald Lindh
Mitglieder:	Dr. med. Barbara Nemitz
	Dr. med. Govinda Kühn-Freitag
	Dr. med. Sükrü Güler
	Jörg Weyer
	Sybilla Reinert
	Dr. med. Frauke Tedsen-Ufer
	Dr. sc. med. Manfred Dückert
	Dr. med. Hans-Peter Hoffert
	Dr. med. Reinhard Rudloff
	Dr. med. Kurt Samuel
	Victor Kettler
	Dr. med. Thomas Stavermann
	Dr. med. Annett Härtel
	Gabriele Recknagel
	Bernd Opgen-Rhein
	Dr. med. Martin Schnittert
	Dr. med. Jürgen Kopske

Ansprechpartnerin in der Kammer:
Renate Trogisch, Tel. 40 80 6-1108

Weiterbildungsausschuss III – Chirurgie, Orthopädie, Urologie, Physiologie

Vorsitzender:	Dr. med. Erich Wolfgang Fellmann
Stellvertreter:	Dr. med. Klaus Thierse
Stellvertreter:	Dr. med. Dittmar Kruska
Mitglieder:	Priv.-Doz. Dr. med. Klaus Henning Fey
	Priv.-Doz. Dr. med. Helmut Heinz Knispel
	Prof. Dr. med. Charles Yankah
	Dr. Dr. med. Johannes Bruck
	Dr. med. Günther Abt
	Dr. med. Karla Schildt-Rudloff
	Dr. med. Herbert Hofmann
	Dr. med. Almut Tempka
	Michael Fuhrmann
	Dr. med. Werner Wyrwich
	Dr. med. Bettina Jäger
	Dr. med. Wolfgang Albers

Ansprechpartnerin in der Kammer:
Johanna Hille, Tel. 40 80 6-1102

Weiterbildungsausschuss IV – Anästhesie, Kopffächer, Gynäkologie

Vorsitzender:	Dr. med. Volker Pickerodt
Stellvertreter:	Dr. med. Heinrich Kruse
Stellvertreter:	Dr. med. Christian Handrock
Mitglieder:	Dr. med. Albrecht Scheffler
	Dr. med. Norbert Rudolph
	Dr. med. Matthias Bloechle
	Prof. Dr. med. Walter Schaffartzik

Prof. Dr. med. Klaus Vetter
Dr. med. Friedrich Reuter
Dr. med. Evelyn Bilda
Dr. Dr. med. Jürgen Ervens
Dr. med. Wolfgang Hauck
Antje Blankau
Dr. med. Matthias David
Prof. Dr. Dr. med. Michael Herzog
Priv.-Doz. Dr. Dr. med.
Norbert Müller-Stolzenburg
Dr. med. Madeleine-Simone Kastner
Dr. med. Petra Wilke

Ansprechpartnerin in der Kammer:
Marianne Masche, Tel. 40 806-1106

Weiterbildungsausschuss V – Radiologie, Labor

Vorsitzender: Priv.-Doz. Dr. med. Dietrich Banzer
Stellvertreter: Dr. med. Rudolf Fitzner
Stellvertreter: Dr. med. Klaus Ebel
Mitglieder: Prof. Dr. med. Detlef Krüger
Prof. Dr. med. Holger Kiesewetter
Dr. med. Dieter Gläser
Dr. med. Wolfgang Fabricius
Dr. med. Robert Küchler
Dr. med. Bernhard Meyfeldt
Michael Balzer
Thomas Ludwig

Ansprechpartnerin in der Kammer:
Katja Böhlendorff, Tel. 40 80 6-1101

Weiterbildungsausschuss VI – Psychiatrie/ Psychotherapie/ Neurologie

Vorsitzender: Dr. med. Horst Kallfass
Stellvertreter: Dr. med. Dietrich Bodenstein
Stellvertreter: Dirk Rehbein
Mitglieder: Helmut Dudel
Prof. Dr. med. Hans-Peter Vogel
Dr. med. Kurt Höhfeld
Klaus Nordmeyer
Dr. med. Sabine Schütze
Aglaja Stöver
Dr. med. Ingrid Hoffmann-Viefhaus
Dr. med. Norbert Panitz
Dr. med. Hans-Joachim Eichinger
Dr. med. Ludwig Niehaus
Dr. med. Dagmar Friedrich

Ansprechpartnerin in der Kammer:
Zlatka Lazarova, Tel . 40 80 6-1103

Gemeinsamer Weiterbildungsausschuss

Vorsitzender: Dr. med. Klaus Thierse
Stellvertreter: N.N.
Stellvertreter: Dr. med. Matthias Albrecht

Ansprechpartner in der Kammer:
Hans-Dieter Herrmann, Tel. 40 80 6-1100

Weiterbildungsausschuss – Widerspruch

Vorsitzender: Dr. med. Manfred Waetke
Stellvertreter: Dr. med. Johannes Bruns
Stellvertreter: Henning Dannehl
Mitglieder: Dr. med. Norbert Jacob
Berthold Lindow (ab Jan. 2004)
Prof. Dr. med. Friedrich-Wilhelm Lohmann
Dr. med. Karen Hemmrich
Dr. med. Eberhard Fischdick

Ansprechpartnerinnen in der Kammer:
Sandra Ewert, Tel. 40 80 6-2301 und
Ute Morck, Tel. 40 80 6-2300

Schlichtungsausschuss

Vorsitzender: Dr. med. Thea Schirop
Stellvertreter: Dr. med. Hans Hermann
Stellvertreter: Dr. med. Andreas Reich
Mitglieder: Ernst-Günter Vieweg
Dr. med. Heide Otting
Dr. Dr. med. Jürgen Seiffert
Dipl.-Med. Frank-Dietmar Kirschke
Dr. med. Hans-Peter Stahl
Dr. med. Norbert Jacob
Dr. med. Bode Schettler

Ansprechpartnerinnen in der Kammer: Andra Hennemann,
Tel. 40 80 6-2302 und Ute Morck, Tel. 40 80 6-2300

Widerspruchsstelle

Vorsitzender: Dr. med. Ingrid Hoffmann-Viefhaus
Stellvertreter: Henning Dannehl
Mitglieder: Dr. med. Brunhilde Kleibeler
Dr. med. Günter-Fritz Heinisch
Dr. med. Norbert Jacob
Dr. med. Jörg Mager
Charlotte Lutz

Ansprechpartnerinnen in der Kammer: Andrea Kohtz,
Tel. 40 80 6-2303 und Ute Morck, Tel. 40 80 6-2300

Fortbildungsausschuss *)

Vorsitzender: Dr. med. Matthias Brockstedt
Stellvertreter: Dr. med. Thea Schirop
Stellvertreter: Priv.-Doz. Dr. med. Dietrich Banzer
Mitglieder: Dr. sc. med. Manfred Dückert
Prof. Dr. med. Peter Marx
Dr. med. Dietrich von Herrath
Dr. med. Kai-Philipp Schnabel
Prof. Dr. med. Klaus Vetter
Victor Kettler
Dr. med. Matthias David
Annette Nießing
Prof. Dr. med. Friedrich Wilhelm Lohmann

Ansprechpartnerinnen in der Kammer: Inge Hohm und Rosemarie Raimbault, Tel. 40 80 6-1204/ -1205

Fürsorgeausschuss

Vorsitzender: Dr. med. Eckhart Lubnow
Stellvertreter: Dr. med. Manuela Bayer
Mitglieder: Dr. med. Ralf Gruenwaldt
Dr. med. Hannelore Karch
Dr. med. Joachim Löllke
Dr. med. Klaus Luther
Dr. med. Heide Otting

Ansprechpartnerinnen in der Kammer: Andra Hennemann, Tel. 40 80 6-2302 und Ute Morck, Tel. 40 80 6-2300

Ausschuss Arbeitsmedizin

Vorsitzender: Rainer Gensch
Stellvertreter: Dr. med. Jürgen Kopske
Stellvertreter: Dr. med. Thomas Bauer
Mitglieder: Dr. med. Barbara Nemitz
Dr. med. Sasa Plackov
Dr. med. Gerald Lindh
Walter Meier
Kerstin Britzke

Ansprechpartnerin in der Kammer: Jana Werner, Tel. 40 80 6-1109

Berufsordnungsausschuss

Vorsitzender: Henning Dannehl
Stellvertreter: Dr. med. Hans Herrmann
Mitglieder: Ernst-Günter Vieweg
Jürgen Simon
Dr. med. Elmar Dahmen
Dr. med. Bernhard Meyfeldt
Dr. med. Sabine Krebs

Ansprechpartner in der Kammer: Andrea Kohtz, Tel. 40 80 6-2303 und Sven Niemeck, Tel. 40 80 6-2305

Krankenhausausschuss

Vorsitzender: Dr. med. Anton Carl Mayr
Stellvertreter: Dr. med. Wulf Pankow
Stellvertreter: Stefan Kraft
Mitglieder: Dr. med. Wolfgang Albers
Dr. med. Stefan Hochfeld
Dr. med. Ute-Bärbel Schliack
Dr. med. Bernd-Rüdiger Suchy
Dr. med. Johannes Bruns
Dr. med. Frank Perschel
Tilmann Muehlenberg
Armin Belg
Dr. med. Michael König
Hubertus Burbach
Ursula Jakobi
Dr. med. Werner Wyrwich

Ansprechpartnerin in der Kammer: Petra Scholz, Tel. 40 80 6-1001

Ausschuss Medizinische Fachberufe

Vorsitzender: Dr. med. Regine Held
Stellvertreter: Dr. med. Dieter-Hagen Mahlow
Mitglieder: Dr. med. Wolfgang Hölzer
Dipl.-Med. Frank-Dietmar Kirschke
Frank Fechteler
Dr. med. Reinhard Lakony
Dipl.-Med. Petra Walsinger

Ansprechpartnerin in der Kammer: Jeanne Nicklas-Faust, Tel. 40 80 6-2200

Satzungs- und Geschäftsordnungsausschuss der DV

Vorsitzender:	Dr. med. Klaus Thierse
Stellvertreter:	Dr. med. Dietrich Bodenstein
Mitglieder:	Dr. med. Roland Urban
	Dr. med. Wolfgang Kreischer
	Dr. med. Andreas Grüneisen
	Dr. med. Rudolf Fitzner

Ansprechpartner in der Kammer: Andrea Kohtz, Tel. 40 80 6-2303 und Sven Niemeck, Tel. 40 80 6-2305

Ausschuss Allgemeinmedizin *)

Vorsitzender:	Dr. med. Hans-Peter Hoffert
Stellvertreter:	Dr. med. Manfred Dückert
Mitglieder:	Prof. Dr. med. Vittoria Braun
	Dr. med. Kurt Samuel
	Prof. Dr. med. Peter Mitznegg
	Dr. med. Govinda Kühn-Freitag
	Friedrich Ludwig Schulze
	Dr. med. Norbert Jacob
	Dr. med. Andreas Kopf
	Dr. med. Christian Bohle
	Dr. med. Annette Nießing
	Dr. med. Christina Meyer-Knaudt

Ansprechpartnerin in der Kammer: Jana Werner, Tel. 40 80 6-1109

Vergabeausschuss Solidaritäts-Fonds

Vorsitzender:	Dr. med. Harald Lazar
Stellvertreter:	Dr. med. Hans-Herbert Wegener
Mitglieder:	Dr. med. Monika Schermann
	Helga Grunau
	Dr. med. Michael Greger
	Dr. med. Katalin Wendtlandt

Ansprechpartnerin in der Kammer: Petra Scholz, Tel. 40 80 6-1001

Ausschuss Qualitätssicherung

Vorsitzender:	Dr. med. Erich Wolfgang Fellmann
Stellvertreter:	Dr. med. Matthias Albrecht
Mitglieder:	Dr. med. Werner Wyrwich
	Dr. med. Bernhard Meyfeldt
	Dr. med. Andreas Reich
	Dr. Dr. med. Nicolas Toussaint
	Dr. med. Dietrich Leder
	Priv.-Doz. Dr. med. Uwe Torsten
	Dr. med. Harry Topolinski
	Dr. med. Madeleine-Simone Kastner
	Ursula Jakobi
	Dr. Norbert Panitz
	Dr. Herbert Menzel

Ansprechpartnerin in der Kammer: Christa Markl-Vieto , Tel. 40 80 6-1400

Verwaltungsausschuss – Ärzteversorgung *)

Vorsitzender:	Dr. med. Rüdiger Brand
Stellvertreter:	Tanja Gerhardus
Mitglieder:	Dr. med. Wolfgang Kreischer
	Helmut Mälzer
	Dr. med. Stefan Hochfeld
	Dr. med. Elmar Wille

Ansprechpartnerin in der Kammer: Heike Morris, Tel. 40 80 6-2304

Aufsichtsausschuss Ärzteversorgung *)

Vorsitzender:	Dr. med. Matthias Albrecht
Stellvertreter:	Dr. med. Dietrich Bodenstein
Mitglieder:	Dr. med. Günther Jonitz
	Dr. med. Sabine Krebs
	Dr. med. Harald Lazar
	Dipl.-Med. Dieter Schwochow

Ansprechpartner in der Kammer: Sven Niemeck, Tel. 40 80 6-2305

Haushaltskommission

Vorsitzender:	Dr. med. Reinhold Grün
Vertreter:	Dr. Udo Schagen
Stellvertreter:	Dr. med. Werner Wyrwich
Vertreter:	Dr. med. Klaus Thierse
Mitglieder:	Dr. med. Maria Birnbaum
Vertreter:	Dr. med. Harald Lazar
Vertreter:	Dr. med. Regina Kunz
	Dipl.-Med. Dieter Schwochow
	Prof. Dr. med. Helmut Kewitz
Vertreter:	Prof. Dr. med. Helmut Hahn
	Frau Antje Blankau
Vertreter:	Herr Dr. med. Volker Pickerodt

Ansprechpartner in der Kammer: Peter Kube, Tel. 40 80 6-3300

**) Hinweis des Ältestenrates: In diesen Bereichen sind Reorganisationen vorgesehen. Im Falle von Struktur-/Satzungsänderungen erfolgen Neuwahlen zu den gekennzeichneten Gremien*

In memoriam Peter Strümpel

Foto: privat

Am 5. Mai 2003 starb Dr. Peter Strümpel im Alter von 74 Jahren in Kienbaum bei Berlin. Er war von 1961 bis 1994, also 33 Jahre lang, Chefarzt der Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde des Krankenhauses Weissensee. Mit dieser Dienstzeit gehört er zu den dienstältesten Chefärzten in Deutschland überhaupt.

Zu seinen Verdiensten gehört der engagierte Aufbau einer leistungsstarken HNO-Abteilung in diesem Hause in einer schwierigen Zeit. 1962 führte er die Narkose-Adenotomie, die Tonsillektomie und Adenotonsillektomie am hängenden Kopf bei Kindern ein, ein Jahr später die Tonsillektomie in Intubationsnarkose beim Erwachsenen und die prinzipielle Abszesstonsillektomie in Narkose. Sein besonderes Interesse galt der endonasalen Mikrochirurgie der Nasennebenhöhlen. In einer Zeit, als ihm Endoskope für diese Operationen nicht zur Verfügung standen, entwickelte Strümpel Technik und Instrumente für die sphenoidhöhlengesteuerte Pansinusoperation, die er bei circa 2500 Patienten erfolgreich ausführte. Peter Strümpel gehörte zu den Pionieren auf diesem Gebiet. Die Fähigkeit, praktikable Lösungen unter den schwierigen Bedingungen der DDR-Wirtschaft zu schaffen und zur unmittelbaren Versorgung seiner Patienten einzusetzen, war seine Stärke und erforderte viel Energie und Kreativität.

Peter Strümpel vereinigte in seiner Person Qualitäten, die man nicht so häufig beieinander findet: preußische Selbstdisziplin, Liebe zu Musik und Dichtung und einen tiefen Humanismus.

Um für seine Mitarbeiter jederzeit erreichbar zu sein, wählte er seinen Wohnort nur wenige Minuten gegenüber der Klinik. So konnten ihn die Schwestern auf dem Wege zur Nachtschicht oft hören, wenn er an lauen Sommerabenden am offenen Fenster schwie-rige Partituren auf dem Klavier spielte. Als Autodidakt hatte er es hierbei seit seiner Kindheit zu einer beachtlichen Perfektion gebracht. Jeder seiner langjährigen Mitarbeiter besitzt ein sehr persönliches Gedicht aus seiner Feder, in welchem er sich jedem Einzelnen in einzigartiger Weise mitteilte. Auch ich besitze einen Vers, der mir teuer ist.

Peter Strümpel hinterlässt eine große Gemeinschaft von Schülern, Ärzten und Mitarbeitern, die er durch seine lange Tätigkeit und seine Lebensmaximen geprägt hat.

Prof. Dr. med. Hans Behrbohm

BUCHBESPRECHUNG

Gerd Gigerenzer: Das Einmaleins der Skepsis.

Über den richtigen Umgang mit Zahlen und Risiken

Berlin Verlag, Berlin 2002, 406 Seiten, geb. 22 €, ISBN 3-8270-00793

Nur eine von zehn Frauen mit positivem Mammogramm hat tatsächlich Brustkrebs, die anderen neun sind umsonst alarmiert. Sagen Sie den zu Untersuchenden vorher, dass das Ergebnis in neun von zehn Fällen falsch-positiv ist? Gerd Gigerenzer vom Berliner Max-Planck-Institut für Bildungsforschung schrieb ein dickes Buch mit vielen anschaulichen Beispielen gegen die – gerade auch unter Ärzten verbreitete – „Zahlenblindheit".

Wie verständlich informieren Sie Ihre Patienten über Nutzen und Risiken einer Untersuchung oder Behandlung, damit sie mitentscheiden können? Wie unterschiedlich solche Informationen aussehen können, demonstriert der Autor etwa an der Cholesterinsenkung. Die Pharmaindustrie bevorzugt die Mitteilung der relativen Risikoreduktion, denn das macht Eindruck und führt zu einem hohen Arzneimittelumsatz: „Menschen mit hohem Cholesterinspiegel können das Risiko eines erstmaligen Herzinfarktes um 22 Prozent vermindern" (mit Pravastatin-Natrium). Klingt gut. Aber die absolute Risikoreduktion beträgt nur 0,9 Prozent. Denn von 1000 Menschen, die fünf Jahre lang Pravastatin genommen hatten, starben 32, und in der Placebogruppe 41, also neun weniger.

Noch anders ausgedrückt: (als „number needed to treat"): Man muss 111 Patienten fünf Jahre lang mit dem Cholesterinsenker behandeln, um einen zu retten. An zahlreichen konkreten Beispielen, vorzugsweise aus der Medizin, zeigt Gigerenzer, wie leicht man sich durch gut frisierte Forschungsergebnisse täuschen lässt. Eine ebenso nützliche wie unterhaltsame Lektüre, die sich kein Arzt entgehen lassen sollte. R. St.

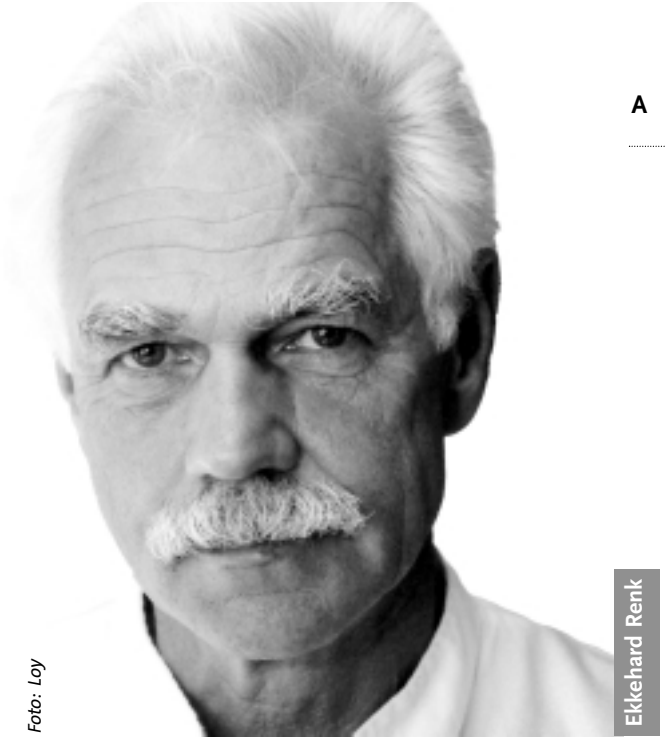


Foto: Loy

Ekkehard Renk

Handwerker am OP-Tisch

Eine Habilitation. Braucht man sowas? Der Vater fragte seinen Sohn immer wieder: Und was ist mit der Habilitation? Dieses höchste Zeugnis wissenschaftlicher Befähigung sollte es schon sein für einen Renk. Der Sohn begann seine Habilitation, aber vollendete sie nicht. Ihm, dem Handwerker, dem Chirurg, war die klinische Praxis immer wichtiger als die Forschung.

Ekkehard Renk, ein hochgewachsener Mann mit weißen Haaren, spricht sehr leise, wenn er in seine Vergangenheit hinabtaucht. Dort besteht die Gefahr, an seelische Verletzungen zu rühren. Wozu sich dem aussetzen – jetzt, da er vor dem Ende seiner Arztlaufbahn steht? Renk bereitet sein Leben „danach“ vor: Für eine ausgedehnte Reise durch Zentral- und Südamerika lernt er Spanisch. Später will er in einem evangelischen Hospital auf den Salomoninseln arbeiten – für Gotteslohn.

Renk wuchs in einem Dorf bei Gießen auf. Sein Vater, der Veterinärmediziner Walter Renk, betrieb in der Universitätsstadt an der Lahn eine Großtierpraxis. Nebenher arbeitete er an seiner Habilitation. „Von 4 bis 9 Uhr war mein Vater an der Uni, danach begann die Arbeit in seiner Praxis“, erzählt Renk, „dementsprechend waren seine Ansprüche“. Die Söhne sollten in seine großen Fußstapfen treten.

1952 wird Walter Renk als Professor an die FU in Berlin berufen. Ekkehard, der bis dahin nur seine Dorfschule mit altersgemischtem Unterricht kannte, kommt auf das renommierte Arndtgymnasium. Und scheitert. Er wechselt die Schule und geht nach der 10. Klasse ab, um eine Lehre als Zimmermann zu machen. Seine Entscheidung ist auch eine Geste der Rebellion gegenüber seinem Vater. Das Verhältnis ist auf einem Tiefpunkt.

Mit dem Gesellenbrief in der Tasche heuert Ekkehard Renk auf dem Bau an und ist endlich unabhängig. „Ich wollte die Freiheit haben, zu tun, was ich will. Nur wusste ich noch nicht, was ich wollte.“ Erstmal das Abitur nachholen. Renk will nicht aufs Abendgymnasium, sondern sucht sich wieder einen eigenen Weg. Auf dem Schulamt fragt er, ob er als Erwachsener auf eine ganz normale Schule gehen dürfe. Die Beamten sind amüsiert: „Warum nicht. Wenn Sie eine Schule finden.“

Renk findet eine und spielt ein wenig Feuerzangenbowle. „Ich fuhr damals einen Opel P1, royalblau mit Weißwandreifen. Vom Direktor bekam ich die Auflage, nicht mit dem Auto in die Schule zu fahren.“ Abends trifft er seine Lehrer in der Kneipe.

Renk schafft das Abitur und beginnt, Medizin zu studieren. Nicht Arzt will er werden, sondern Chirurg, also Handwerker am menschlichen Organismus. „Das Arbeiten mit Holz oder Knochen ist das Gleiche“, sagt Renk. Er ist wohl einer der wenigen Menschen, die das wirklich beurteilen können. Geschockt habe ihn mitanzusehen, wie seine Kollegen Gefäßchirurgen auf nicht passgenauen Prothesen herumhämmerten und im Eifer des Gefechts schon mal auf eine Säge traten, was Zimmermannslehrlingen mindestens eine Strafpredigt einbringt.

Nach einigen Jahren als Internist auf der Intensivstation am Klinikum Westend kommt Renk ans Benjamin Franklin. Dort macht er seinen Facharzt für Chirurgie, durchläuft aber auch andere Abteilungen und bleibt irgendwie hängen, 27 Jahre lang. Kollegen beschreiben ihn als akkuraten, zügig handelnden Arzt, kollegial, hilfsbereit und engagiert in der Wissensvermittlung. Aber auch als eigenwilligen Charakter, bisweilen bockig und beratungsresistent. Im Haus ist er umstritten. Renk selbst sagt, dass die letzten acht seiner 27 Jahre im Uni-Klinikum eher schwierig waren.

Früher sei die Atmosphäre viel persönlicher und offener gewesen, erzählt Renk. Mit seinem Chef machte er sich einen Spaß daraus, um Diagnosen zu wetten. Wer verlor, gab eine Flasche Sekt aus. Damals habe man vor Kollegen zugeben können, wenn man falsch lag. Heute sei es auch in dieser Hinsicht „sehr still geworden“.

Renk hat mit seinem Dasein als Klinikarzt schon fast abgeschlossen. Im nächsten Jahr hört er auf – Altersteilzeit. Dann fängt sein neues Leben an. Oberste Maxime: Dinge tun, bei denen ihm niemand mehr reinreden kann.

Thomas Loy (Journalist)

In dieser Rubrik portraitieren wir in loser Folge Ärzte aus Berlin. Dabei wollen wir bewusst keine sehr prominenten Ärzte vorstellen, sondern Kollegen „next door“, die uns einfach aufgefallen sind. Über Vorschläge unserer Leser freuen wir uns sehr. **Redaktions-Tel. 40 80 6-1600**