

Arzt oder Kaufmann?

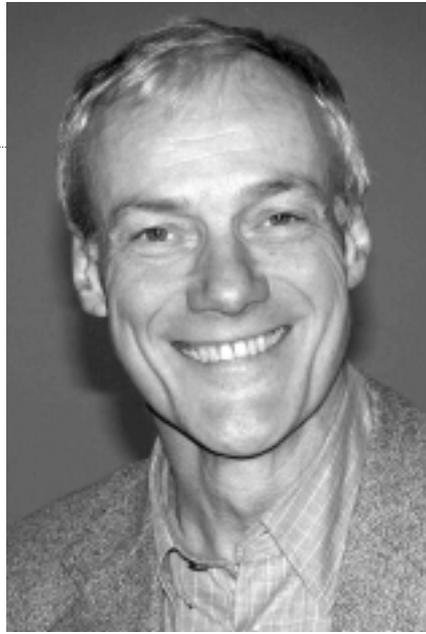


Foto: Archiv

Dr. med. Hans-Peter Hoffert

... ist niedergelassener Allgemeinmediziner aus Steglitz und Vorstandsmitglied der Ärztekammer Berlin.

Die Frage stellt sich immer häufiger. Nicht wenige Ärzte mutieren plötzlich vom Heiler zum Kaufmann, manchmal sogar innerhalb weniger Minuten, wenn der Patient schon vor ihnen sitzt und dann vermeintlich spontan eine Zusatzbehandlung angeboten also „ge-IGeL“ wird.

Nun konnten Sie vor einigen Wochen in der Ärzte-Zeitung lesen, dass die „Berliner Ärztekammer an ein Qualitätssiegel für IGeL-Praxen“ denke. Es bleibt unklar, wer diese Meldung lanciert hat, sie ist jedenfalls falsch. Der Vorstand der Kammer hat dies auf seiner letzten Sitzung noch einmal dezidiert unterstrichen; eine solche Idee ist weder inhaltlich gewollt noch praktisch umsetzbar.

Grundsätzlich muss allen Kollegen klar sein, dass sie sich beim Thema IGeL-Leistungen auf einem schwierigen berufsrechtlichen Grat bewegen (die Kammer hat sich hierzu bereits vor zwei Jahren klar positioniert, siehe www.aerztekammer-berlin.de, Kapitel „Service Arzt und Recht“). In diesem Feld nun auch noch ein Zertifizierungsverfahren einzuführen, würde das Gegenteil dessen bewirken, was wir wollen und der Kommerzialisierung unseres Berufs weiter Vorschub leisten.

Die generelle Unsicherheit des Patienten, dass die Kassenleistung nicht ausreichend sein könnte, wird durch die IGeL-Leistungen schnell zur Marktlücke. Der IGeL-Markt boomt. Der Arzt wird zum medizinischen Dienstleister im

Gesundheitsmarkt. Medizin-Marketing-Firmen bieten Ärzten und Helferinnen Schulungen für Verkaufsgespräche an.

Das alles ist nicht nur ärgerlich, sondern es berührt unser Berufsverständnis elementar. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Der Arzt ist nicht Unternehmer, die Praxis kein Wirtschaftsbetrieb. Dies sind nicht Worte von einem anderen Stern, das ist die Rechtslage bei uns. Der Arzt hat ein gesellschaftliches Mandat. Patienten müssen darauf vertrauen können, dass sich Ärzte nicht vom Gewinnstreben leiten lassen, sondern ihrer medizinischen Aufgabe dienen.

Um nicht falsch verstanden zu werden: Ich bin nicht der Meinung, dass die Solidargemeinschaft für Kontaktlinsen, Sport-Eignungsuntersuchungen oder Reise-Impfungen in Anspruch genommen werden kann. Aber wir sollten bedenken, dass in unserem System der Gesetzlichen Krankenversicherung die Bürger einen sehr hohen Beitrag für ihre gesundheitliche Versorgung zahlen, häufig 14 % und mehr ihres Einkommens. In der Regel liegen ihre Beiträge über denen der Privatpatienten.

Dass die ärztlichen Einkommen aus der GKV sinken, ist nicht den Versicherten anzulasten. Diese erwarten zu Recht eine medizinische Versorgung auf hohem Niveau, sie erwarten, dass alles allen gleichermaßen zugänglich ist – unabhängig von ihrer sozialen Stellung.

Und dieses Niveau wird bestimmt in gemeinsamer Verantwortung von Ärzteschaft und Krankenkassen durch den GKV-Leistungskatalog. Es bleibt die Aufgabe der Selbstverwaltung, jedermann diese medizinische Versorgung zukommen zu lassen. Diesen Katalog als „einfachen Standard“ zu diskreditieren um Einkommenssicherung zu betreiben, oder aus finanziellem Interesse und unter Ausnutzung ärztlicher Autorität medizinisch Unnötiges zu fördern oder gar gesundheitsgefährdende Überdiagnostik zu provozieren, ist unärztlich.

Die Berufsordnung verlangt vom Arzt eine Behandlung unabhängig von der sozialen Stellung des Patienten. Wenn dieses Essential aufgeweicht wird, wenn Privatpatienten oder Zuzahler anders behandelt werden – auch nur frühere Untersuchungs- und Behandlungstermine oder eine vermeintlich bessere Versorgung bekommen – dann schadet das nicht nur unserem Ansehen. Die medizinische Versorgung der Bürger, unabhängig von ihrem Einkommen, ist ein Grundpfeiler des sozialen Friedens in dieser Gesellschaft.

Die Gesellschaft hat der Kammer die Berufsaufsicht als eine Kernaufgabe übertragen. Wir dürfen nicht zulassen, dass der Arzt zum Kaufmann und der IGeL zum Haustier des Beutelschneiders wird.

Hans-Peter Hoffert



TITELTHEMA

Ausländische Ärzte in Berlin

Knapp 800 ausländische Ärzte leben derzeit in Berlin. Bei der Anerkennung ihrer im Heimatland erworbenen Fachqualifikationen macht der Gesetzgeber große Unterschiede. Kollegen aus der EU haben es relativ leicht, hier neu anzufangen. Anders sieht es für Ärzte aus Nicht-EU-Staaten aus. Vor ihnen liegt ein anstrengender Hürdenlauf, bis sie mit Facharzttitel in Deutschland arbeiten können.

Von Antje Müller-Schubert.....14

„Wir haben da unsere Drähte“

Interview mit Dr. Klaus Thierse über die Probleme bei der Anerkennung ausländischer Fachqualifikationen

Von Sybille Golkowski.....20

MEINUNG

Arzt oder Kaufmann?

Von Hans-Peter Hoffert3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*.....6

Mitteilungen aus dem Tropeninstitut13

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK...

Wie unabhängig ist die Wissenschaft?

Welche wissenschaftsfremden Einflüsse auf die medizinische Forschung und die Ärzteschaft einwirken, analysierte Bruno Müller-Oerlinghausen vor der Berliner Medizinischen Gesellschaft.

Von Rosemarie Stein.....21

PERSONALIEN.....

Wir trauern um unsere im Jahr 2003 verstorbenen Kolleginnen und Kollegen.....10

Horst John ist verstorben22

Zum Tode von Susanne von Bülzingslöwen23



ARZT SEIN IN BERLIN

Portrait der Berliner Ärztin Brigitte Fleischer Peter

Von Thomas Loy24

FORTBILDUNG.....

Angst- und Zwangsstörungen

Kurzfassung der Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft26

FEUILLETON

„Man will doch wat fürs Herze ham“

Vormittags HNO-Praxis in Neukölln, abends auf der Bühne als Chanson-Nette. Ja geht denn das? Jawohl, das geht. Die Berliner Ärztin Jeanette Urzendowsky hat den Mut zum Doppelleben und ist derzeit mehrfach in Berlin auf der Bühne zu sehen.

Von Rosemarie Stein30

Impressum.....38



Foto: Walter

Mendelssohn-Haus

Gedenktafel enthüllt

Seit dem 21. Januar erinnert am Stammhaus der Berliner Mendelssohn-Bank in der Jägerstraße 51 eine Gedenktafel an die berühmte Familie Mendelssohn und die Gründung der Mendelssohn-Bank vor zweihundert Jahren. In Anwesenheit des Kultursenators Dr. Thomas

Flierl, Dr. Cécile Lowenthal-Hensel (Urenkelin von Fanny Hensel geb. Mendelssohn) und dem Präsidenten der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Günther Jonitz, wurde die bronzene Tafel bei einem feierlichen Akt enthüllt. Neben der Inschrift zur Geschichte des Gebäudes und des Bankhauses befindet sich auf der Gedenktafel auch das Familienemblem der Mendelssohns: ein Kranich als Symbol der Aufmerksamkeit und die

Worte „Ich wache“. Die Jägerstraße 51 gehört seit 1998 der Berliner Ärzteversorgung, dem berufsständischen Versorgungswerk der Berliner Ärzte.

Hochwertige Immobilien wie das Mendelssohn-Haus sind ein wichtiger Bestandteil in seinem Kapitalanlagen-Portfolio. Das historische Gebäude wurde bis 2001 umfassend modernisiert und restauriert. Hauptmieter ist die Salomon Oppenheim-Bank. U.W.

Modellbau

Ausstellung in der Charité-Anatomie

Manfred Zoller haben wir als Mediziner, Künstler und Lehrer bereits in BERLINER ÄRZTE Heft 1/2002 vorgestellt.

Da war gerade sein außergewöhnliches Anatomie-Lehrbuch für Künstler erschienen (bei Reimer, Berlin 2001). Außergewöhnlich auch deshalb, weil es viele Abbildungen jener pädagogisch wie ästhetisch gleich einleuchtenden Modelle enthält, die der Professor für Morphologie und Anatomie an der Kunsthochschule Weißensee seine Studenten bauen lässt; aus Draht Gummiband, Holz und Papier. Das soll ihnen vor allem helfen, den Stütz- und Bewegungsapparat so gut zu verstehen, dass sie etwa die Haltung eines Stehenden oder den Flug eines Vogels überzeugend darstellen können. Damals fanden wir, so etwas fehle im Anatomieunterricht junger Mediziner. Jetzt können sie - wie auch

ältere Kollegen - sechzig dieser



teils beweglichen Anschauungsmodelle in der Charité-Anatomie betrachten, wohin Zoller übrigens seine Kunststudenten einmal im Semester schickt. Ein fruchtbarer Austausch zwischen Kunst und Wissenschaft!

Philippstr. 12/ Eingang Luisenstraße, Mo. bis Fr. 8 bis 18 Uhr, noch das ganze Sommersemester. R.St.

Psychiatrie/Psychotherapie

Verein gegründet

Eine Gruppe niedergelassener Nervenärzte und Psychiater hat jetzt den „Berliner Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit“ gegründet. Die Gründer kennen sich aus der Qualitätszirkelarbeit in Kammer und KV und beklagen eine zunehmende Unterversorgung ihrer ambulanten Patienten, vor allem solcher mit schizophrenen und affektiven Psychosen. Schuld daran sind Regresse und Einschränkungen bei der Verordnung neuer,

nebenwirkungsärmerer Medikamente wie auch in der psychotherapeutischen Basisversorgung, so die Vereinsgründer. Dem möchte man gegensteuern. Gedacht ist an einen gezielten interdisziplinären Austausch, an die Implementierung von Leitlinien und den Dialog mit betroffenen Patienten. Vorsitzende des Vereins sind Dr. Norbert Mönte, Alicia Navarro Urena und Dirk Rehbein. Interessierte Kollegen können sich unter www.psychiatrie-in-berlin.de informieren und Kontakt aufnehmen.



Am Samstag, dem 27. März 2004, spielt das Berliner Ärzteorchester wieder zu seinem traditionellen Frühjahrskonzert auf. Fans mögen sich bitte schon einmal notieren: 18 Uhr, Heilig-Kreuz-Kirche, Zossener Str. 65, Berlin/Kreuzberg.

Auf dem Programm steht:

J.S. Bach Doppelkonzert für 2 Violinen d-moll, BWV 1043

Carl Maria v. Weber Fagottkonzert F-Dur op. 75

Joseph Haydn Sinfonie Nr. 70 D-Dur

Dirigent: Kevin Mc Cutcheon

Solisten: Aletta Baum, Heike Lorenz, Alexander Voigt

Karten zum Preis von 10 € (ermäßigt 7 €) gibt's wie immer an der Abendkasse, aber auch unter Tel. & Fax 275 18 18 oder an den Citytic-Vorverkaufsstellen unter Tel. 0800-248 98 42.

1. Lesung im Bundestag

AiP-Abschaffung - Der aktuelle Stand

Die endgültige Entscheidung der Politik über die AiP-Abschaffung steht noch immer aus. Nach Plänen des Kabinetts soll sie jedoch zum 1. Oktober 2004 wirksam werden. Eine entsprechende Änderung der Bundesärztleordnung liegt als Gesetzentwurf vor. Am 29. Januar 2004 erfolgte die erste Lesung im Deutschen Bundestag. (Das Wortprotokoll finden Sie auf unserer Homepage unter „Aktuelles“ im Anhang an diese Meldung).

Die Regierung plant nun, nach dem Stichtag 1. Oktober 2004, Ärzte mit AiP-Vertrag finanziell den Assistenzärzten gleichzustellen. Dies Vorhaben wurde während der 1. Lesung von mehreren Abgeordneten der SPD-Bundestagsfraktion unterstrichen und erläutert (Marion Caspers-Merk/SPD; Dr. Erika Ober/SPD).

Das hieße:

- Für Ärztinnen und Ärzte, die nach dem Stichtag 1. Oktober 2004 ihr Medizinstudium mit dem Dritten Staatsexamen beenden, gäbe es keine AiP-Phase mehr. Sie würden sofort in die Assistenzarztstätigkeit gehen.
- Alle Ärzte jedoch, die vor dem 1. Oktober 2004 ihr 3. Medizinisches Staatsexamen absolviert haben, müssen noch die AiP-Phase absolvieren. Um sie jedoch nicht zu benachteiligen, sollen die AiP ab dem 1. Oktober 2004 den Assistenzärzten finanziell gleichgestellt

werden. Allerdings würden die AiP eine Teilapprobation erhalten und die Assistenzärzte bereits eine Vollapprobation. Derzeit wird geprüft, ob es rechtlich möglich ist, auch den AiP auf Antrag eine Vollapprobation zu erteilen, um eine haftungsrechtliche Ungleichstellung eigentlich gleich qualifizierter Ärzte zu verhindern.

Der Finanzbedarf für die finanzielle Gleichstellung von AiP und Assistenzärzten wird seitens der Bundesregierung mit etwa 300 Millionen Euro beziffert. Die Kosten sollen über das GKV-Modernisierungsgesetz und das Krankenhausentgeltgesetz aufgefangen werden.



Die Ärztekammer Berlin wird nach wie vor mit Fragen junger Ärzte konfrontiert, was angesichts der noch immer ungewissen Situation um die AiP-Abschaffung zu raten sei: Das Studium verzögern und das 3. Medizinische Staatsexamen erst nach dem 1. Oktober 2004 absolvieren oder es abschließen und sofort eine AiP-Stelle annehmen. Die Ärztekammer Berlin kann aufgrund der sehr spezifischen individuellen Situation junger Ärzte hier keine Ratschläge geben. Sie klärt jedoch ausführlich über den Stand des Gesetzgebungsverfahrens auf. Wir informieren weiter, sowie sich etwas Neues abzeichnet.

Etwa bis Juni 2004 ist mit einer abschließenden Entscheidung im Deutschen Bundestag zu rechnen. Danach erfolgt die abschließende Befassung im Bundesrat.

Running

Teamstaffel-Lauf im Tiergarten

Sportliche Ärzte aufgepasst: Am 16. Juni 2004 findet zum fünften Mal der 5 x 5 km-Teamstaffel-Lauf im Berliner Tiergarten statt. Wer regelmäßig joggt und das auch von Kollegen weiß, sollte mal über den Vorschlag des Berliner Arztes Dr. Steffen Lueder von der Kinderklinik Lindenhof nachdenken. Der regt an, dass sich auch in diesem Jahr wieder zahlreiche medizinische Teams formieren, was wir hiermit gern an unsere Leser weitergeben. In den vergangenen Jahren waren zum Beispiel „Hetzer 2“ aus dem

Herzzentrum, „Chirurgie Waldkrankenhaus“, „DHBZ Kinderkardiologie“, „Kinderärzte Westend“ und die Staffeln „Kinderklinik Lindenhof 1 und 2“ am Start. Wer Lust hat, eine eigene Mannschaft zusammenzustellen und mitzulaufen, findet unter www.berlinmarathon.com/events/5x5staffel alle Informationen zu Teilnahmebedingungen und Anmeldung. Um eine getrennte Wertung im medizinischen Bereich vorzunehmen, können sich die Teamleiter im Vorfeld melden bei steffen_lueder@yahoo.de.

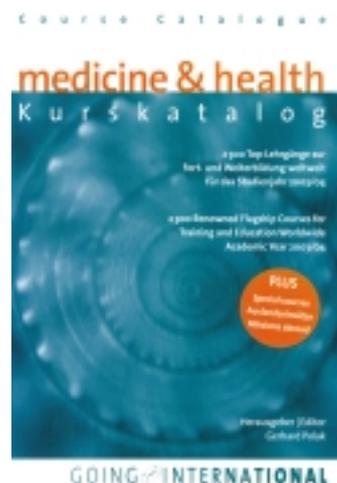


Auslandseinsätze

Kurskatalog

Ärztinnen und Ärzten, die Lust auf Fortbildung im Ausland haben oder sich gezielt für Auslandseinsätze fit machen wollen, sei der Kurskatalog „medicine & health 2003/2004“ empfohlen.

Er enthält 2500 Lehrgänge im In- und Ausland. Das Werk kostet 37,70 € und kann bestellt werden bei: **GOING INTERNATIONAL, Fasanengasse 28/27, 1030 Wien, Telefon 0043/1798 25 27, www.goinginternational.org**



Heimaufsicht

Neue Adresse

Nach einer Gesetzesänderung durch das Abgeordnetenhaus ist die Heimaufsicht wieder in der Verantwortung des Landesamtes für Gesundheit und Soziales. In den Jahren 2001 bis 2003 war das Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg dafür zuständig.

Die Heimaufsicht ist unter folgender Anschrift zu erreichen:

Landesamt für Gesundheit und Soziales - VI B Heim
Sächsische Str. 28-30, 10639 Berlin, Tel. 9012-6698, Fax: 9012-3273
E.mail: lageso.heimaufsicht@lageso.verwalt-berlin.de

Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

DRK-Kliniken Berlin **Dr. med. Peter Klein-Weigel** ist neuer Chefarzt der Klinik für Physikalische Rehabilitative Medizin in den DRK-Kliniken Köpenick. Er löst den kommissarischen Leiter **Prof. Dr. med. Hans-Friedrich Vöhringer** ab, der jetzt ausschließlich als Chefarzt der Kardiologie und als Ärztlicher Leiter in Köpenick tätig ist. Peter Klein-Weigel arbeitete zuvor als Gefäßspezialist an der Uniklinik Innsbruck und in Neuruppin.

Prof. Dr. med. Hermann Steinkamp ist seit einigen Monaten neuer Chef der diagnostischen und interventionellen Radiologie am DRK-Klinikum Mark Brandenburg. Damit ist er maßgeblicher Mitgestalter des interdisziplinären Gefäßzentrums am Standort Mark Brandenburg. Er arbeitete zuvor als Oberarzt an der Charité Campus Virchow Klinikum.

Franziskus-Krankenhaus Neuer Chefarzt der Chirurgischen und Gefäßchirurgischen Abteilung ist seit 1.12.2003 **PD Dr. med. Ralph I. Rückert**. Er war zuvor leitender Oberarzt der Gefäßchirurgie an der Charité Campus Mitte. Rückerts Vorgänger, **Prof. Dr. med. Ulf Stockmann**, ist in den Ruhestand gegangen.

St. Hedwig-Kliniken Seit 1. Januar verfügen die St. Hedwig-Kliniken über ein Beckenboden Zentrum. Es wird in interdisziplinärer Zusammenarbeit von den Chefarzten **PD Dr. med. Ralf Tunn** (Gynäkologe, bisher Charité Campus Mitte), **PD Dr. med. Helmut-Heinz Knispel** (Chefarzt Urologie) und **Dr. med. Dietrich Leder** (Chefarzt Chirurgie) betrieben. Das Beckenboden-Zentrum ist erreichbar unter Tel. 2311-2106.

Vivantes Klinikum Neukölln **PD Dr. med. Wulf Pankow** ist seit 1.1.2004 neuer Chefarzt der Klinik für Innere Medizin, Pneumologie und Infektiologie des Hauses. Er war bereits zuvor an der Abteilung Oberarzt und seit der Pensionierung seines Vorgängers, **Prof. Dr. Fritz-Valentin Kohl**, deren kommissarischer Leiter.

Das Diagnose- und Behandlungszentrum für Kinder und Jugendliche (DBZ) ist von der Charlottenburger Platanenallee ins Mutter-Kind-Zentrum am Klinikum Neukölln, Rudower Straße 48 umgezogen. Das DBZ ist täglich von 9 bis 12 Uhr unter Tel. 6004-3700 erreichbar.

Vivantes Klinika Prenzlauer Berg/Am Urban **Prof. Dr. med. Uwe Gottschalk**, Chef der Klinik für Innere Medizin Gastroenterologie im Klinikum Prenzlauer Berg, hat zusätzlich am 1.2.2004 die Leitung der gleichnamigen Abteilung im Klinikum Am Urban übernommen. Er ist damit Nachfolger von **Prof. Dr. Walter Londong**, der in den Ruhestand gegangen ist.

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

Fragen zu Privatrechnungen nach GOÄ?

Die Kammer berät ihre Mitglieder gern bei Fragen und Problemen im Zusammenhang mit der Erstellung von Privatrechnungen nach GOÄ. Hierfür stehen eigene Servicezeiten zur Verfügung, zu denen Sie die Ärzte unseres Referates Honorar- und Patientenangelegenheiten direkt erreichen können: Tel. 40 80 6-2490.

Montag und Donnerstag: 13 bis 14.30 Uhr, Mittwoch: 14 bis 17 Uhr.

Die Berliner Ärzteschaft trauert um ihre im Jahr 2003 verstorbenen Kolleginnen und Kollegen

Dr. med. Hedwig Abendroth	9.10.1921	28.1.	Ingerose Nöthens	14.9.1924	17.11.
Dr. med. Stephen Adu	12.11.1942	11.10.	Dr. med. Hans-Werner Nüchter	21.2.1944	11.1.
Dr. med. Bijan Mohammad Ardame	7.7.1942	20.1.	Dr. med. Detlev Olowson	13.3.1919	6.1.
Dr. med. Sacit Balkan	3.5.1925	1.8.	Dr. med. Renate Orth	7.11.1939	25.8.
Dr. med. Renate Beck	8.10.1955	19.8.	Dr. med. Karl Palm	22.2.1917	1.11.
Dr. med. Ilse Becker	24.2.1919	15.4.	Dr. med. Peter Pfaffensteller	29.5.1944	25.12.
Dr. med. Regine Bendig	27.3.1937	29.6.	Junko Poch	18.8.1943	5.4.
Dr. med. Alexander Beyer	9.8.1921	7.8.	Dr. med. Ludwig Prokopetz	9.7.1919	20.5.
Dr. med. Rudolf Blomeyer	4.6.1927	19.4.	Dr. med. Jutta Prätsch	20.4.1923	26.3.
Dr. med. Fritz Boitz	5.10.1925	25.3.	Dr. med. Rainer Püschel	9.1.1940	10.7.
Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Brandt	7.10.1918	13.1.	Prof. Dr. med. Jochen Quandt	4.9.1920	22.2.
Dr. med. Günter Brieske	8.11.1912	13.2.	Dr. med. Rudi Rademacher	28.5.1928	11.1.
Prof. Dr. med. Wilhelm Brosig	27.11.1913	8.6.	Dr. med. Annemarie Reimann	17.8.1910	11.1.
Dr. med. Wolf-Rüdiger Bruhn	22.5.1942	11.1.	Monika Reuter	11.3.1940	13.7.
Dr. med./Ungarn			Dr. med. Jürgen Rex	13.6.1934	8.7.
Susanne von Bültzingslöwen	27.6.1957	25.12.	Dr. med. Wolfgang Richter	7.9.1921	25.5.
Magda Cosentino	29.4.1918	18.8.	Prof. Dr. med. Karl-Heinz Riesseck	23.2.1923	18.3.
Dr. med. Hilda Duesberg	19.8.1910	2.1.	Bettina Rose-Grabitz	16.10.1962	23.7.
Dr. med. Paul Döring	22.12.1909	19.4.	Dr. med. Wilhelm Rosin	8.9.1916	10.4.
Dr. med. Bernward Eckert	27.5.1946	7.12.	Dr. med. Farhang Samimi-Behbehani	1.7.1936	2.4.
Dr. Heinz Edelmann	9.6.1930	14.1.	Dr. med. Sabine Sauerlandt	18.1.1908	19.5.
Dr. med. Fritz Eigenheer	13.7.1944	11.1.	Dr. med. Rudolf Scheibner	4.7.1910	11.9.
Dr. med. Kurt Engelke	17.8.1917	25.12.	Dr. med. Werner Schlenzka	13.12.1919	9.10.
Dr. med. Barbara Fiegler	4.1.1938	28.2.	Dr. med. Helmut Schmidt	25.7.1940	13.12.
Dr. med. Kurt George	11.1.1918	15.5.	Prof. Dr. Dr. med. Bernd Schmolke	3.6.1943	17.12.
Dr. med. Heidemarie Greiner	16.7.1956	26.10.	Prof. Dr. med. Norbert Schnoy	17.11.1941	13.5.
Diethard Grieße	29.6.1943	6.11.	Heike Scholz	11.4.1971	23.2.
Susanna Grigorjan	6.5.1950	20.12.	Dr. med. Kurt-Werner Schondorf	4.1.1927	25.5.
Dr. med. Gerhart Habenicht	30.5.1911	18.2.	Heinz Schröder	2.5.1936	7.3.
Sibylle Hallas	23.7.1923	22.5.	Dr. med. Georg-Werner Schultz	17.3.1916	19.1.
Dr. med. Helmut Hamann	30.9.1926	24.8.	Dagmar Schumacher-Meister	13.9.1952	19.11.
Prof. Dr. med. Ulrich Haubold	13.8.1936	22.10.	Dr. med. Irmela Spitzner	18.7.1915	4.5.
Prof. Dr. med. Hans-Georg Heinrich	9.8.1926	24.12.	Prof. Dr. med. Rudolf Stellmach	24.2.1924	15.3.
Prof. Dr. med. Hans Herken	30.6.1912	21.3.	Dr. med. Renate Strohwig	11.3.1939	22.11.
Dipl.-Med. Kerstin Heyde	11.12.1960	14.9.	Dr. med. Peter Strümpel	22.9.1929	5.5.
Dr. med. Gerd Hövener	3.3.1939	25.10.	Prof. Dr. med. Günter Stüttgen	23.1.1919	21.10.
Dr. med. Viktor Jastrzemski	1.12.1910	27.2.	Dr. med. Walter Sydow	29.5.1922	7.5.
OMR Dr. Dr. med. habil. Horst John	6.3.1929	25.12.	Dr. med. Heinrich Thiele	15.2.1902	1.9.
Dr. med. Hermann Kahl	25.9.1917	29.9.	Dr. med. Joachim Ufer	17.6.1910	1.4.
Helga Kammler-Bewert	23.9.1926	14.7.	Dr. med. Thomas Verstege	16.11.1954	22.2.
Jochen Kasbom	3.11.1959	28.4.	Roland Vieth	10.5.1958	19.8.
Dr. med. Margarete Kaufmann	16.12.1910	28.2.	Dr. med. Rosemarie Vogt	28.4.1946	3.8.
Dr. med. Fridgund Kleist	25.4.1909	7.9.	Dr. med. Annemarie Waldeyer	23.8.1921	4.11.
Dr. med. Hans-Ulrich Kleist	28.1.1906	31.5.	Prof. Dr. med. Harry Warnke	14.7.1929	26.2.
Dr. med. Dirk Krause	25.8.1948	31.1.	Dr. med. Sepp Weber	18.9.1952	28.8.
Dr. med. Rene Kreis	11.7.1919	27.7.	Dr. med. Wolfgang Wedepohl	13.11.1918	20.8.
Lothar Kruggel	14.4.1944	6.1.	Dr. med. Margaretha Wegner	3.1.1918	16.1.
Dr. med. Hansgeorg Krüger	31.10.1920	21.9.	Dr. phil. Susanne Weigandt	16.2.1953	21.2.
Prof. Dr. med. Kurt Köhn	26.12.1915	11.11.	Dr. med. Dieter Wellershaus	14.6.1936	1.11.
Dr. med. Karl-Günter Ludwig	25.4.1915	10.9.	Dr. med. Hans-Joachim Wessel	12.5.1943	1.1.
Dr. med. Gunther Mau	30.10.1916	5.10.	Dipl.-Med. Ingrid Winkler	9.7.1953	28.6.
Paul Meyer	15.6.1936	18.7.	Dr. med. Karoline Wohlgemuth	20.7.1917	7.8.



Buchtip

Risikokommunikation

Der zwischenzeitlich im Buchhandel vergriffene Bestseller von Gerd Gigerenzer „Das Einmaleins der Skepsis - Über den richtigen Umgang mit Zahlen und Risiken“ ist jetzt als Taschenbuch neu erschienen. Die Ärztekammer Berlin empfiehlt das Werk wärmstens als Lektüre zum Umgang mit statistischen Aussagen und Wahrscheinlichkeiten. Es sensibilisiert für Kommunikations- und Interpretationsprobleme, die im Gefolge dessen gern entstehen. Für die korrekte Kommunikation von Risiken eine gute Einstiegslektüre. Erschienen beim Berliner Taschenbuch Verlags GmbH, ISBN 3-8333-0041-8.

Suchtakademie

Nicht erkannte und unerforschte Süchte

Offenbar werden alkoholsüchtige Patienten in chirurgischen Kliniken und Rettungsstellen noch zu selten erkannt, obwohl ein Großteil der dort eintreffenden Patienten offenbar Alkoholprobleme hat. Ein Forschungsprojekt von Dr. Timm Neumann, Anästhesist an der Charité Universitätsmedizin Berlin, ließ über 3000 Patienten an einem Screening teilnehmen, die sich nach einem Trauma in der Rettungsstelle vorstellten.

Bei 48 % der Männer und 21 % der Frauen wurde in einem Alkohol-Use-Disorder-Identification-Test (AUDIT) ein Punktwert > 5 (risikanter Alkoholkonsum) bzw. bei 24 % der Männer und 9 % der Frauen ein Punktwert > 8 (gefährlicher Alkoholkonsum) nachgewiesen. Die Chirurgen hatten jedoch nur bei etwa einem Drittel der betroffenen Patienten Alkoholprobleme identifizieren können.

Neumann verweist zudem auf Untersuchungen, die eine relevante Erhöhung der postoperativen bzw. posttraumatischen Morbidität und Letalität bei alkoholkranken Patienten zeigten. Sie kann durch verschiedene sekundär- bzw. tertiärpräventive Maßnahmen deutlich reduziert werden. Dies war eines der Forschungsergebnisse, die auf der ersten Fachtagung der Berlin-Brandenburgischen Suchtakademie im Januar vorgestellt wurden.

Die Akademie ist ein vor einem Jahr gegründeter Zusammenschluss von Leiterinnen und Leitern der Forschungs- und Behandlungseinrichtungen für Suchtpatienten in Brandenburg und Berlin. Ihre Ziele sind der intensive Wissenstransfer zwischen Praktikern und Forschern, die Entstigmatisierung der Suchtkranken und die Optimierung ihrer Versorgung.

Die Fachtagung fand im traditionellen Hörsaal der Charité statt. 200 Besucher diskutierten mit Experten aus der gesamten Bundesrepublik die Perspektiven und ethischen Probleme der Gesundheitsversorgung suchtkranker Patienten in den Zeiten knapper Kassen.

Nicht fehlen durften auf dieser Tagung die aktuellen evidenzbasierten Leitlinien für die Behandlung alkoholabhängiger Patienten. Sie wurden von Prof. L. Schmidt, dem Vorsitzenden der DG Sucht, vorgestellt. Suchtbehandlung findet heute in Behandlungsnetzen statt. Ein wichtiger, in der Finanzierung aber immer noch ungesicherter Bestandteil ist der qualifizierte Entzug, der außer der körperlichen Entgiftung die Behandlung der Abhängigkeitserkrankung selbst und die Motivation zur Rehabilitation beinhaltet.

Forschungsbedarf wurde unter anderem auf dem Gebiet der Therapiekonzepte für „nicht-stoffgebundene“ Süchte wie der sogenannten „Glücksspielsucht“ angemeldet. Dipl.-Psychologin D. Sonntag vom Institut für Therapieforchung in München stellte epidemiologische Untersuchungen zum pathologischen Glücksspiel vor und wies auf eine Prävalenzrate von 8,2 % so genannter „aktiver Spieler“ in der deutschen Bevölkerung hin.

Bislang gibt es kein einheitliches Konzept für die Definition des pathologischen Glücksspiels. Zudem besteht ein großer Bedarf an Grundlagen- und Therapieforchung, um die Störung durch exzessive, belohnende Verhaltensweisen genauer zu charakterisieren.

Eine weitere Fachtagung der Berlin-Brandenburgischen Suchtakademie ist noch in diesem Jahr geplant.

*Tolterodin***Gedächtnisstörung,
Halluzinationen**

Bei einer 73-jährigen Patientin traten nach Beginn einer Therapie mit Tolterodin (Detrusitol®) wegen Harninkontinenz Störungen des Kurzzeitgedächtnisses sowie Halluzinationen auf. Sie wurden primär als beginnende Demenz gedeutet und besserten sich durch die Gabe von Donepezil (Aricept®). Nach vorübergehendem Absetzen von Tolterodin und weiterer Besserung der Gedächtnis-

leistung wurde der Arzneistoff wieder eingesetzt – mit erneut auftretender Gedächtnisstörung. Die Autoren erklären diesen Verlauf durch Erhöhung des Acetylcholinpiegels im Gehirn durch Donepezil und die gegenteilige Wirkung von Tolterodin. Sie empfehlen bei Auftreten der oben genannten Symptome das Absetzen anticholinerg wirkender Arzneistoffe (hier: Tolterodin), insbesondere bei älteren Patienten.

Quelle: N.Engl. J. Med. 2003; 349: 23

Anmerkung: Unerwünschte Arzneimittelwirkungen sind insbesondere dann schwer zu entdecken, wenn sie Symptome imitieren, die in einer bestimmten Patientengruppe als nicht ungewöhnliche, neu auftretende Grunderkrankung (hier: Altersdemenz) oder als Fortschreiten einer Erkrankung interpretiert werden können. Ähnliche Beispiele

- Hepatotoxizität von Arzneimitteln gegen Leber-Galle-Erkrankungen (z.B. Schöllkraut-haltige Fertigarzneimittel)
- Kontaktallergie durch Glukokortikoid-haltige Externa gegen Hauteffloreszenzen (auch seltene Kreuzallergien bekannt)
- Thromboembolien unter Heparinen zur Thromboseprophylaxe (sog. „HIT II“)

Ihr Ansprechpartner bei Rückfragen:

Dr. Günter Hopf, ÄK Nordrhein
Tersteegenstr. 31, 40474 Düsseldorf, Tel. (0211) 43 02-587

*Ayurveda-Pillen***Bleiintoxikation**

Patienten verschweigen oft, neben ärztlicher Behandlung auch paramedizinische Heilverfahren anzuwenden. Die Einnahme ayurvedischer Heilpillen, von einer 39-jährigen Patientin aus Indien mitgebracht, verursachte eine chronische Bleivergiftung. Erst nach einer Bestimmung des Bleispiegels im Serum und erneuter Medikamentenanamnese gab die Patientin die Einnahme dieser Präparate an. In einer Sorte der Heilpillen wurde ein Bleigehalt von 50,4 mg/g gefunden. Die Autoren weisen darauf hin, dass infauste Prog-

nosen (hier: progrediente Muskeldystrophie seit dem 15. Lebensjahr) und moderne Reise-möglichkeiten den Trend zu alternativen Heilmethoden fördern. Speziell ayurvedische Kräutermixturen können hohe Bleikonzentrationen enthalten (Herstellung aus bleihaltiger Asche), so dass bei mehrdeutigen Symptomen (hier: Anämie, Appetitlosigkeit, Paresen) eine gezielte und intensive Frage nach der Einnahme alternativer Heilmittel gestellt und der Verdacht auf Verunreinigungen dieser Mittel in die Differenzialdiagnose einbezogen werden sollte.

Quelle: Dtsch.Med.Wschr. 2003; 128: 2418

*Saccharomyces boulardii***Fungämie**

Bei einem 48-jährigen multimorbiden Diabetiker mit generalisierter Mikro- und Makroangiopathie traten nach 4-wöchiger Antibiotikatherapie Diarrhoen mit positivem Clostridium difficile-Nachweis auf, die nach 6-tägiger Metronidazolgabe sistierten. 2 Tage nach einer Bypassoperation kam es erneut zu Diarrhoen, die unterstützend mit *S. boulardii*, einem Stamm von *S. cerevisiae*, behandelt wurden (Perenterol®). Im weiteren Verlauf musste eine Oberschenkelamputation durchgeführt werden, der Ge-

sundheitszustand des Patienten verschlechterte sich jedoch zunehmend. 8 Tage nach der Bypassoperation wurde ein toxisches Megakolon diagnostiziert und aus der Blutkultur *S. cerevisiae* angezüchtet. Die Autoren vermuten eine Migration der Hefen durch die vorgeschädigte Darmschleimhaut, alternativ ein Eindringen der Erreger über den zentralen Katheter oder die Beinwunden, da der Patient geöffnete Perenterol®-Kapseln über die Magensonde erhielt.

Quellen: Dt. Med. Wschr. 2003; 128: 2531; Arzneiverordnung in der Praxis 2/2000, S. 23

Anmerkung: Bereits im Jahr 2000 vermutete die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, dass Publikationen zum Einsatz von *S. boulardii* bei Antibiotika-induzierten Durchfällen mit hoher Selbstheilungstendenz „nicht so recht überzeugen“ können. Der oben geschilderte Fall kann dazu beitragen, insbesondere bei Patienten mit geschwächtem Immunsystem *S. boulardii* zurückhaltend einzusetzen. Bei intaktem Immunsystem kann nach Ansicht der AkdÄ mit Joghurt der gleiche Erfolg erzielt werden.

West-Nil-Virus-Infektionen: Rückblick und Ausblick

Bei West-Nil-Fieber handelt es sich um eine virale Erkrankung (West-Nil-Virus, WNV), die klassischerweise in zahlreichen afrikanischen und asiatischen Ländern, zum Beispiel in Ägypten, Israel und Indien, anzutreffen ist. Innerhalb Europas sind vereinzelt Fälle in Südfrankreich beschrieben worden. Die Übertragung der Erreger in diesen Regionen erfolgt durch Stechmücken (*Culex spez.*). Seit 1999 treten auch zunehmend Fälle in der Neuen Welt auf. Die Übertragung des Erregers erfolgt dort meist durch Moskitos (*Aedes albopictus*). Als das bedeutendste Reservoir für WNV sind infizierte Vögel anzusehen. Durch Zugvögel ist eine Weiterverbreitung der Erkrankung in andere Länder und sogar Erdteile möglich.

Erste Symptome treten meist ein bis sechs Tage nach Infektion in Erscheinung. Das West-Nil-Fieber imponiert klinisch als abrupt einsetzende fieberhafte Erkrankung mit Temperaturen bis 40°C, teilweise mit Schüttelfrost. Es finden sich Benommenheit, starke Kopf- und Augenschmerzen sowie generalisierte Lymphknotenschwellung. Die geschwollenen Lymphknoten sind von weicher Konsistenz und leicht druckschmerzhaft. Am zweiten bis fünften Krankheitstag tritt etwa bei

der Hälfte der Patienten ein stammbetontes, blässliches makulopapulöses Exanthem auf. Selten wird der Krankheitsverlauf durch das Auftreten einer Meningoenzephalitis kompliziert. Die Erkrankung endet im Allgemeinen selbstlimitierend nach drei bis fünf Tagen. Bei einem Teil der Patienten findet sich eine protrahierte Rekonvaleszenzphase mit monatelang persistierenden Lymphknotenschwellungen.



Die Prognose ist insbesondere bei Kindern gut, Todesfälle werden gelegentlich bei älteren Patienten beobachtet. Der Virusnachweis im Blut kann während der ersten fünf Krankheitstage durch Anzucht in Gewebekulturen oder intrazerebrale Inoculation bei Baby-mäusen versucht werden. Ein Nachweis viraler RNA kann mittels PCR erfolgen. Der Nachweis von spezifischem IgM oder ein Titeranstieg von spezifischem IgG gilt als beweisend. Die serologische Untersuchung kann mittels Neutralisationstest, Hämagglutinationshemmtest, Komplementbindungsreaktion, ELISA oder Immunfluoreszenztechnik durchgeführt werden.

Eine Übertragung von WNV über kontaminierte Blutkonserven ist grundsätzlich möglich. Ein Ausschluss seropositiver Patienten von weiteren Blutspenden ist für mindestens 56 Tage erforderlich. Innerhalb dieser Zeitspanne ist mit einer Eliminierung des Virus aus dem Organismus zu rechnen. Für das Jahr 2004 wird eine verstärkte WNV-Aktivität in den westlichen Bundesstaaten der USA, insbesondere Kalifornien, prognostiziert. In endemischen Gebieten sollte beim Aufenthalt in der Natur deshalb auf adäquaten Mückenschutz geachtet werden.

Eine weitere Ausbreitung des West-Nil-Fiebers hinein in benachbarte Staaten bisher betroffener Regionen sowie auch in weiter entfernte Länder, zum Beispiel nach Europa, kann für 2004 nicht ausgeschlossen werden.

Das Tropeninstitut Berlin koordiniert das klinische Netzwerk „Surveillance importierter Infektionen in Deutschland (SIMPID)“, das auch eine Erfassung von Patienten mit West Nil-Fieber möglich macht (Information unter www.simpid.de).

Matthias Günther,
PD Dr. med. Tomas Jelinek

Russisch »ARZT«



Es sind oft politische und wirtschaftliche Probleme in ihren Heimatländern, die sie nach Deutschland führen. Manchmal ist es aber auch der Wunsch, hier noch Fachwissen dazuzuerwerben oder - auch das gibt es - schlichte Abenteuerlust. Knapp 800 ausländische Ärzte leben in Berlin. Besonders stark vertreten sind darunter Griechen, Russen und Iraner. Einige bleiben nur für ein paar Jahre und finanzieren sich aus einem Stipendium, das ihnen ermöglicht, noch fehlendes Fachwissen zu erwerben. Etliche möchten aber auch dauerhaft in Deutschland bleiben und nie mehr nach Hause zurückkehren. Gehen sie in die Niederlassung, spezialisieren sich viele ausländische Kollegen gern darauf, in ihrer Muttersprache Landsleute zu versorgen. Doch durch EuGH-Urteil, Arbeitszeitgesetz-Novelle und massive Abwanderung heimischer Nachwuchsärzte besteht noch ganz anderer Bedarf an den Kollegen aus aller Welt. Doch um überhaupt in Deutschland tätig werden zu können, muss die Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte der hiesigen gleichwertig sein. Für so manchen hoffnungsvollen Einwanderer kann das ein schwieriger Hürdenlauf sein.

Von Antje Müller-Schubert

Pjotr Dmitrov* kam bereits 1995 nach Berlin. In St. Petersburg hat er als Psychiater für Kinder und Jugendliche gearbeitet. Seine medizinische Ausbildung erhielt er am Institut für Kinderheilkunde. Insgesamt 12 Monate lang hat er - wie alle ausländischen Ärzte aus Nicht-EU-Staaten - ein sogenanntes „Anpassungspraktikum“ in Berliner Kliniken absolviert.

Damals machte er das als sogenannter „Gastarzt“, also ohne Entgelt. Das dürfte Pjotr Dmitrov heute nicht mehr. Um nämlich der Ausbeutung ausländischer Kollegen zum Nulltarif einen Riegel vorzuschieben, akzeptiert die Ärztekammer Berlin seit 1998 das Praktikum nur noch, wenn es auf einer bezahlten Weiterbildungsstelle absolviert wurde.

Trotz seines unlukrativen „Gastarztstatus“ damals empfand Dmitrov die Zeit als segensreich, denn er lernte dadurch sowohl die Umgangssprache

* Name von der Redaktion geändert

DOKTOR Türkisch 医生 chinesisch Γιατρός griechisch



SOWEIT DIE FÜSSE TRAGEN:

Ausländische Ärzte in Berlin

als auch die in deutschen Kliniken übliche Terminologie. Aufgrund seiner praktischen Erfahrungen wurde ihm schließlich in Sachsen-Anhalt eine erste offizielle und bezahlte Stelle an der Landespsychiatrie angeboten. Heute arbeitet er auf Honorarbasis in Marzahn in einer allgemeinmedizinischen Praxis mit Schwerpunkt Suchtberatung, wo er vor allem für junge russische Suchtpatienten zuständig ist. Für seine Tätigkeit erhielt der Russe eine achtjährige Arbeitserlaubnis, die jedoch demnächst abläuft. Ob er auch in Zukunft in Deutschland praktizieren darf, bleibt fraglich, denn durch die Heirat mit einer Österreicherin fällt er aus den für Ehepartner von Deutschen geltenden Rechten heraus.

Für den Psychiater Dmitrov ist es sehr wichtig, dass er mit seinen Landsleuten in der Muttersprache sprechen kann, obwohl er diese auch immer wieder ermutigt, Deutsch zu lernen. „Viele von ihnen leben sehr isoliert, das fördert besonders psychische Erkrankungen und

die Flucht in Süchte.“ Die meisten seiner etwa 50 drogenabhängigen Patienten würden nie zu einem deutschen Arzt gehen. Sie beherrschen die Sprache zu schlecht und empfinden die kulturelle Differenz als Barriere. So hat Dmitrov eine ärztliche Nische für sich gefunden - wie viele seiner Landsleute übrigens. Belastend empfindet er die Warterei auf eine dauerhafte Berufserlaubnis. Doch die gibt es nur dann, wenn auch sein Aufenthaltsrecht unbefristet ist, was bis jetzt noch nicht der Fall ist.

Ähnlich die Schilderungen einer kurdischen Assistenzärztin in der Gynäkologie. Auch sie ist ein „Geheimtipp“ für ihre in Berlin lebenden Landsleute. Natürlich lassen die Frauen sich auch von deutschen Ärzten untersuchen und behandeln, sind jedoch dankbar dafür, dass sie in ihr eine Ansprechpartnerin gefunden haben, die ihnen in ihren Worten Befunde und deren gesundheitliche Auswirkungen schildern kann. Gerade bei gynäkologischen Erkrankungen oder in der Vorbereitung auf eine

Geburt wird allzu schnell das Schamgefühl der Familien verletzt, „das bringt nicht selten eine Verschleppung von Krankheiten mit sich oder innerhalb der Familie ein zum Teil völlig fehlendes Verständnis für die Belange der Patientin“, so die Ärztin. Ob sie allerdings ihren Platz auf Dauer in einer deutschen Klinik einnehmen darf, weiß auch sie nicht einzuschätzen.

Der Grieche Athanasios Xanthopoulos dagegen, Intensivmediziner in der Facharztweiterbildung, hat es bereits geschafft. Er hat in Deutschland sein Studium abgelegt und erhielt als EU-Angehöriger mit Approbation eine uneingeschränkte Berufserlaubnis für Deutschland. Danach befragt, wie er sich als ausländischer Arzt in seiner Klinik denn fühle, fällt ihm nichts Besonderes ein. Er fühlt sich als Gleicher unter Gleichen, fast so, als sei er schon immer hier gewesen. Xanthopoulos hat es gut, er ist EU-Ausländer. Seine außereuropäischen Kollegen haben es dagegen deutlich schwerer.



Anerkennung der Facharztweiterbildung ausländischer Ärzte durch die Ärztekammer Berlin

	EU-Ausländer	Nicht-EU-Ausländer
DAS BRAUCHEN ALLE	Berufserlaubnis	Aufenthaltserlaubnis Berufserlaubnis Sie gilt bei Nicht-EU-Ausländern zeitbefristet und ist an die Dauer der Aufenthaltserlaubnis gebunden. Mitglieder aus von der OECD definierten „Entwicklungsländern“ brauchen, um überhaupt eine zeitbefristete Berufserlaubnis zu bekommen, eine ins Deutsche übersetzte Erlaubnis des Gesundheitsministeriums ihres Heimatlandes, Ausbildungsabschnitte in Deutschland zu absolvieren oder eine bestimmte Versorgungsnische für Landleute in Deutschland auszufüllen. Ein Stipendium ihres Heimatlandes ist dem adäquat.
FACHÄRZTE Diese Unterlagen braucht die Kammer	Berufserlaubnis Original-Facharzturkunde und eine EWG-Bestätigung nach EU-Richtlinie 93/16, ausgestellt im Heimatland.	Berufserlaubnis Alle erworbenen Zeugnisse und Facharzturkunden ins Deutsche übersetzt und notariell beglaubigt. Es muss aus den Zeugnissen hervorgehen, in welcher Einrichtung der Arzt welche Tätigkeiten ausgeübt hat und wie groß diese Einrichtung war, bzw. welche Behandlungen dort durchgeführt wurden. Nachweis über mindestens 12 Monate Tätigkeit in Deutschland im angestrebten Gebiet auf einer bezahlten Weiterbildungsstelle. Ggfs. Absolvieren noch fehlender Weiterbildungsabschnitte.
FACHÄRZTE Anerkennung	Facharzt-Gebietsbezeichnungen werden ohne Prüfung umgeschrieben. Für „Schwerpunkte“ und andere Bezeichnungen, die einer Prüfung bedürfen, muss eine Prüfung abgelegt werden.	Der für das Fach zuständige Weiterbildungsausschuss prüft die Anrechnungsfähigkeit der eingereichten Zeugnisse. Facharztprüfung vor der Ärztekammer Berlin nach Absolvieren der noch nötigen Weiterbildungsabschnitte in Deutschland auf einer bezahlten Arztstelle.
ÄRZTE IN WEITERBILDUNG Diese Unterlagen braucht die Kammer	Berufserlaubnis Alle erworbenen Zeugnisse und Facharzturkunden ins Deutsche übersetzt und notariell beglaubigt.	Berufserlaubnis Alle erworbenen Zeugnisse und Facharzturkunden ins Deutsche übersetzt und notariell beglaubigt. Es muss aus den Zeugnissen hervorgehen, in welcher Einrichtung der Arzt welche Tätigkeiten ausgeübt hat und wie groß diese Einrichtung war, bzw. welche Behandlungen dort durchgeführt wurden.
ÄRZTE IN WEITERBILDUNG Anerkennung	Der für das Fach zuständige Weiterbildungsausschuss prüft die Gleichwertigkeit der eingereichten Zeugnisse. Innerhalb der EU werden alle Zeugnisse anerkannt. Facharztprüfung vor der Ärztekammer Berlin nach Absolvieren der noch nötigen Weiterbildungsabschnitte in Deutschland auf einer bezahlten Arztstelle.	Der für das Fach zuständige Weiterbildungsausschuss prüft die Anrechnungsfähigkeit der eingereichten Zeugnisse. Facharztprüfung vor der Ärztekammer Berlin nach Absolvieren der noch fehlenden Weiterbildungsabschnitte.

Vier Hürden müssen sie nehmen, um überhaupt in Deutschland tätig werden zu können: Sie brauchen

- eine Aufenthaltserlaubnis
- Wenn sie aus einem von der OECD definierten „Entwicklungsland“ kommen, eine ins Deutsche übersetzte Erlaubnis des Gesundheitsministeriums ihres Heimatlandes, dass sie Teile ihrer fachlichen Aus- oder Weiterbildung dort nicht absolvieren können und ihnen deshalb genehmigt wird, noch fehlendes Fachwissen in Deutschland zu erwerben. Ein staatliches Stipendium kann eine solche Anforderung ersetzen.
- Eine Berufserlaubnis (wie ihre EU-Kollegen auch) deren Gültigkeit bei ihnen jedoch zeitbefristet an die Dauer der Aufenthaltserlaubnis gebunden ist und
- eine Anerkennung ihrer bisher erworbenen Facharztqualifikation oder Weiterbildungsabschnitte, zudem müssen sie die deutsche Facharztprüfung ablegen.

Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes

Doch von vorn... Jeder, der hier in Deutschland als Arzt arbeiten will, braucht eine staatliche Erlaubnis. Entweder die Approbation oder – für Nicht-EU-Ausländer – eine Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes, im Folgenden kurz „zeitbefristete Berufserlaubnis“ genannt. Beides erteilt in Berlin das Landesamt für Gesundheit und Soziales. Auf die Approbation haben deutsche und sonstige EU-Staatsangehörige, die innerhalb der EU ihre Ausbildung absolviert haben, Anspruch, wenn sie nicht vorbestraft sind. Für Nicht-EU-Ausländer ist sie allerdings an die Aufenthaltserlaubnis gekoppelt. Eine Ausnahme von dieser Regelung existiert für deutschstämmige Russen. § 10 der Bundesärzteordnung regelt die Vergabe der zeitbefristeten Berufser-

DOKTOR

laubnis an Nicht-EU-Ausländer. Um sie zu erhalten, muss der Antragsteller eine abgeschlossene Ausbildung für den ärztlichen Beruf nachweisen. Dabei muss gesichert sein, dass die ärztliche Ausbildung nicht zu sehr von unserer abweichen darf. Wer also während der Kulturrevolution in China eine damals übliche dreijährige Ausbildung durchgeführt hat, ist ganz sicher nicht auf dem erforderlichen Kenntnisstand, die zur Erteilung einer Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes in Deutschland führt. Die medizinische Ausbildung muss nach Art und wesentlichen Inhalten der hiesigen entsprechen. Das ist eine Ermessensentscheidung, die stets individuell geprüft wird. Dabei kommt es darauf an, dass die Ausbildungszeiten mit den deutschen übereinstimmen. Ist das nicht der Fall, kann das Landesamt für Gesundheit und Soziales die zeitbefristete Berufserlaubnis an Auflagen koppeln. Zum Beispiel, dass der Arzt nur unter Aufsicht eines vollapprobierten Kollegen arbeiten darf, oder dass er noch ein Praktikum in einem vorgeschriebenen Fach von 15 bis 18 Monaten absolvieren muss, das nachgewiesen und mit einem detaillierten Zeugnis belegt werden muss. Die zeitbefristete Berufserlaubnis darf nur für maximal 4 Jahre erteilt werden (§ 10 Bundesärzteordnung). Mediziner, die noch in der Weiterbildung stehen und sie aus nicht selbst verschuldeten Gründen innerhalb der vier Jahre nicht beenden können, dürfen um weitere drei Jahre verlängert werden. In solchen Fällen wendet sich die Zulassungsbehörde immer an die Ärztekammer, die für die Weiterbildung zuständig ist und erkundigt sich, ob der Antragsteller seine Weiterbildung in den folgenden 3 Jahren beenden kann. Alles was danach für den ausländischen Arzt in Frage kommt, ob er zum Beispiel eingebürgert wird, ist nicht mehr Sache des Landesamtes für Gesundheit und Soziales sondern der Senatsverwaltung für Inneres.

Außergewöhnliche Fristverlängerung

Nach Ermessen kann eine Berufserlaubnis auch über die genannten Fristen hinweg erteilt oder diese um ein weiteres Jahr verlängert werden, wenn es im Interesse der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung erforderlich ist (§ 10 Abs. 3 Bundesärzteordnung). Das Gleiche gilt für klar definierte Personengruppen, wie Asylberechtigte, Kontingentflüchtlinge, Ausländer mit deutschen Ehepartnern oder für Ausländer, die bereits im Besitz einer Einbürgerungszusicherung sind. Auch ist im Einzelfall abzuwägen, ob der betreffende ausländische Arzt für eine Randgruppe hier lebender Ausländer dringend verfügbar sein muss. Generell aber kann sich darauf niemand mit Sicherheit stützen. Das Berliner Verwaltungsgericht hat hierzu entschieden, dass „kein Patient ... Anspruch auf eine Behandlung in seiner eigenen Sprache“ hat. Dennoch besteht diese Option und wird gelegentlich auch genutzt. So erinnert man sich im Landesamt für Gesundheit und Soziales an die dringende Anfrage eines Berliner Klinikums nach einem Spezialisten. „Der Bedarf war nachgewiesen und sehr gut begründet. Da konnte sogar innerhalb eines Tages für den Antragsteller entschieden werden“, so Klaus Sommerfeld vom Landesamt für Gesundheit und Soziales (LaGeSo).

Entwicklungsländer beklagen Expertenverlust

Doch auf Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz, der auf Wunsch des Weltärztebundes und der Weltgesundheitskonferenz zustande gekommen ist, bleibt dies die Ausnahme. Viele Entwicklungsländer leiden erheblich darunter, dass ihre jungen und hoffnungsvollen Akademiker ins Ausland gehen, vornehmlich in die reichen Industriestaaten, dort möglicherweise noch studieren – und dann nicht mehr in ihr

Heimatland zurückkehren. Für die betroffenen Länder kommt dieser „brain-drain“ einem Ressourcenraub gleich, denn ihre begabten Studenten wurden ja gerade mit dem Ziel in die Industriestaaten geschickt, die Versorgung im Heimatland zu sichern und zu verbessern. Aus diesem Grund wird für Angehörige aus einem Entwicklungsland prinzipiell keine Berufserlaubnis erteilt, es sei denn, sie haben drei Jahre lang im Heimatland und wenn das nicht zumutbar ist – in einem anderen Entwicklungsland gearbeitet. Darüber hinaus muss der ausdrückliche Wunsch des Gesundheitsministeriums des Heimatlandes für eine Fortsetzung der Facharztweiterbildung in Deutschland vorliegen.

Kammer prüft Facharztqualifikation

Hat der ausländische Arzt seine Berufserlaubnis in der Tasche, gilt es die letzte Hürde zu nehmen. Seine Facharztqualifikation oder all seine schon im Heimatland erworbenen Weiterbildungsabschnitte müssen von der Ärztekammer Berlin anerkannt werden und er muss die deutsche Facharztprüfung ablegen. Hierzu ist es für Nicht-EU-Ausländer erforderlich, dass sämtliche Zeugnisse ins Deutsche übersetzt und notariell beglaubigt sind. Aus diesen Zeugnissen muss hervorgehen, in welchen Einrichtungen der Arzt gearbeitet hat und was dort sein Betätigungsfeld war. Je detaillierter die Zeugnisse darüber Auskunft geben, umso einfacher ist es für die Weiterbildungsausschüsse der Kammer, sich ein Bild über das Qualifikationsniveau des Kollegen oder der Kollegin zu machen (siehe Interview mit Klaus Thierse auf Seite 20). Zudem müssen Nicht-EU-Ausländer eine mindestens 12-monatige Tätigkeit im angestrebten Fachgebiet auf einer bezahlten Weiterbildungsstelle absolvieren. Der Weiterbildungsausschuss in

Liste der Entwicklungsländer

Ärzte aus Entwicklungsländern können nur mit Genehmigungen ihres Heimatlandes ihre Facharztweiterbildung in Deutschland absolvieren. Als „Entwicklungsland“ eingestuft werden dabei all die Länder, die von der OECD als solche definiert werden. Die „Liste der Entwicklungsländer“ wird jährlich aktualisiert und ist auf der Homepage des Bundesministeriums für Wirtschaftliche Zusammenarbeit als PDF-Datei zu finden: www.bmz.de, Kapitel „Infothek/Hintergrundmaterialien/Statistiken des BMZ/Liste der Entwicklungsländer und -gebiete sowie Übergangsländer und -gebiete“.

der Kammer prüft vorab, welche Weiterbildungsabschnitte nach deutschen Bestimmungen noch fehlen und macht zur Auflage, dass sie nachgeholt werden. So kann es durchaus passieren, dass ein russischer Facharzt für Chirurgie, der in seiner Heimat bereits seit 15 Jahren in seinem Fach tätig war, noch 2 Jahre Weiterbildung nachholen muss, weil ihm noch Abschnitte aus der Unfallchirurgie oder andere in Deutschland nötige Pflichtabschnitte fehlen.

Auch wenn nichts mehr fehlt, ist dennoch ein mindestens 12-monatiges Arbeiten auf einer bezahlten Weiterbildungsstelle im angestrebten Fach Pflicht. Ist schließlich alles erledigt, muss der Arzt zur deutschen Facharztprüfung antreten. Ein schlichtes Überschreiben des in der Heimat erworbenen Facharztstitels ist für Nicht-EU-Ausländer nicht möglich.

EU-Ausländer haben es bei der Anerkennung ihrer Facharztqualifikationen sehr viel leichter. Ihre Weiterbildungsabschnitte werden in der Regel ohne Probleme anerkannt. Und auch Facharztbezeichnungen werden problemlos umgeschrieben – die EU-Kommission hat hier umfangreiche Gleichwertigkeitskataloge bereitgestellt. Nur für Schwerpunkte oder prüfungspflichtige Zusatzbezeichnungen müssen auch die EU-Ausländer vor der Ärztekammer Berlin eine Prüfung ablegen.

Die Gleichwertigkeitsprüfung

EU-Ausländer können von vornherein dauerhaft in Deutschland bleiben, für Nicht-EU-Ausländer ist das sehr viel schwieriger. Gelingt ihnen jedoch die Einbürgerung (zum Beispiel ausländischen Ärzten mit deutschem Ehepartner oder Asylberechtigten) erhalten sie in Folge auch die Vollapprobation.

Allerdings gibt es hier noch eine sehr lästige Barriere. Im Gegensatz zur vorübergehenden Berufserlaubnis wird nämlich seit dem 1.1.2002 vor der Erteilung einer Approbation geprüft, ob die medizinische Ausbildung im Heimatland der deutschen gleichwertig gewesen ist. Dies prüft das Landesamt für Gesundheit und Soziales. Sofern es unmöglich ist, sich nach Aktenlage ein Bild zu machen oder wenn der Verwaltungsaufwand hierfür zu hoch wäre, muss der ausländische Arzt eine Kenntnisstandprüfung absolvieren. Zuständig für diese Prüfungen ist ein eigens beim Landesamt für Gesundheit und Soziales eingesetzter Fachausschuss.

In der mündlichen Prüfung wird in deutscher Sprache ein Wissensstand abgefragt, der sich am Niveau der deutschen Ausbildung nach dem dritten Staatsexamen orientiert. Bevorzugte Prüfungsfächer sind Chirurgie, Innere Medizin/Allgemeinmedizin und Kinderheilkunde. Weil die Prüfung mündlich durchgeführt wird, ist sie für viele gestandene Ärzte aus dem Ausland eine Zitterpartie. Mal abgesehen von Sprachschwierigkeiten bezweifeln viele von ihnen, dass sie die fächerübergreifende Prüfung heute noch schaffen können – eine Sorge, die im übrigen auch der eine oder andere deutsche Mediziner bestätigt. Eine 46-jährige Ärztin aus Estland fürchtet um ihren Job: Sie müsste für das Lernen der Prüfungsinhalte eigentlich einige Monate lang freigestellt werden. Doch das ist unmöglich. Ohne Vorbereitung auf die Gleichwertigkeitsprüfung aber hält sie ihre Chancen für minimal.

Trotz dieser Probleme halten Fachleute das zusätzliche Prüfungsverfahren, das erst 2002 über eine Änderung der Bun-

desärzteordnung eingeführt wurde, für angemessen. Klaus Sommerfeld vom LaGeSo gibt zu bedenken, dass sich auch alle, die in den USA arbeiten möchten, einem bekannten und anerkannten Standard unterziehen müssen. Und genauso ist das seit 2002 nun auch in Deutschland, „wobei wir da noch recht milde erscheinen, verglichen mit den Amerikanern. Ich denke mal, wenn jemand fünf Jahre hier als Arzt gearbeitet hat, dann sollte er auch dieses Fachgespräch überstehen können“, so der Experte. Sommerfeld hält die Überprüfung auch noch aus einem anderen Grund für wichtig. „Wir wissen, dass in vielen Ländern der Welt „echte“ Urkunden zu kaufen sind. Regelmäßig kommen Warnhinweise des Auswärtigen Amtes über verschiedene Staaten, in denen das möglich ist.“

Allzweckwaffe gegen Ärztemangel?

Zu Zeiten, in denen in zahlreichen Regionen Deutschlands Praxen leer stehen und Krankenhäuser unter dem Mangel an Ärzten leiden, fragt sich natürlich, ob man es ausländischen Ärzten nicht leichter machen könnte, hier zu arbeiten. Die Bundesärztekammer rechnete in einer aktuellen Studie vor, dass bis zum Jahr 2008 in der Patientenversorgung bundesweit 18.000 ausgebildete Ärzte fehlen werden. Einheimische Nach-

Wo gibt es die Berufserlaubnis?

Die Berufserlaubnis erteilt das Landesamt für Gesundheit und Soziales, Referat III a, Fehrbelliner Platz 1, 10707 Berlin, Tel. 030/ 9012-0.

Sprechzeiten: Dienstag, Freitag 9 bis 12 Uhr, Donnerstag 15 bis 18 Uhr Oder nach telefonischer Vereinbarung

Sachbearbeiter für die Themen Approbation/Studienabschluss im Ausland sind:

A - E	Frau Kempin	Tel. 9012-5155
F - R	Frau Storch	Tel. 9012-5157
S - Z	Frau Rothe	Tel. 9012-5158

Stand: 2/2004

wuchsmediziner kehren ihrem Beruf zunehmend den Rücken, weil sie unter den hiesigen Bedingungen nicht mehr arbeiten wollen. Klaus Sommerfeld bestätigt, dass mittlerweile viele Kliniken sehr gern auf ausländische Ärzte zurückgreifen würden: Diese akzeptierten Dienstplangestaltungen, die heute kaum noch einem deutschen Assistenzarzt oder Arzt abzuverlangen wären.

Es fragt sich natürlich, warum ausländischen Kollegen unmenschliche und ausbeuterische Arbeitsbedingungen zugemutet werden sollen, die andere schon längst nicht mehr akzeptieren. Zudem ist nicht sicher, ob alle klaffenden Lücken mit ausländischen Ärzten gefüllt werden können.

Stichwort: Hausärztliche Versorgung auf dem Lande. So müht sich Berlins Nachbarland Brandenburg seit Jahren schon, Berliner Allgemeinmediziner für die Übernahme freierwerdender Hausarztpraxen in der Fläche zu begeistern. Ausländische Kollegen kämen hier nur in Frage, wenn sie einerseits den Sprung in die Selbstständigkeit wagen würden – was sicher nicht alle von ihnen können und wollen - und andererseits wirklich über hervorragende deutsche Sprachkenntnisse verfügen. Die immer noch bestehende Fremdenfeindlichkeit der Bevölkerung in vielen ländlichen Regionen ist sicherlich ein weiterer Grund dafür, dass dieses Arbeitsmarktsegment voraussichtlich nur für wenige ausländische Kollegen in Frage kommt.

Dies alles zeigt: Unkompliziertere Zugänge für ausländische Ärzte sind und bleiben ein Abwägungsproblem. Auf der einen Seite muss die ärztliche Versorgung der Bevölkerung gesichert sein. In diesem Sinne wären schnellere Eingliederungsmaßnahmen wünschenswert. Auf der anderen Seite steht der Schutz des Patienten, der mit Recht erwartet, dass das know-how seines Arztes den in der Bundesrepublik geltenden Standards entspricht.

Dr. med. Antje Müller-Schubert
(Medizinjournalistin)

Ausländische Ärzte in Berlin

	gesamt	Kranken- häuser	Nieder- gelassen	sonstige Bereiche	nicht ärzt- lich tätig
Belgien	4	3	1	0	0
Dänemark	2	2	0	0	0
Finnland	9	3	0	2	4
Frankreich	22	8	9	0	5
Griechenland	76	29	18	4	25
Großbritannien	15	7	4	2	2
Italien	28	14	5	1	8
Luxemburg	4	2	0	1	1
Niederlande	18	7	4	3	4
Österreich	60	35	11	3	11
Portugal	2	1	0	0	1
Schweden	10	2	1	2	5
Spanien	18	7	3	2	6
Europäische Union	268	120	56	20	72
Bulgarien	27	9	5	1	12
Jugoslawien	13	5	1	1	6
Kroatien	3	2	0	0	1
Lettland	1	0	0	0	1
Moldau (Moldawien)	1	1	0	0	0
Norwegen	2	0	1	0	0
Polen	24	14	0	4	6
Rumänien	9	2	1	1	5
Russland	51	10	1	9	31
Schweiz	15	8	1	4	2
Slowakei	2	2	0	0	0
Sowjetunion	26	8	7	0	11
Tschechische Republik	3	2	0	0	1
Tschechoslowakei	4	2	1	0	1
Türkei	36	20	2	1	13
Ukraine	22	8	0	5	9
Ungarn	9	7	1	0	1
Zypern	2	2	0	0	0
Summe übriges Europa	250	102	21	26	101
Afrika gesamt	34	16	4	4	10
Kanada und USA	24	6	3	6	9
Mittelamerika	6	3	0	0	3
Südamerika	26	15	0	3	8
Asien und arabische Staaten	170	74	25	12	59
darunter:					
<i>Iran</i>	52	8	14	5	25
<i>China</i>	15	12	0	1	2
<i>Israel</i>	9	5	1	0	3
<i>Syrien</i>	14	9	0	0	5
Sonstige insgesamt	14	3	3	1	7
Ausland gesamt	792	339	112	72	269

Stand 31.12.2003

„Wir haben da unsere Drähte“

Die Weiterbildungsausschüsse der Kammer prüfen die Gleichwertigkeit im Ausland erworbener Qualifikationen. Wie machen sie das? Sybille Golkowski sprach mit dem Orthopäden Dr. med. Klaus Thierse. Er ist Vorsitzender des Gemeinsamen Weiterbildungsausschusses in der Ärztekammer Berlin.

Herr Dr. Thierse, hat sich das Interesse ausländischer Ärzte am Arbeitsmarkt Berlin in den letzten Jahren verändert? Und gibt es hier Länder-Trends?

Nein, quantitativ nicht wesentlich. Ich habe aber den Eindruck, dass es innerhalb der Herkunftsstaaten eine leichte Verschiebung gegeben hat. Früher kam die größte Gruppe ausländischer Ärzte aus den arabischen Staaten. Das waren häufig Stipendiaten, die einen Teil ihrer Weiterbildung in Deutschland absolvieren oder noch etwas Spezielles lernen wollten, um dann wieder in ihre Heimat zurückzukehren. Diese Ärzte gibt es immer noch, aber seit Beginn der 90er Jahre liegen Russland und die GUS-Nachfolgestaaten vorn. Hier haben wir es in der Regel mit Ärzten, teilweise schon Fachärzten, zu tun, die dauerhaft in Deutschland bleiben wollen. Manchmal hapert es am Anfang noch mit den Sprachkenntnissen, aber das kann im Anpassungsjahr recht schnell aufgeholt werden.

Wenn Ärzte aus dem Ausland kommen, müssen die Weiterbildungsausschüsse der Kammer die Gleichwertigkeit der Abschlüsse beurteilen. Wie gehen Sie da vor?

Bei EU-Ausländern ist das relativ unproblematisch, denn für alle Staaten gibt es Gleichwertigkeitskataloge, aus denen hervorgeht, welcher Abschluss welcher Gebietsbezeichnung in Deutschland entspricht. Fast alle Abschlüsse werden in der EU als gleichwertig anerkannt. Wurde die Facharztweiterbildung im Ausland noch nicht abgeschlossen, so müssen alle Zeug-

nisse hier in deutscher Sprache vorgelegt werden. Wir schauen, ob noch etwas fehlt und am Ende muss eine Prüfung absolviert werden.



Foto: Plotter

Bei Kollegen aus Nicht-EU-Staaten läuft das anders. Wir sehen uns die ins Deutsche übersetzten Zeugnisse und Tätigkeitsnachweise an. Diese sollten möglichst detailliert sein. Das heißt, darin sollte auch die Klinik und die Abteilung in Größe und Spektrum beschrieben werden. Es muss klar sein, welche Behandlungen dort durchgeführt wurden, welchen Umfang die Befugnis des dortigen Weiterbilders hatte und was der Betreffende im einzelnen getan hat. Fehlt uns etwas, fordern wir Unterlagen nach.

Glauben Sie denn alles, was in den Zeugnissen steht?

Natürlich wissen wir, dass Papier geldig ist. Wenn uns Zweifel kommen, lassen wir unsere „Drähte“ spielen. In den Weiterbildungsausschüssen sitzt ein breites Spektrum von Fachleuten. Die wissen, wen sie anrufen müssen, um sich über ein Krankenhaus zu erkundigen. Vergessen Sie nicht, Berlin ist eine Uni-Stadt mit internationalen Kontakten. Die hiesigen Weiterbilder kennen natürlich viele Kollegen in den USA, in Russland, in Osteuropa und sonstwo. Über sie erkundigen wir uns bei unseren Fachkollegen im Ausland, ob ein Zeugnis plausibel ist.

USA, Russland... wie sieht das denn bei afrikanischen Staaten aus?

Da funktioniert das genauso. In Afrika gibt es nicht so viele große Kliniken, die Szene ist überschaubar. Wir haben viele Kollegen, die im Entwicklungsdienst tätig waren. Die haben oft sehr gute Kenntnisse der Klinikstrukturen in den betreffenden Ländern. Auch über diese Kontakte wissen wir dann, wen wir im Zweifelsfall vor Ort anrufen müssen, um herauszubekommen, ob ein Zeugnis plausibel ist.

Und wenn keine Kontakte existieren?

Dann gibt es immer noch das Auslandsreferat der Bundesärztekammer, das gezielt Länder-Informationen vorhält.

Was ist, wenn anhand der Zeugnisse fachliche Lücken festgestellt werden?

In diesem Fall fordern wir Weiterbildungsabschnitte nach. Da Nicht-EU-Ausländer sowieso ein ganzjähriges Anpassungsjahr absolvieren müssen, empfehlen wir ihnen, bereits vorher abklären zu lassen, ob noch etwas fehlt. Dann können gezielt bestimmte Kliniken ausgesucht werden, in denen dieser Weiterbildungsabschnitt angeboten wird. ■

Wie abhängig ist die medizinische Wissenschaft?

Die Unabhängigkeit der medizinischen Wissenschaft ist durch Ökonomisierung bedroht, und zwar von zwei Seiten: von einer umsatzorientierten Industrie und vom Staat, der womöglich die Rationierung medizinischer Leistungen wissenschaftlich legitimieren oder den „Standort Deutschland“ sichern will.

Welche wissenschaftsfremden Einflüsse auf die medizinische Forschung und die Ärzteschaft einwirken, analysierte Bruno Müller-Oerlinghausen, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, in einem lebhaft diskutierten Vortrag vor der Berliner Medizinischen Gesellschaft. Daraus hier ein paar Highlights:

Die Hochschulforschung macht sich zunehmend abhängig von den Geldern der Wirtschaft. Die Universitätsverwaltungen üben Druck auf die Wissenschaftler aus, sich um industrielle Sponsorenmittel zu bemühen. In den USA hat sich deren Anteil an den Mitteln für die medizinische Forschung binnen 20 Jahren von einem auf zwei Drittel erhöht. Die damit verbundenen Probleme werden in den renommierten angelsächsischen Fachzeitschriften breit diskutiert, bei uns aber meist noch totgeschwiegen oder nicht einmal erkannt.

Aber auch die staatliche Forschungsförderung sieht Müller-Oerlinghausen mit kritischen Augen: Ist das Übergewicht der molekularbiologisch-genetischen Forschung, von der vorerst kein Patient profitiert, mit wirtschaftlichen Interessen („Standort Deutschland“) zu erklären? Und bedient sich die Gesundheitspolitik vielleicht der evidenzbasierten Medizin, um Rationierung im Gesundheitswesen durchzusetzen?

Wenn junge Mediziner ihre Assistentenstellen der von der Industrie finanzierten Auftragsforschung verdanken oder wenn ärztliche Meinungsführer lukrative Beraterverträge mit Pharmafirmen haben: Wäre es nicht naiv zu glauben, daraus entstünde keine

bewusste oder oft auch unbewusste emotionale Bindung an die Firma? Beeinflusst diese dann zum Beispiel die Interpretation von Forschungsergebnissen, muss das noch nichts mit Korruption zu tun haben, betonte Müller-Oerlinghausen. Aber was sich hier in einer ausgedehnten Grauzone des Medizinbetriebs abspielt, kann die Bewertung von Mitteln und Methoden so verzerren, dass die adäquate Versorgung der Patienten darunter leidet.

Verschiedene ausländische Studien haben deutliche Korrelationen zwischen positiver Beurteilung eines Medikaments und Sponsoring durch den Hersteller aufgezeigt. An das Ergebnis der bekanntesten dieser Studien erinnert Müller-Oerlinghausen: Von den Autoren, die Calciumantagonisten kritisch sahen, hatten 37 Prozent finanzielle Verbindungen zu deren Herstellern; Wissenschaftler mit neutraler Einstellung zu den Substanzen hatten

zu 60 Prozent solche Beziehungen; und von jenen, die sich für deren Anwendung etwa in der Hochdrucktherapie aussprachen, waren es 97 Prozent. (New Engl. Journ. of med. Bd. 338, 1998, S. 101-106).

Elf verschiedene Untersuchungen kamen zum immer gleichen Ergebnis: Industriegesponserte Studien gleich welcher Art hatten häufiger günstige Resultate für das geprüfte Arzneimittel als Studien ohne Herstellereinfluss. Ein positives Ergebnis lässt sich bereits per Studienplanung programmieren: Bei der Hälfte von 50 gesponserten kontrollierten Vergleichsuntersuchungen nichtsteroidaler Antiphlogistica hatte man für die Testsubstanz eine relativ höhere Dosis als für die Vergleichssubstanz gewählt, wie Müller-Oerlinghausen berichtete. Wenn doch einmal eine Studie zu einem nachteiligen Ergebnis für die Testsubstanz kommt, verwehrt der Sponsor den Wissenschaftlern häufig die Publikation.

„Ergebnisse von Studien müssen publiziert werden, egal, was herausgekommen ist und ob es dem Hersteller gefällt oder nicht“, forderte Müller-Oerlinghausen. Das ist man schon den Patienten schuldig, die sich dafür zur Verfügung stellten. Eine zentrale Stelle sollte alle laufenden Studien registrieren, meinte er. Das neue Arzneimittelrecht der Europäischen Union sieht das auch vor. Transparenz allein genügt

zwar nicht, aber in Europa hat sich noch nicht einmal das allgemein durchgesetzt, was in den USA üblich ist: dass in Publikationen oder bei Vorträgen die verdeckten Abhängigkeiten und möglichen Interessenkonflikte offengelegt, also die Kontakte des Forschers zur Industrie genannt werden. Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft fordert dies von ihren Mitgliedern jetzt gleichfalls. „Wir haben

kompetente Mitglieder, die keinen Beratervertrag haben und keinen wollen“, sagte der Vorsitzende der Arzneimittelkommission.

Es geht ihm um Glaubwürdigkeit – nicht nur die der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft mit ihren strikt um Unabhängigkeit bemühen Publikationen, sondern um die Glaubwürdigkeit der medizinischen Wissenschaft und der Ärzte, die in

Gefahr ist: „Wir stehen mit dem Rücken zur Wand!“ Später in der Diskussion sagte eine Kinderärztin, die „den tabuisierten Einfluss der Milchindustrie“ auf ihr Fach beklagte: „Es geht nicht nur um Glaubwürdigkeit, sondern auch um Wahrheit! Wenigstens eine Vision von Unabhängigkeit sollten wir noch haben...“

Rosemarie Stein

P E R S O N A L I E N

Horst John ist verstorben

Am 25. Dezember 2003 verstarb in Berlin nach kurzer, schwerer Krankheit OMR Dr. Dr. habil. Horst John. Der Internist leitete bis 1991 die Zentralstelle für das Ärztliche Begutachtungswesen beim Medizinischen Dienst des Verkehrswesens der DDR (MDV).

Am 6.3.1929 in Halle geboren, legte Horst John im Sommer 1946 in Berlin sein Abitur ab. Ehe es hier zur Aufnahme eines Hochschulstudiums kam, wurde die gesamte Familie im Oktober 1946 wegen herausragender technischer Entwicklungsleistungen des Vaters in einer Nacht-und-Nebelaktion aus Berlin-Staaken in die Sowjetunion nach Leningrad verbracht. Hier erlernte Horst John in Windeseile die russische Sprache, um dann ein Biologiestudium zu beginnen, nachdem er zuvor nochmals die dort übliche Reifeprüfung abgelegt hatte. Mit einer Diplomarbeit über die Elektrophysiologie des Herzens schloss er 1953 erfolgreich das Biologiestudium ab, kurz vor der Rückkehr der Familie nach Deutschland.

1953-58 war er wissenschaftlicher Assistent am Physiologischen und Veterinärphysiologischen Institut der Humboldt-Universität Berlin. In dieser Zeit promovierte er auf dem Gebiet der Neurophysiologie zum Dr. rer. nat. und

schloss gleichzeitig das Studium der Humanmedizin ab.

1958 trat er als Assistenzarzt, später Stationsarzt, in die 1. Medizinische Klinik der Charité unter F.-H. Schulz ein. Von Anbeginn entwickelte sich hier eine enge Zusammenarbeit mit Prof. Volkheimer, aus der eine lebenslange Freundschaft erwachsen sollte. Folgerichtig promovierte John 1963 hier zum Dr. med. und habilitierte 1966 auf dem Gebiet der Gastroenterologie und Endokrinologie.

1966 wechselte Horst John zum MDV und profilierte sich sehr schnell zum richtunggebenden klinischen Verkehrsmediziner. Unter seiner Mitwirkung entstand eine ärztliche Richtlinie, in der alle verkehrsmedizinisch relevanten Diagnosen nach ihrem Schweregrad klassifiziert wurden. In Verbindung mit den später erstellten Anforderungen und Belastungen aller Verkehrsberufe wurde eine Tauglichkeitsbeurteilung von Fahrzeugführern aller Art entwickelt. Damit hatte John die später von ihm geführte Zentralstelle für das ärztliche Begutachtungswesen beim MDV, die er bis zu seinem Eintritt in den Ruhestand am 1.1.1991 leitete, auf eine solide Basis gestellt. Hier gelang ihm stets, auch unter Mithilfe seiner kom-



Foto: privat

missionsärztlichen Mitarbeiter, bei denen seine Fachkompetenz und sein menschliches Einfühlungsvermögen hoch geschätzt waren, eine Tauglichkeitsbeurteilung, die jedweden Revisionsbegehren stand hielt.

Von ihm gestaltete Lehrgänge an der Akademie für Ärztliche Fortbildung für die Beurteilung zum Führen von Kraftfahrzeugen und anderer verkehrsmedizinischer Probleme waren stets Belehrung und Genuss. Aus dem Teilnehmerkreis manchmal aufgeworfene heikle Fragen wusste er stets mit einem salomonischen Urteil zu klären.

Diejenigen, die mit ihrem „Sir John“ ein Stück beruflichen Weges gehen durften, sagen ihm nochmals Dank.

Dr. med. Klaus Mannchen

Zum Tode von Susanne von Bülzingslöwen

Im Alter von 46 Jahren starb nach schwerer Krankheit am 25.12.2003 die niedergelassene Diabetologin Dr. med. Susanne von Bülzingslöwen. Die engagierte Ärztin war Medizinerin mit Leib und Seele. Aktiv beteiligte sie sich in der Diabeteskommission der KV Berlin und im Arbeitskreis Diabetes der niedergelassenen Ärzte in Berlin, dessen Sprecherin sie längere Zeit war. Politisches Engagement entwickelte sich bei der jungen Ärztin früh; so saß sie nach der Wende für das Neue Forum am Ostberliner Runden Tisch Gesundheit.

Geboren ist Susanne von Bülzingslöwen am 27. Juni 1957 in Treffurt, den größten Teil ihrer Kindheit und Jugend verbrachte sie in Werningerode. Anfang der 70er Jahre wechselte sie noch als Schülerin vom Harz nach Berlin und entschied sich postwendend nach dem Abitur für

das Medizinstudium. Das absolvierte sie in Ungarn an der Universität Pecs. Die dort herrschende ärztliche Philosophie prägte die angehende Internistin stark. Eine solide Diagnostik und der Wunsch, den Patienten als ganzen Menschen mit sozialem Hintergrund wahrzunehmen wurden in Pecs groß geschrieben. In ihrer späteren Berufslaufbahn hat Susanne von Bülzingslöwen stets in diesem Geiste agiert.

Sie war streitbar, allerdings nie zum Selbstzweck, sondern immer mit Blick auf die Sache. Nach ihrem Studium kehrte sie nach Deutschland zurück und wurde Assistenzärztin und später Stationsärztin am St. Hedwigs-Krankenhaus Berlin-Mitte. Hier kam sie erstmals auch mit der Diabetologie in Kontakt. 1992, drei Jahre nach der Wende, gründete sie zusammen mit einer Kollegin eine Gemeinschaftspraxis. Im Herbst 2003 –



Foto: privat

zum Praxisumzug in das Praxiszentrum Schönhauser Allee – ließ sie es sich nicht nehmen, noch an der Feier zur Praxiseröffnung teilzunehmen.

Bei all dem schöpfte Susanne von Bülzingslöwen bis zuletzt Kraft bei ihrer Familie. Eine große Freude war für sie ihre kleine, 1995 geborene Tochter Sophia.

Wir alle vermissen sie sehr.

Manfred Stündel

Rote Hand-Brief zu Anwendungseinschränkungen bei der Prophylaxe der Osteoporose mit Hormonen

Die Gabe von Hormonen zur Prophylaxe der Osteoporose ist nur noch bei Frauen mit hohen Osteoporose-Risiken vertretbar, die andere Therapien nicht vertragen oder nicht anwenden dürfen.

Die Anwendungseinschränkungen gelten für alle Hormonpräparate mit Östrogen bzw. Kombinationspräparate mit Östrogen und Gestagen, die zur Osteoporoseprophylaxe zugelassen sind. Die pharmazeutischen Hersteller

haben hierzu am 9.12.2003 einen Rote Hand-Brief herausgegeben, den behandelnde Ärzte bitte künftig beachten wollen.

Der Rote Hand Brief fußt auf Ergebnissen des wissenschaftlichen Ausschusses der Europäischen Arzneimittelagentur, die im November die Gabe von Hormonen zur Therapie und Prophylaxe der Osteoporose negativ bewertet hat. Das BfArM hat daraufhin nach Abschluss

eines Stufenplanverfahrens die Änderung der entsprechenden Abschnitte in den Fach- und Gebrauchsinformationen angeordnet.

Weitere Informationen zur Hormontherapie im Klimakterium und zur Therapie der Osteoporose sind unter den Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft unter www.akdae.de zu finden.



Foto: Loy

Brigitte Fleischer-Peter

Flugerfahren und hochseetüchtig

Auf allen fünf Kontinenten war sie schon, plus Antarktis. Unterwegssein als Lebensform. Brigitte Fleischer-Peter bewegt sich gern fort, wechselt die Orte und die Menschen. Und die Patienten. Das macht ihr nichts aus. Die dunklen, eigenwillig davonstrebenden Haare, der klare Blick, die schmalen Lachfalten fordern Sympathie ein. Und signalisieren Neugier. „Ich wollte alles kennenlernen, früher. Das war mein Anspruch.“

Schiffsärzte sind Abenteurer und manchmal auch Helden. Sie müssen anpacken können und dürfen nicht zimperlich sein. Brigitte Fleischer-Peter erfüllt dieses Berufsprofil. Sie war viele Jahre als Notärztin unterwegs, arbeitete als Chirurgin, als Kardiologin, mal in der Suchtmedizin, mal in der Psychiatrie. Lakonisch-sarkastisch fasst sie ihre Krankenhaus-Karriere zusammen: „Habe ich elf Jahre gemacht – schrecklich, ja.“ Schon Papa, auch Arzt, war nicht sehr sesshaft. Von Berlin ging er nach Fehrbellin, von dort weiter nach Forst. „Mit sechs Jahren war ich schon dreimal umgezogen. Damals wollte ich entweder Dompteuse für Tiger und Löwen oder Chirurgin werden.“

Von Forst nach Berlin, weiter nach Herford, dann nach Bielefeld, weiter nach Ludwigshafen. „Inzwischen war ich zwölf Jahre alt. Am Ende meiner Schulzeit hatte ich

12 Schulen hinter mir.“ Dass sie mal gejamert hätte, wegen der vielen Umzieherei, daran kann sie sich nicht erinnern. Sie war früh selbständig. Und sie war es gern. Chemie, Physik, Mathe und Kunst konnte sie gut. Aber vor allem Sport. Sie sagt mit Ruhrpott-Slang: „Speat“. Die Schule, das war zuletzt das Luisenstift in Berlin. Nebenbei ging Brigitte Fleischer-Peter auf die Demos des SDS. „Ich war ein großer Fan von Dutschke.“ Tiefere Spuren hinterließ diese Zeit aber nicht. „Es war ganz schick, glaube ich. Man machte da eben mit.“ In Münster will sie Medizin studieren, muss aber wegen des NC in die Warteschleife und treibt ersatzweise Sport.

Als sie loslegen darf, studiert sie in größtmöglicher Geschwindigkeit, zuerst in Köln, dann in Berlin. „Ich war ein fleißiger Mensch.“ Schon des Geldes wegen. Davon gab es früher nicht viel zuhause, also arbeitete sie in den Ferien mal in der Keksfabrik (für 2 Mark 73 die Stunde), mal bei der Post (der Filialchef war Patient beim Vater). Sie trug Briefe und Geld aus, bis zu 10 000 Mark. Da war sie gerade 16. Wenn sie heute drüber nachdenkt, wird ihr ganz schwindlig. Nach dem Facharzt für Inneres bekommt sie – nach einigen Umwegen – einen Job am Krankenhaus Neukölln. Sie wird „der große Intensivfreak“, eine Apologetin der Apparatemedizin. „Alles blinkte, es wurde gar nicht mehr gesprochen, ich hatte alles im Griff.“ Heute kann sie darüber lachen. Auch zur Notarztzeit fallen ihr vor allem satirische Randbeobachtungen ein.

1990 bewirbt sie sich bei Hapag-Lloyd und wird 1. Schiffsärztin auf der „Europa“, mit drei Streifen auf dem Ärmel der weißen Uniformjacke. Und ab in die Karibik. Über ihr gibt es nur noch den Himmel und den Kapitän. Unterwegs Infarkte, Lungenödeme, Neurosen, gebrochene Beine und – recht häufig: Fußpilze. Nach drei Jahren will sie wieder aufs Land, zu ihrem Mann nach Bochum, aber die Professoren mauern. „Schiffsärzte gelten als Aussteiger“, sagt Brigitte Fleischer-Peter. Die stellt man nicht gerne ein, weil man doch nie weiß, wann sie wieder ausbrechen.

Also macht sie Praxisvertretungen. Zum Geldverdienen. „Und weil es ganz nett ist.“ Zwischendurch dient sie auf der Sea-Cloud, einer Dreimastbark zum Südseebummeln. Oder auf dem Forschungsschiff Polarstern, das vornehmlich die Antarktis aufsucht. Damit es nicht langweilig wird, macht sie einen Schein für Flugmedizin, holte kranke Urlauber aus der Ferne zurück. „Repatriierungsflüge“ nennt sich das. Alles reichlich riskant, weil man allein ist, völlig auf sich gestellt. Das gefällt ihr. Selbst diese zerfetzte Hand eines Matrosen auf der Polarstern hat sie nicht nachhaltig abgeschreckt. „Der musste sofort nach Europa geflogen werden. Transportzeit: Zehn Tage.“

Alles nochmal gutgegangen, bisher. Brigitte Fleischer-Peter ist ein Mensch, der sich selten nach innen wendet, um den zweifelnden Stimmen zu lauschen. Drinnen träfe sie ohnehin nur auf den vitalen Dr. Sportsgeist. „Stimmen? Was für Stimmen?“

Thomas Loy

In dieser Rubrik portraitiert 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

AUF EINEN BLICK: ANGST- UND ZWANGSSTÖRUNGEN

Neue Therapieempfehlungen

Die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft veröffentlicht etwa viermal im Jahr unabhängige Therapieempfehlungen zu den verbreitetsten Volkskrankheiten. Um sie in der Ärzteschaft noch bekannter zu machen, drucken wir die Kurzfassung immer kurz nach der Veröffentlichung in BERLINER ÄRZTE ab. Unter www.akdae.de (Kapitel: Therapieempfehlungen, Aktuelle Hefte) können Sie auf der Homepage der Arzneimittelkommission auch die Langversion der Empfehlungen herunterladen oder ein Abo bestellen. (Die Red.)

I. DIAGNOSTIK

ANAMNESE

Am Anfang der Diagnostik steht das **ärztliche Gespräch**. Die von Angstpatienten geschilderten **körperlichen Ausdrucksformen** der Angst, wie zum Beispiel Herzrasen, Engegefühl in der Brust, Luftnot, Schwindel, Parästhesien u. a., erfordern eine entsprechende Differenzialdiagnostik (Tabelle 1).

II. INDIKATION

Die jeweilige Indikationsstellung für psycho- und pharmakotherapeutische Maßnahmen muss für die einzelnen Angst- und Zwangserkrankungen unterschiedlich gewichtet werden und hängt vom objektiven Ausmaß der Symptome und den psychosozialen Konsequenzen (wie Einschränkung der Handlungs- und Bewegungsfreiheit, familiäre Probleme, sozialer Rückzug, Alkoholmissbrauch oder sekundäre Depressionen) ab.

III. THERAPIE

A. NICHTMEDIKAMENTÖSE THERAPIE

- Patienten mit Angststörungen brauchen in jedem Fall ausführliche stützende **Gespräche und emotionale Zuwendung**. Es empfiehlt sich eine **psychotherapeutische Behandlung**. Psychotherapie und medikamentöse Behandlung müssen bei der Behandlung der Angst- und Zwangsstörungen als gleichberechtigt angesehen werden.
- Für Methoden wie **autogenes Training, Hypnose** und **Biofeedback** fehlen die Belege der Wirksamkeit.

B. PHARMAKOTHERAPIE

- Bei chronisch verlaufenden oder therapieresistenten Fällen, bei Komorbidität mit anderen psychiatrischen Erkrankungen, Komedikation mit Psychopharmaka oder anderen Medikamenten, sekundärer Suchtproblematik und bei ausgeprägter Depression und Suizidalität ist es empfehlenswert, eine **Zweitmeinung** von einem in der Behandlung von Angst- und Zwangsstörungen erfahrenen Kollegen einzuholen.
- Angst- und Zwangsstörungen nehmen einen chronischen Verlauf. Phasen mit stark ausgeprägter Symptomatik können sich mit symptomarmen bzw. -freien Intervallen abwechseln. Spontanbesserungen sind möglich. In der Regel sollte die Pharmakotherapie über **12 Monate**, manchmal auch länger, durchgeführt werden. Bei der Verordnung von Benzodiazepinen sind im Regelfall 8-12 Wochen nicht zu überschreiten, weitere Hinweise s. ausführliche Therapieempfehlungen.

Eine Übersicht zu den in der Therapie von Angst- und Zwangsstörungen eingesetzten Wirkstoffen und deren bevorzugtem Einsatz vermitteln die Tabellen 2 und 3.

Der **Einsatz** von Neuroleptika bei Angststörungen muss kritisch gesehen werden. Für **Phytopharmaka** wie z. B. Johanniskraut-, Kava-Kava-, Baldrianpräparate sowie **homöopathische Zubereitungen** gibt es keine gesicherten, den anderen Wirkstoffgruppen, wie z. B. Antidepressiva oder Benzodiazepinen, vergleichbaren Wirksamkeitsnachweise.

Tabelle 1: Differenzialdiagnostisch bedeutsame Erkrankungen

Psychiatrische Erkrankungen

- Affektive Störungen (z. B. Depression)
- Anpassungsstörungen (z. B. posttraumatische Belastungsstörung)
- Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (»Borderline-Störung«)
- Psychosen (z. B. Schizophrenie)
- Organisch bedingte psychische Störungen (z. B. Alzheimer-Demenz)

Alkoholentzug

Störungen durch Substanzmissbrauch

(z. B. Ecstasy, Cannabis, LSD, Amphetamine)

Entzugssyndrome

(z. B. Opiat-, Benzodiazepinentzug)

Neurologische Erkrankungen

(z. B. Migräne, Multiple Sklerose, Epilepsie)

Internistische Erkrankungen

(z. B. koronare Herzerkrankung, Myokardinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Lungenembolie, Hypoglykämie, Hyperthyreose)

AUF EINEN BLICK: ANGST- UND ZWANGSSTÖRUNGEN

Tabelle 2: Wichtige unerwünschte Arzneimittelwirkungen, Wechselwirkungen und Kontraindikationen von Wirkstoffen zur Therapie von Angst- und Zwangsstörungen

	Wichtige unerwünschte Wirkungen	Wichtige Kontraindikationen bzw. Anwendungsbeschränkungen	Wichtige Wechselwirkungen
Antidepressiva NSMRI* z. B. Imipramin, Clomipramin	Anticholinerge Wirkungen (Mundtrockenheit, Sehstörungen, Harnverhaltung, Verstopfung, Verwirrtheit, Delir, Tremor), Gewichtszunahme, EKG-Veränderungen, Sexualstörungen, zerebrale Krampfanfälle, u. a.	AV-Leitungsstörungen II. und III. Grades, Schenkelblöcke, Tachyarrhythmien sowie QT-Zeit-Verlängerungen, Leber- und Nierenschäden, benigne Prostatahyperplasie (BPH), Epilepsie, Intoxikationen mit ZNS-dämpfenden Substanzen u. a.	<i>Chinidinähnliche Antiarrhythmika, anticholinerg wirkende Arzneimittel, enzyminduzierende Substanzen</i> (z. B. Carbamazepin, Pheno-barbital), <i>Antihypertonika</i> u. a.
SSRI z. B. Citalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin	Übelkeit, Erbrechen, Unruhe oder Angst in den ersten Behandlungstagen, Kopfschmerzen, Gewichtsabnahme, gestörte Sexualfunktion u. a.	Schwere Nierenfunktionsstörungen, Leberfunktionsstörungen, Epilepsie, Diabetes mellitus, Herz- oder Ateminsuffizienz, Intoxikationen mit ZNS-dämpfenden Substanzen u. a.	<i>ZNS-dämpfende Psychopharmaka, trizyklische Antidepressiva, Tryptophan, Diazepam, Lithium, Digoxin, Warfarin</i> u. a. <i>Irreversible MAO-Inhibitoren</i> 2 Wochen vor der Behandlung absetzen; nach einer SSRI-Behandlung <i>irreversiblen MAO-Inhibitor</i> frühestens nach 1-5 Wochen (je nach Präparat) einsetzen
SSNRI Venlafaxin	Übelkeit, Appetitlosigkeit, Schwäche, Kopfschmerzen, gastrointestinale Beschwerden, Schüttelfrost, Blutdruckanstieg, Vasodilatation, Herzklopfen, Erbrechen, Appetitzunahme, Obstipation, Diarrhoe, Gewichtszu- oder -abnahme, Agitation, Angst in den ersten Behandlungstagen, Schwindel, Schlafstörung, sexuelle Dysfunktion, Parästhesien, Tremor, Sedierung, Mundtrockenheit, Akkomodationsstörung, Schwitzen u.a.	Schwere Nierenfunktionsstörung, Leberfunktionsstörungen, Epilepsie, Diabetes, Herz- oder Ateminsuffizienz, vorausgegangener Herzinfarkt, Intoxikationen mit ZNS-dämpfenden Substanzen, Hypertonie, Manie u. a.	Klinische Erfahrungen begrenzt. <i>MAO-Hemmer</i> : potenziell bedrohliche Wechselw. möglich. Haloperidol: erhöhte Blutspiegel möglich; Clozapin: Blutspiegel erhöht, führt zu Nebenw. (z. B. Krampfanfälle). Risperidon: Bioverfügbarkeit erhöht, Warfarin: Zunahme der Blut gerinnungszeit. Cimetidin: Wirkungsverstärkung bzw. -verlängerung möglich
MAO-Hemmer reversibler MAO-A-Inhibitor Moclobemid	Unruhe, Schlafstörungen, Mundtrockenheit, Kopfschmerzen, Sedierung, Schwindel, gastrointestinale Beschwerden, Übelkeit u. a.	Schwere Lebererkrankungen u. a.	Pethidin, Dextromethorphan, Selegilin, <i>SSRI</i> , Clomipramin, Cimetidin, <i>Sympathikomimetika</i> u. a.
Benzodiazepine mittlere Wirkdauer: Alprazolam, Lorazepam, Bromazepam, Oxazepam lange Wirkdauer: Chlordiazepoxid, Clobazam, Diazepam, Dikaliumclorazepat, Nordazepam, Prazepam	Sedierung, Schwindel, Reaktionsverminderung mit Unfallgefahr, Gedächtnis-, Sprachstörungen, Ataxie, Muskelschwäche, Atemdepression, Suchtentwicklung, paradoxe Reaktionen bei hirnorganischer Vorschädigung u. a.	Medikamenten-, Drogen- oder Alkoholabhängigkeit, Myasthenia gravis, akutes Engwinkelglaukom u. a.	<i>ZNS-dämpfende Psychopharmaka, Muskelrelaxanzien, Cimetidin, Antihypertensiva</i> u. a.
5-HT_{1A}-Agonist Buspiron	Benommenheit, Übelkeit, Kopfschmerzen, Nervosität, Schwindelgefühl, Erregung u. a.	Schwere Leber- und Nierenfunktionsstörungen, akutes Engwinkelglaukom, Myasthenia gravis u. a.	<i>MAO-Inhibitoren</i> . Keine ausreichenden Erfahrungen zur gleichzeitigen Einnahme mit anderen ZNS-wirksamen Medikamenten, <i>Antihypertensiva, Antidiabetika, Antikoagulanzen, Kontrazeptiva, Herzglykoside</i> u. a.
Antihistaminikum Hydroxyzin	Müdigkeit, Schläfrigkeit, Schwindel, Benommenheit, Reaktionszeitverlängerung, Konzentrationsstörungen, Kopfschmerzen, vegetative Symptome, Allergie, cholestatischer Ikterus, Blutbildveränderungen u. a.	Überempfindlichkeit, Engwinkelglaukom, benigne Prostatahyperplasie (BPH), akute Intoxikationen	<i>MAO-Hemmer, ZNS-dämpfende Pharmaka, Phenytoin, Anticholinergika, Guanabenz, Clonidin, Alpha-Methylidopa</i>

* Nach einer traditionellen Nomenklatur, die auf die chemische Struktur statt auf den Wirkungsmechanismus abzielt, werden NSMRI auch »Trizyklika« genannt.

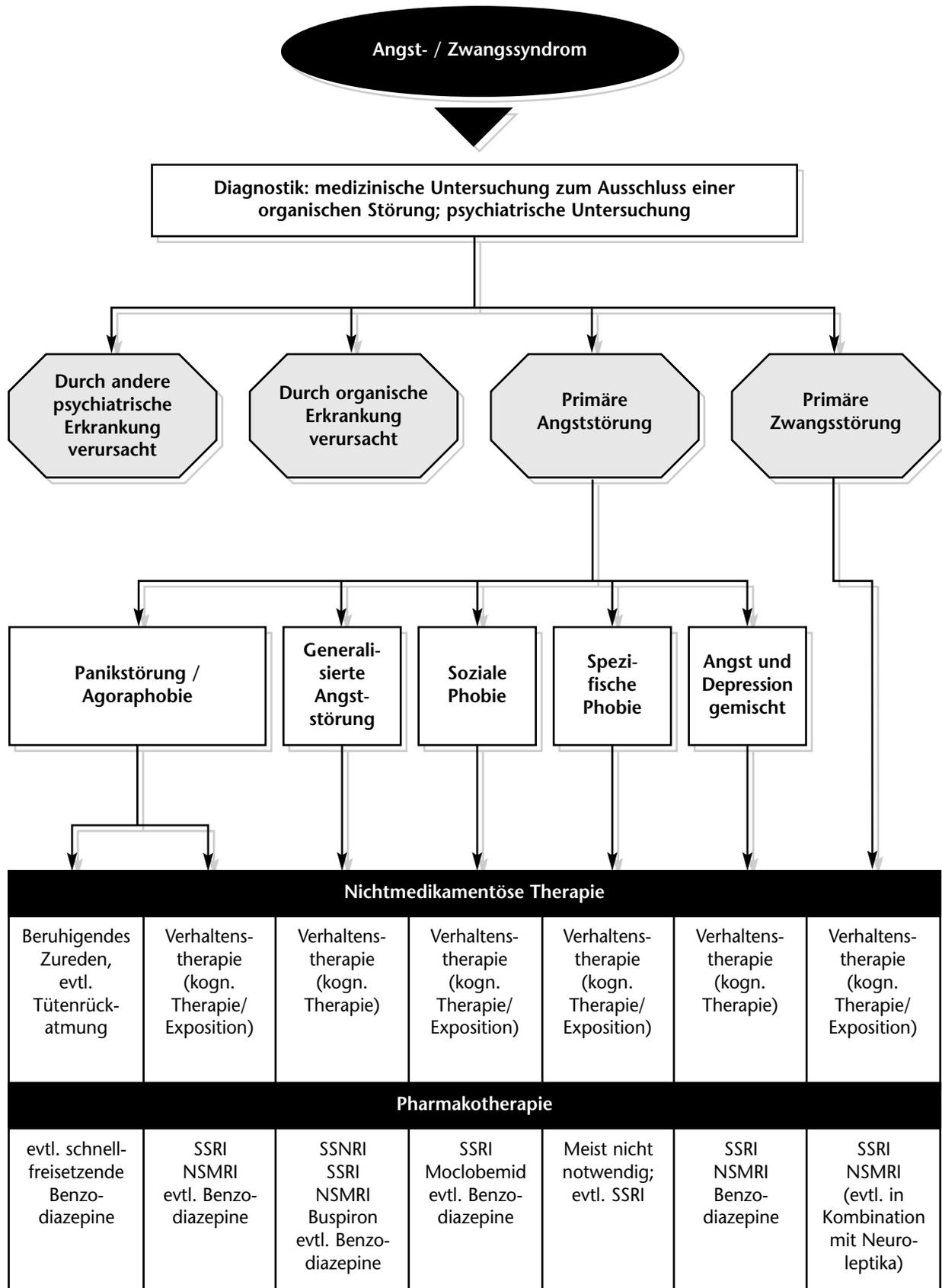
AUF EINEN BLICK: ANGST- UND ZWANGSSTÖRUNGEN

Tabelle 3: Vorschläge zur medikamentösen Behandlung von Angst- und Zwangsstörungen	
Diagnose	Behandlungsmöglichkeit
Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie	<p>Akutbehandlung: Versuch, den Patienten im Gespräch zu beruhigen; im Ausnahmefall schnellfreisetzende Benzodiazepin-Präparate wie z. B. Lorazepam-Sublingualplättchen 1-2,5 mg, ggf. Diazepam-Tropfen</p> <p>Dauerbehandlung: NSMRI, z. B. Clomipramin 75-200 mg/die oder Imipramin* 75-200 mg/die oder SSRI wie Paroxetin 20-60 mg/die, Citalopram 20-60 mg/die, Fluoxetin* 20-40 mg/die, Fluvoxamin* 100-300 mg/die oder Sertralin* 50-150 mg/die</p> <p><i>Wenn andere Behandlungsmöglichkeiten versagt haben oder zur Überbrückung:</i> Benzodiazepine, z. B. Alprazolam 0,75-8 mg/die Venlafaxin (Retardform) 75-225 mg/die</p>
Generalisierte Angststörung	<p>SSNRI Venlafaxin (Retardform) 75-225 mg/die; SSRI, z. B. Paroxetin 20-50 mg; NSMRI, z. B. Imipramin* 75-200 mg/die oder Buspiron* 15-60 mg/die</p> <p><i>Wenn andere Behandlungsmöglichkeiten versagt haben oder zur Überbrückung:</i> Benzodiazepine, z. B. Diazepam 5-15 mg/die Hydroxyzin* 37,5-75 mg/die Opipramol* 50-200 mg/die</p>
Soziale Phobie	<p>SSRI, z. B. Paroxetin 20-50 mg/die, Fluvoxamin* 100-300 mg/die oder Sertralin* 50-150 mg/die; Moclobemid 300-600 mg/die</p> <p><i>Wenn andere Behandlungsmöglichkeiten versagt haben oder zur Überbrückung:</i> Benzodiazepine, z. B. Alprazolam 0,75-8 mg/die</p>
Zwangsstörung	<p>Clomipramin 75-300 mg/die oder SSRI, z. B. Fluoxetin 20-80 mg/die, Fluvoxamin 100-300 mg/die, Paroxetin 40-60 mg/die, Citalopram* 20-60 mg/die oder Sertralin* 50-200 mg/die</p> <p><i>Wenn andere Behandlungsmöglichkeiten versagt haben oder zur Überbrückung:</i> Kombination eines SSRI mit Haloperidol* 1-6 mg/die oder Risperidon* 2-6 mg/die</p>
Angst und Depression gemischt	<p>SSRI / SSNRI / NSMRI</p> <p><i>Wenn andere Behandlungsmöglichkeiten versagt haben oder zur Überbrückung:</i> Benzodiazepine, z. B. Diazepam 5-15 mg/die</p>
* In Deutschland zum Zeitpunkt der Veröffentlichung nicht für diese Indikation zugelassen.	

Handlungsleitlinie Angst- und Zwangsstörungen aus Empfehlungen zur Therapie von Angst- und Zwangsstörungen
Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Arzneiverordnung in der Praxis, Sonderheft, 2. Auflage, Oktober 2003

AUF EINEN BLICK: ANGST- UND ZWANGSSTÖRUNGEN

Abbildung 1: Synopsis zur Diagnostik und Therapie der Angst- und Zwangsstörungen



„Man will doch wat fürs Herze ham“

Die Chanson-Nette aus der HNO-Praxis

Da steht' ne Kleene mit feuerrotem Stoppelkopp auf den Brettern, die die (Kleinkunst-)Welt bedeuten, und singt Chansons aus den Roaring Twenties – und wie! Genau die richtige Mischung von rotzfrech und sentimental: „O Mond, kieke man nich so doof, /wenn ick abends nach Hause loof...“ Sie trägt ein Kleines Schwarzes mit angekraustem Röckchen und Rosentuff am Ausschnitt. Man nur'n Heemeken, aber die hat's in sich. Friedrich Hollaender, Rudolf Nelson, Kurt Tucholsky und die andern hätten ihre Freude dran, wie sie die fast vergessenen Lieder wiederbelebt.

Sie spielt die Berliner Jöre nicht, sie ist eine, wie sie da ihre Puppe im Arm hält (selber Puppchen) und als „Mignon vom Kiez“ ihrer „Sehnsucht nach wat Schönem“ Ausdruck gibt: „Man will doch wat fürs Herze ham“. Die Chanson-Nette (eigentlich Jeanette Urzendowsky) ist noch ein Geheimtipp. Aber ihre Abende sind immer ausverkauft und die Leute sind hin und weg. Bald werden vielleicht die Kongressveranstalter nach ihr Schlange stehen, fürs Rahmenprogramm; ausgenommen die Schönheitschirurgen: „Ich lasse keen'n Dokter ran an meine Brust/Wejen Emil seine unanständige Lust!“

Ihr Programm heißt „Mensch Puppchen – Chansons und Geschichten von Mädchen und Frauen im Berlin der 20er Jahre“. Den Roten Faden spannt sie zusammen mit dem Schauspieler Bernd Ludwig, der zwischen den (von Angela Stoll am Klavier begleiteten) Liedern wunderbar dazu passende Texte von Erich Kästner und Irmgard Keun vorträgt.

Nach der Pause ist die Jöre erwachsen geworden. Mit blau blitzenden Augen, einer Mimik zwischen Lachen und Weinen, zwischen authentisch berlinernder Kodderschmauze und Kussmund ist sie die in Konventionen eingeschweißte

Gattin mit Ausbruchsehnsucht oder auch der Möchtegern-Vamp – und zum Schluss dann die Verlassene: „Wer hat die Puppe 'put gemacht?“

Im Jahr des Mauerbaus in Friedrichshain geboren, wuchs Jeanette mit vier Geschwistern in einer „medizinischen“ Familie auf: Vater HNO-Arzt an der Charité, Mutter Anästhesieschwester. Zugleich aber wurde sie musikalisch sozialisiert: Schon mit acht fiel ihre Stimme auf, sie sang im Rundfunk-Kinderchor und erhielt in der musikbetonten Händeloberschule eine solide musikalische Grundausbildung. Ihr Ziel, die Oper, war aber unerreichbar, dazu fehlte dem Antityp einer Wagner-Walküre Stimmvolumen und Resonanz-Körper.

So trat sie in die fachlichen Fußstapfen des Vaters und ließ sich nach Medizinstudium und Weiterbildung 1993 als HNO-Ärztin nieder. Um dem Patienten als Person gerecht zu werden (Tinnitus! Hörsturz!), erwarb sie auch noch die Zusatzbezeichnung Psychotherapie. Die Neuköllner Praxis florierte trotz des wenig attraktiven Umfelds von Anfang an. Aber wegen zahlreicher Allergiker (Desensibilisierung) und Kinder (Logopädie-Verordnung) unter ihren Patienten kostet die Regressabwehr viel Zeit, Kraft und Nerven. Wie viele Kollegen leidet sie darunter, den Patienten nicht mehr alles zukommen lassen zu können, was sie brauchen. „Eid des Hippokrates, Patient im Mittelpunkt und so – könne doch alles in die Tonne treten!“

Dann wurde die Ärztin selbst schwer krank: Myocarditis. Da war ihre Tochter gerade acht Monate alt. Zum Glück konnte ihr Mann Erziehungsurlaub



Foto: Rückeis

nehmen. Ein Jahr lang hatte sie zu Hause Zeit zum Nachdenken und beschloss, sich allmählich von der Medizin abzunabeln. Schauspiel-, Gesang- und Tanzunterricht hatte sie nebenbei schon seit Anfang der 90er Jahre genommen. Im Mai 2003 trat sie zum ersten Mal öffentlich auf, und nun immer öfter. Noch führt sie ein anstrengendes berufliches Doppelleben zwischen Medizin und Musik. Aber sie kann ihre Patienten nicht einfach im Stich lassen und sucht jetzt jemanden, der die Praxis übernimmt. Und dann will die Chanson-Nette nur noch singen.

Rosemarie Stein

Nächste Auftritte der Chanson-Nette:
8.3., 19 Uhr im Künstlerklub „Die Möwe“
im Palais am Festungsgraben,
Karten-Tel. 20 43 789.

28.3., 19 Uhr und 9.4., 20 Uhr im Café
BilderBuch, Akazienstr. 28 (Schöneberg),
Tel. 78706057.

26.3. und 3.4., 21 Uhr in der Kleinen
Nachtrevue, Kurfürstenstr. 116 (Nähe Zoo),
Tel. 218 89 50.

Weitere Informationen:

www.chanson-nette.de und Tel. 427 26 40.