

## Gut gemeinte Hilfe muss effektiv sein



Foto: privat

Allgegenwärtig sind in den letzten Wochen die Nachrichten und Bilder über das Seebeben in Asien und dessen verheerende Folgen. Die unvorstellbar hohen Zahlen der Opfer und die unwahrscheinliche Gewalt der Zerstörung erfüllen einen mit tiefer Demut. Viele von uns haben die betroffenen Regionen als Touristen schon bereist und stellen sich nun automatisch vor, wie es jeden von uns im Urlaub hätte treffen können. Nicht wenige haben Angehörige oder Freunde verloren oder vermissen sie noch. Die Hilfsbereitschaft der Menschen ist groß, große Spendenbeträge sind in den letzten Wochen bei den Hilfsorganisationen eingegangen.

Viele von uns Ärzten reagieren auch mit dem Impuls, vor Ort helfen zu wollen, die eigenen ärztlichen Fähigkeiten für die Menschen in Not einzusetzen. Einige packten einfach ihre Sachen und reisten in das Katastrophengebiet, um ihre Fähigkeiten anzubieten. Die Telefone bei den Hilfsorganisationen aber auch bei der Ärztekammer liefen heiß, weil sich Ärzte meldeten, die helfen wollen. Die Reaktionen der Hilfsorganisationen auf diese Angebote waren freundlich aber verhalten. Zu präsent sind die Erfahrungen mit gut gemeinten aber ungenügend koordinierten und mit unerfahrenen Kräften ausgestatteten Hilfsaktionen, wie etwa durch die Organisation CARE Deutschland in Ruanda 1994. In der

### Dr. med. Matthias Albrecht

*... ist Vorstandsmitglied der Ärztekammer Berlin und mb-Vorsitzender für Berlin und Brandenburg*

jetzigen akuten Katastrophensituation greifen Organisationen wie ‚Ärzte ohne Grenzen‘ oder ‚Ärzte der Welt‘ lieber auf Mitarbeiter zurück, die bereits bei anderen Einsätzen Erfahrungen sammeln konnten und die sofort einsetzbar sind. Denn die Organisationen sind in einer Krisensituation darauf angewiesen, schnell und effektiv handeln zu können und dafür müssen die hilfsbereiten Interessenten bestimmte professionelle Voraussetzungen erfüllen, um sinnvoll eingesetzt werden zu können. Auch in der humanitären Hilfe hat sich in den letzten Jahren eine sinnvolle Professionalisierung vollzogen. Mögliche Mitarbeiter für Katastropheneinsätze werden durch Kurse und in Trainingscentern auf einen Einsatz vorbereitet und müssen unter anderem auch ihre Belastbarkeit und Teamfähigkeit unter Beweis stellen. Viele Hilfsorganisationen suchen kontinuierlich nach neuen Mitarbeitern für humanitäre Hilfseinsätze, als Interessent sollte man hier aber eine gewisse Vorlaufzeit vor dem ersten Einsatz einplanen. Außerdem sind oftmals längerfristige Einsätze notwendig, die man nicht in einem Jahresurlaub absolvieren kann.

Aber es gibt ja auch noch die kontinuierlich laufenden humanitären Hilfein-

sätze abseits der ganz akuten Krisensituationen, bei denen Ärzte ihre Einsätze gemäß ihren persönlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten im Rahmen einer Freistellung oder des Urlaubs planen und durchführen können. Organisationen, die so etwas durchführen, sind beispielsweise das ‚Komitee Ärzte für die dritte Welt‘ oder Spezialanbieter wie ‚Interplast‘, aber auch viele weitere Organisationen.

Der Impuls, als Arzt in einer Krisensituation über das Spenden von Geld hinaus helfen zu wollen, ist gut und richtig. Jeder, der einmal bei einem humanitären Einsatz dabei war, wird davon sein Leben lang zehren. Gerade die Einsätze bei Großkatastrophen oder in akuten Krisensituationen erfordern aber Vorbereitung und Koordination, damit die gut gemeinte Hilfe auch effektiv bei den Betroffenen ankommt. Ich persönlich bin erfreut über die Anteilnahme und die Hilfsbereitschaft unter den Kollegen und hoffe, dass sich hieraus über die akute Katastrophensituation hinaus nachhaltige Einsätze und Projekte in den mannigfaltigen Krisengebieten der Welt ergeben.

Ihr

Hinweise für Ärzte, die helfen wollen, finden Sie auf unserer Homepage [www.aerztekammer-berlin.de](http://www.aerztekammer-berlin.de)



TITELTHEMA .....

„ Mama, Papa – Arbeiten?!“

Über 40 % der deutschen Akademikerinnen Mitte dreißig sind kinderlos. Unter den Ärztinnen dürfte der Anteil noch höher liegen. Was Wunder! Unregelmäßige Arbeitszeiten, Doppelschichten und 6 Bereitschaftsdienste im Monat lassen sich nur schwer mit einem Familienleben vereinbaren.

Schon gar, wenn gleich beide Partner Ärzte sind. Doch was ist, wenn man es trotzdem versucht? Wir fragten begeisterte Ärzte und Eltern nach ihrer Strategie

Von Ulrike Hempel .....14



MEINUNG .....

**Gut gemeinte Hilfe muss effektiv sein**

Von Matthias Albrecht .....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell* .....6

**Lesung mit Robert Gernhardt** ...10

**Wer gewinnt den Zwist um „Sortis“-Preise?** .....12

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK....

**Neuerungen in der Arzthelferinnen-Ausbildung**

Damit Berlins Arzthelferinnen besser werden, hat die Kammer in den letzten zwei Jahren viel getan. Die praktische Ausbildung wurde intensiviert und auch die Prüfungen sind nun realitätsnäher. Von Jeanne Nicklas-Faust .....20

**Das klappt jetzt alles besser**

Qualitätsmanagement wird künftig auch

im ambulanten Bereich eine große Rolle spielen. Eine Berliner Praxisgemeinschaft berichtet von ihren Erfahrungen.

Von Nicole Lederer, Werner Rieker und Christine Kuch .....22

**Sexuelle Handlungen zwischen Arzt und Patient**

Von Martina Jaklin .....25

**Fürs Arzt-Leben lernen**

Der Berliner Reformstudiengang mit seinem problemorientierten Lernen, dem Einsatz von Simulationspatienten und der weitgehend selbstständigen Wissensaneignung in Gruppen macht Schule.

Von Rosemarie Stein .....26

**Buchbesprechung**

Simon: Der gute Arzt im Alltag

von Adelheid Müller-Lissner .....31

PERSONALIEN .....

**Zum 75. Geburtstag**

von Gertrud Gumlich .....28

**Bernd Janßen wird 85** .....28

**Frechheit siegt**

Ein Portrait der Berliner Ärztin

Gunda Leschber

Von Thomas Loy .....30

**Impressum** .....38

## Chefarztwechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



**Charité Campus Virchow** Prof. Dr. med. Felix Berger ist seit 1. Januar 2005 neuer Chefarzt der

Kinderkardiologien am Campus Virchow und am Deutschen Herzzentrum. Berger wechselte von der Universitätskinderklinik Zürich nach Berlin. Der frühere Stelleninhaber, Prof. Dr. med. Peter E. Lange, ist in den Ruhestand getreten.

**Schlosspark-Klinik** Zum 1. Januar 2005 wurde PD Dr. med. Klaus-Martin Kreusel Chefarzt der Abteilung für Augenheilkunde. Er löst in dieser Position Prof. Dr. med. Heinrich Bleckmann ab. Kreusel war zuvor Chefarzt für den Bereich „Erkrankungen des hinteren Augenabschnitts“ in der Augenklinik Berlin-Marzahn.

**HELIOS Klinikum Berlin Buch** Neuer Chefarzt der Augenklinik ist Dr. med. Jörn Kuchenbecker.

Der 38-jährige Ophthalmologe war bisher Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg und leitete dort die Abteilung für Ple- und Orthoptik. Sein Vorgänger, Dr. Dieter Erich Moeller, verabschiedete sich in den Ruhestand.

**HELIOS-Klinikum Emil-von-Behring** Dr. med. Friedrich-Wilhelm v. Hesler ist neuer Chefarzt der Klinik für Plastische-, Ästhetische-, Mamma- und Handchirurgie. Zuvor war er leitender Facharzt desselben Gebietes an der Schlosspark-Klinik. Er löst PD Dr. med. Jürgen Hußmann ab, der das Klinikum zum Jahresende verlassen hat.

**DRK Kliniken Berlin-Mitte** Seit dem 15.11.2004 betreiben die DRK Kliniken in eigener Trägerschaft ein „Medizinisches Versorgungszentrum an den DRK Kliniken Berlin/Mark-Brandenburg“. Das MVZ umfasst zur Zeit die Fachrichtungen Radiologie und Innere Medizin. Der Ärztliche Leiter der neuen Einrichtung ist Prof. Dr. med. Thomas Kersting, der zugleich auch Ärztlicher Direktor des gesamten Klinikunternehmens 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

## Neujahrsempfang abgesagt

Aus Solidarität mit den Opfern der Flutkatastrophe in Asien haben Bundesärztekammer, KBV, Ärztekammer Berlin und KV Berlin ihren traditionellen gemeinsamen Neujahrsempfang abgesagt.

Das KaDeWe, in dessen Dachrestaurant die Veranstaltung hätte stattfinden sollen, zeigte sich verständnisvoll und reagierte auf die Absage mit großer Kulanz.

### Rückrufaktion

## „Lowsley Tractors“ vom Markt genommen

Der amerikanische Medizinproduktehersteller ACMI Corporation ruft ein humanmedizinisches Instrument vom Markt zurück, das in der Urologie verwendet wird. Es handelt sich um die „Lowsley Tractors“, Modelle 437, 437A und LT-SP. Diese Instrumente werden zur Traktion der Prostata während der perinealen Prostataektomie verwendet.

Der Rückruf wurde eingeleitet, da Kliniken eine unzureichende Reinigung und Sterilisation dieser Instrumente reklamieren. Offenbar sind sie nicht ausreichend zerlegbar, was eine effektive Sterilisation in

den Gewindegängen und Hohlräumen verhindert. Zudem enthält die Gebrauchsanweisung offenbar unzureichende Reinigungsinformationen.

Das Landesamt für Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz und technische Sicherheit (LaGetSi) macht darauf aufmerksam, dass die Lowsley Tractors nach den Bestimmungen des Medizinproduktegesetzes (§ 14) nicht mehr angewendet werden dürfen. Ärzte, die ein solches Gerät in ihren Beständen haben, werden gebeten, es an den Vertrieber zurückzugeben, von dem sie es bezogen haben.

## Infos für Neumitglieder

Die Ärztekammer Berlin hat ihre Informationen für Neumitglieder im Internet erheblich ausgeweitet. Unter anderem wurden erstmals auch so genannte „Frequently asked questions“ (FAQs) rund um das Thema Anmeldung/ Ummeldung/ Ausländertätigkeit und Beiträge eingestellt. Adresswechsel, neue Arbeitsstellen oder andere Veränderungen können der Kammer ab sofort über ein e-mail-Formular bequem online mitgeteilt werden. Zu finden sind die Informationen unter [www.aerztekammer-berlin.de](http://www.aerztekammer-berlin.de) im Kapitel „Kammer“.

*Fortbildung***Risikomanagement im Krankenhaus**

Erstmals bietet die Ärztekammer Berlin zum Thema „Risikomanagement“ eine Fortbildungsveranstaltung für Ärzte an. Schwerpunkt des dreitägigen Kurses ist der Aufbau eines Risikomanagements und seine Umsetzung und Weiterentwicklung im stationären Bereich. Die Teilnehmer lernen, Risiken zu vermeiden bzw. zu verringern und nach eintretenden Schadensereignissen ausgewogen damit umzugehen.

Neben der Vermittlung von Kenntnissen zu Instrumenten und Methoden des Risikomanagements wird das Thema aus der Perspektive der Krankenkassen, der Patienten und der Medien mit Referenten aus den jeweiligen Bereichen dargestellt.

Die dreitägige Fortbildung richtet sich an alle in der stationären Versorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte mit mehrjähriger Berufserfahrung im Qualitätsmanagement.

**Termin:** 13. bis 15. April 2005,  
ganztagig (9 bis 18 Uhr)

**Teilnehmergebühren:** 580 €.  
(inkl. Unterlagen und Verpflegung)

Die Teilnehmerzahl ist auf 25 begrenzt. Telefonische Auskünfte werden unter 40 80 6-1206 erteilt, E-Mail-Anfragen und Anmeldungen richten Sie bitte an [riskmanag2005@ae kb.de](mailto:riskmanag2005@ae kb.de)

*Ausstellung***Das Auge – Fenster zur Seele**

Unter diesem Titel ist ab Mitte Januar 2005 in der Ärztekammer Berlin eine Ausstellung zu sehen. Schüler der neunten und zehnten Klasse der Thomas-Mann-Oberschule haben im Unterricht erfahren, wie das menschliche Auge aufgebaut ist, wie es funktioniert und welche Störungen die Sehkraft beeinträchtigen können. Anschließend setzten sie im Kunstunterricht das Gehörte ins Bild.

Das Projekt entstand in Zusammenarbeit von Schule und Jugendgesundheitsdienst Wittenau 3. Der Initiator, Dr. med. Helmut Hoffman, ist dessen



*Abb.: Christopher Helmig,  
Thomas-Mann-Oberschule*

stellvertretender Leiter und hat bereits zu anderen Themen vergleichbare Projekte gestaltet. Auf ähnliche Weise entstanden Ausstellungen z.B. zum Thema „Impfen“ und „Hepatitis B“.

Die Ausstellung „Das Auge, Fenster zur Seele“ läuft vom 4.2. bis 4.4.2005 im Foyer der Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin/Kreuzberg (U-Bhf. Kochstraße oder Hallesches Tor).

## Buchtipp

---

### Neues Gynäkologie-Standardwerk

Ein Gynäkologie-Lehrbuch nur von Frauen geschrieben? Ja gibt's denn so was? Ja, das gibt's. Insgesamt 81 Autorinnen – allesamt erfahrene Gynäkologinnen aus Klinik und Praxis – hatten das Ziel, ein Standardwerk zu schaffen, das nicht nur mit evidenzbasiertem Wissen auf neuestem Stand aufwartet, sondern auch psychosomatische Aspekte aller klassischen gynäkologischen Leiden integriert behandelt. Dabei klammerten die Autorinnen auch soziale Aspekte und ihre Auswirkungen auf das weibli-

ches Gesundheits- und Körperempfinden nicht aus.

Das Werk wurde im November nach fast 10-jähriger Entwicklungsarbeit in Berlin der Öffentlichkeit vorgestellt. Mit 5,5 kg Gesamtgewicht und einem Preis von 245 € sicher für Bücherbord und Portemonnaie ein dicker Brocken; doch ein mutiges Projekt allemal.

Wir lassen das Buch in einer unserer nächsten Ausgaben ausführlich besprechen.



Maria J. Beckermann/Friederike M. Perl (Hrsg.), „Frauen-Heilkunde und Geburts-Hilfe, Integration von Evidence-Based-Medicine in eine frauenzentrierte Gynäkologie“, Band 1: 954 Seiten, Band 2: 1150 Seiten, Registerband: 89 Seiten, geb. in Schuber, 245 €, ISBN 3-7965-1600-9

## Fehlerteufel

---

### Kinder-Pyramide

In unserem Beitrag über Ernährung bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas (Heft 1/2005, Seite 19ff) wurde leider eine wichtige Internet-Adresse falsch geschrieben.

Die von der Autorin empfohlene Kinder-Pyramide, die als vierfarbiges Schema mit Lebensmittelsymbolen Auskunft über die optimale tägliche Nahrungsmittelzusammensetzung gibt, finden Sie unter [http://www.aid.de/ernaehrung/aid-pyramide\\_kids.cfm](http://www.aid.de/ernaehrung/aid-pyramide_kids.cfm)

Gebührenordnung

## Ostabschlag bleibt bestehen

Eine traurige Jahresbilanz musste die ärztliche Selbstverwaltung auch 2004 in puncto „Ostabschlag“ ziehen. Auch der im vergangenen Jahr vorgenommene Vorstoß der Bundesärztekammer, eine Angleichung der Vergütungen nach GOÄ in Ost und West zu erreichen, scheiterte. Das deutlich niedrigere Lohn- und Gehaltsniveau im Osten rechtfertigt auch in diesem Bereich weiterhin niedrigere Einnahmen in den Arztpraxen, so die Reaktion der Bundesgesundheitsministerin auf ein Schreiben von Bundesärztekammerpräsident Prof. Dr. Jörg Hoppe.

Dass schon heute in den neuen Ländern zum Beispiel bei Rechtsanwälten, Notaren und Steuerberatern keine Ostabschläge mehr bestehen, entkräftet das Argument zwar, stieß im Ministerium jedoch auf taube Ohren. Die hier in Auszügen wiedergegebene Tabelle der Bundesärztekammer verdeutlicht das Problem:

Gebühren in den neuen Bundesländern in % der Gebühren in den alten Bundesländern	
Ärzte	90 %
Zahnärzte	90 %
Tierärzte	84 %
Logopäden	100 %
Notare	100 %
Rechtsanwälte	100 %
Steuerberater	100 %
Ingenieur	100 %
Architekten	100 %

Veranlagungserklärung

## Das Beitrags-Schätzverfahren der Kammer

Ärztliche Selbstverwaltung hilft, frei von staatlicher Bevormundung Standards und Regeln für die ärztliche Berufsausübung zu entwickeln und selbstständig für deren Einhaltung zu sorgen. Diese Unabhängigkeit der Ärzte wird in Eigenfinanzierung geleistet. Daran wird Sie die Veranlagungserklärung erinnern, die Sie – wie in jedem Frühjahr – in den nächsten Wochen von Ihrer Kammer erhalten. Bitte füllen Sie sie aus und fügen Sie eine Kopie Ihres Einkommensteuerbe-

scheides 2003 bei. Mitglieder, die diese Unterlagen nicht einreichen, gelangen in unser Schätzverfahren, das wir Ihnen hier kurz erläutern möchten:

Alle Mitglieder, die innerhalb der gesetzten Frist keine Beitragsveranlagung durchführen, werden von der Ärztekammer Berlin in ihren Einkünften geschätzt. Wurden bereits im Vorjahr Beiträge nur über eine Schätzung festgesetzt und diese nicht durch ein Widerspruchsverfahren korrigiert,

ist es möglich, dass diese Schätzung weit von Ihren tatsächlich erzielten Einkünften abweicht. Liegen keine Anhaltspunkte für eine Schätzung der Einkünfte mehr vor, wird der Höchstbeitrag erhoben.

Dieses Procedere wurde von der Delegiertenversammlung, dem Parlament der Ärztekammer, beschlossen. Es wurde jetzt auch auf solche Fälle ausgeweitet, in denen Kammermitglieder sich selbst veranlagten (und danach auch ihre Beiträge zahlen), für die von ihnen gemachten Einkommens-Angaben jedoch keine Belege schickten. Im Sinne der Beitragsgerechtigkeit werden auch die Beiträge dieser Mitglieder von der Kammer nach einer Erinnerung an das Einreichen der Unterlagen geschätzt. Hierdurch kann es zu einer Nachbelastung kommen.

Die Kammer hat dieses Verfahren in zwei Sonderaktionen erprobt und nun in den Routinebetrieb überführt. Die Erfahrungen zeigen jedoch, dass nur selten Widersprüche gegen die Beitragsschätzungen eingereicht werden. Da wir vermeiden möchten, dass Sie höhere Beiträge zahlen als nötig, legen Sie uns im eigenen Interesse bitte jährlich den Einkommenssteuerbescheid des vorletzten Jahres vor. So gelingt es, weniger Beitragsmittel als früher für Erinnerungsverfahren auszugeben.

Auch wenn es selbstverständlich ist: die absolute Vertraulichkeit Ihrer Angaben ist sichergestellt; die Dokumente werden nach unserer Kenntnisnahme vernichtet.

*Bewertungsausschuss*

## Psychotherapeuten wollen 66 Millionen Euro aus dem Fachärzttopf

Die Honorare der Berliner Fachärzte für das III. Quartal 2004 werden rückwirkend um etwa 10 % reduziert. Viele von ihnen werden dadurch im Februar eine Halbierung ihrer Restzahlungen hinnehmen müssen. Der Ärger der Betroffenen ist groß. So sieht Ärztekammer-Vizepräsident Dr. Elmar Wille, als Augenarzt selbst von den Nachbelastungen tangiert, ein Missverhältnis zwischen Leistungsanspruch und Zahlungswille der Kassen, das auf dem Rücken der niedergelassenen Ärzte ausgetragen wird. „Es kann nicht angehen, dass hier ein Geschäft zu Lasten Dritter gemacht wird, das perfiderweise auch noch rückwirkend stattfindet“ so Wille.

Grund für die Honorarverschiebung ist eine Klage der Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auf eine Änderung der Vergütungsformel für ihre Leistungen vor dem Bundessozialgericht. Nach dessen Urteil haben die Psychotherapeuten nun Anspruch auf eine Nachvergütung für den Zeitraum vom 2000 bis zum II. Quartal 2004 in Höhe von rund 66 Millionen Euro allein in Berlin.

Allerdings ist unklar, wann dieses Geld ausgeschüttet wird. Entsprechenden Nachforderungen der KVen gegenüber den Krankenkassen wurde nicht stattge-

geben, so dass nun das Schiedsamt angerufen wurde. Dessen Entscheidung wird im Laufe des ersten Quartals 2005 erwartet, so KV- Hauptgeschäftsführer Dusan Tésic gegenüber BERLINER ÄRZTE. Ungeachtet dessen steht bereits fest, dass der vom Bewertungsausschuss festgelegte Mindestpunktwert für genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen von der KV schon für die laufende Abrechnung des III. Quartals 2004 zu gewähren ist. Dadurch entsteht für dieses Quartal ein zusätzlicher Finanzierungsbedarf von etwa 6 Millionen Euro. Durch eine entsprechende gesetzliche Vorgabe ist die KV Berlin gezwungen, diese Summe ausschließlich aus dem Honorartopf der Fachärzte an die psychotherapeutischen Leistungserbringer umzuverteilen.

Kammerpräsident Dr. Günther Jonitz wertete den Konflikt als weiteren Schritt der Umsetzung eines gesundheitspolitischen Konzeptes der SPD, das die „Zerschlagung der Kassenärztlichen Vereinigungen“, die „Liquidierung einer fachärztlichen Versorgung auf freiberuflicher Basis“ und die „Förderung“ der hausärztlichen Versorgung“ zum Ziel hat. Die Politik winke immer neue Leistungsansprüche in die ambulante Versorgung durch, die dann aber nur auf Kosten interner Verteilungskämpfe der Ärzte realisiert werden können.

*Erich Saling-Institut*

## Ehrenamtliche Mitarbeiter gesucht



Das Erich-Saling-Institut ([www.saling-institut.de](http://www.saling-institut.de)) ist eine gemeinnützige Einrichtung zur Verbesserung der Schwangeren-Vorsorge und dient als überregionales Beratungszentrum zur Vermeidung von Frühgeburten. Für die wissenschaftliche und beratende Tätigkeit werden ehrenamtliche ärztliche Mitarbeiter gesucht. Da das Institut nicht öffentlich gefördert wird und die laufende Arbeit durch Spenden nicht ausfinanziert ist, kann die Tätigkeit nur ehrenamtlich erfolgen. Gedacht ist an Kollegen im Ruhestand, die fachlich noch gern aktiv bleiben möchten.

Interessenten wenden sich bitte an Prof. Dr. med. E. Saling, Mariendorfer Weg 28, 12051 Berlin/Neukölln, Tel. 6004-8334, E-Mail: [info@saling-institut.de](mailto:info@saling-institut.de).

## Wer gewinnt den Zwist um „Sortis“-Preise?

Für viel Wirbel sorgte im November eine Anzeigenkampagne der Firma Pfizer zu ihrem Medikament Sortis. Auslöser war die Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses, für teure, noch patentgeschützte Arzneimittel wieder Festbeträge einzuführen. Auf diese Weise sollte der Wildwuchs der Preise in diesem Bereich gebremst werden. Die Firma Pfizer wollte sich der Festbetragsregelung für Statine nicht anschließen und den Preis von Sortis® (Atorvastatin) nicht anpassen, so dass nun für Patienten erhebliche Zuzahlungen entstehen. Die Anzeigenkampagne wurde inzwischen gestoppt. Auf Druck des Bundesverbandes der Verbraucherzentralen und der Wettbewerbszentrale unterzeichnete Pfizer am 2.12.2004 eine Unterlassungserklärung, klagt jedoch gerade vor dem Bundessozialgericht gegen die Entscheidung des Bundesausschusses. Der ARZNEIMITTELBRIEF beschäftigte sich in seiner Dezemberausgabe mit den inhaltlichen Argumenten der Firma Pfizer. Im Folgenden veröffentlichen wir einen Auszug aus dem Beitrag mit einer aktuellen Ergänzung der Herausgeber. (Die Red.)

(...) Pfizer behauptet in einer ganzseitigen Anzeige in verschiedenen großen deutschen Zeitungen:

Der beste Cholesterin-Senker sei Sortis®.

- Es senke Cholesterin am stärksten und reduziere das Risiko am schnellsten.
- Es sei auch in höchster Dosis gut verträglich.
- Statin sei nicht Statin.
- Die Festbetragsregelung verstoße gegen das Gesetz, denn es heiße darin, innova-

tive Medikamente, die therapeutische Vorteile aufweisen, müssen voll erstattet werden.

Die Werbung der Firma Pfizer ist medizinisch verantwortungslos, und verunsichert viele Patienten. Atorvastatin hat nicht generell therapeutische Vorteile vor anderen Statinen, sondern speziell beim Vergleich von 80 mg/d mit 40 mg/d Pravastatin unmittelbar nach akutem Myokardinfarkt (2). Der Titel dieser Studie war: „Inten-

sive oder moderate Lipid-Senkung mit Statinen nach akutem Koronarsyndrom“. Es ging also gar nicht um einen Substanzvergleich, sondern um den Strategie-Vergleich in einem schmalen Segment der Statin-Indikationen. 4162 Patienten wurden eingeschlossen und im Mittel 24 Monate beobachtet. Primärer Endpunkt waren Tod durch alle Ursachen oder Herzinfarkt oder Krankenhausaufnahme wegen instabiler Angina pectoris oder Revaskularisation oder Schlaganfall. LDL war in beiden Gruppen vor der Randomisation 106 mg/dl. Es wurde in der Pravastatin-Gruppe (Standard-Gruppe) auf 95 mg/dl gesenkt und in der Atorvastatin-Gruppe (Intensiv-Gruppe) auf 62 mg/dl. Der primäre Endpunkt wurde in der Pravastatin-Gruppe nach zwei Jahren in 26,3 % erreicht und in der Atorvastatin-Gruppe in 22,4% ( $p=0,005$ ). Der Nutzen war am größten (primärer Endpunkt – 34%), wenn das Ausgangs-LDL mindestens 125 mg/dl war im Vergleich zu -7%, wenn der Ausgangswert > 125 mg/dl war. Nach PROVE-IT ist also nach akutem Koronarsyndrom eine LDL-Senkung deutlich unter 100 mg/dl bei höherem Ausgangswert etwas wirksamer als eine geringere Senkung von

LDL. Die Studie sagt nichts aus zum Vergleich der Substanzen, denn es wurden bezogen auf LDL keine äquivalenten Dosierungen verglichen. Sie sagt auch nichts aus über andere Statin-Indikationen, z.B. bei generalisierter Arteriosklerose und über primäre Prävention. Hier ist Atorvastatin nicht vergleichend getestet. Muskelschmerzen bzw. CK-Erhöhungen waren unter Atorvastatin häufiger. Wenn die intensive Cholesterinsenkung sich durchsetzt, ist öfter mit gefährlichen UAW zu rechnen. Statine sind nicht völlig harmlos!

Übrigens, eine intensive Therapie mit Lovastatin (LDL gesenkt auf unter 100 mg/dl), ist auch wirksamer als eine weniger intensive Lovastatin Therapie (3).

Die Patienten müssen nicht verunsichert sein. Es gibt keine Beweise, dass Atorvastatin immer der beste Cholesterinsenker ist, wie die Anzeige behauptet. Klar ist aber, dass die Patienten zu Zuzahlungen animiert werden sollen, damit der gewaltige Umsatz den die Firma mit dieser Substanz allein in Deutschland macht (515 Mio. € zu Lasten der GKV; 4), durch die Festbetragsregelung nicht in Gefahr gebracht wird. Beteiligte sich Pfizer an der Festbe-

# ANZEIGENSCHLUSS

## März-Ausgabe: 4. Februar 2005

tragsregelung, könnte den Patienten die belastende Zuzahlung erspart werden. Der Bundesverband der Verbraucherzentralen e.V. empörte sich am 18.11.2004 über diese Anzeige (7). Frau Prof. Dr. Edda Müller: „Pfizer sorgt sich nicht um die Patienten, sondern um seine Gewinne.“

Die Anzeige der Firma Pfizer betraf ein verschreibungspflichtiges Medikament und richtete sich über die Tagespresse an Laien. Dies ist in dieser Form nach dem Heilmittelwerbegesetz verboten. Die Analyse der Anzeige zeigt, warum dieses Verbot zu Recht besteht. Der ARZNEIMITTELBRIEF hatte sich an einer europaweiten Aktion beteiligt, die erfolgreich die Rechtslage bestätigt hat (5). Die Firma Pfizer verstößt häufiger gegen dieses Gesetz. Man denke nur an die Werbespots während der Übertragungen der Fußball-Weltmeisterschaft 2002, in denen Pele den Fußball-Anhängern Tipps der Firma Pfizer zur Be-

handlung geschwächter Manneskraft gab (6). Kann man Gesetze gegen Großfirmen nicht durchsetzen?

**Fazit:** Die Firma Pfizer versuchte in einer groß angelegten und teuren Anzeigen-Kampagne die Öffentlichkeit mit fadenscheinigen, Angst machenden Argumenten gegen die preisbindende Festbetragsregelung für Sortis® zu mobilisieren. Die kritische Analyse der Daten kann allerdings keine innovativen therapeutischen Vorteile der Substanz finden, die die Festbetragsregelung aussetzen würde. Das kann ein medizinischer Laie nicht ohne weiteres durchschauen. Die Anzeige ist ein Beispiel dafür, warum Laienwerbung für verschreibungspflichtige Medikamente verboten ist und dass Großfirmen dieses Verbot skrupellos missachten.

### Postskriptum

Mittlerweile ist der Firma Pfizer wegen Verstoß gegen

das Heilmittelwerbegesetz ein gerichtlicher Bußgeldbescheid im Rahmen bis zu 25 000 € zugegangen. Die Firma hat sich verpflichtet, die Anzeigenaktion zu stoppen. Die Festbetragsregelung für Atorvastatin lehnt sie jedoch weiter ab. Patienten, denen Sortis® verordnet wird, oder die nach der Anzeigenkampagne auf eine Verordnung drängen, müssen zuzahlen. Zuvor sollten sie jedoch folgendes bedenken:

Alle Statine haben in gleicher Situation die gleiche prophylaktische Wirkung, wenn der gleiche LDL-Wert erreicht wird (1). Der für die sekundäre Prävention empfohlene LDL-Richtwert (<100mg/dl) kann in aller Regel auch mit den Standard-Dosierungen anderer Statine erreicht werden.

Die Häufigkeit von Nebenwirkungen nimmt mit der Intensität der Cholesterinsenkung zu. Der Effekt der LDL-Senkung unter 100 mg/dl ist vergleichsweise gering. Der Quotient aus Wirkung und Nebenwirkung

intensiv Cholesterin senkender Therapie ist für diesen Bereich völlig unbekannt.

Zur Primärprävention sind Atorvastatin, Pravastatin und Lovastatin gut belegt. Die prophylaktische Wirksamkeit von Pravastatin und Simvastatin ist bei Patienten mit nachgewiesener Arteriosklerose auch gut dokumentiert. Die PROVE IT-Studie (2) betraf nur Patienten mit akutem Koronarsyndrom. Selbst in diesem schmalen Indikationssegment war die koronare Sterblichkeit trotz Intensivtherapie mit 80 mg Atorvastatin nicht signifikant gesenkt. Übrigens: Im Indikationskatalog für Sortis® kommt die sekundäre Prävention bei nachgewiesener Arteriosklerose nicht vor (8).

Redaktion  
Der ARZNEIMITTELBRIEF  
Potsdamer Str. 17, 12205 Berlin  
Literatur in der Internetversion dieses Beitrags.

Ärztinnen und Ärzte  
in der Verantwortung für  
Beruf und Familie



# Praxis? ~~Praxis?~~

Die Zahlen sind alarmierend: Zwischen 41 und 44 Prozent der 35- bis 39-jährigen deutschen Akademikerinnen leben ohne Kinder im Haushalt.<sup>1</sup> Dass diese Zahl bei der speziellen Berufsgruppe der Ärztinnen kaum anders aussehen wird, liegt auf der Hand. Unregelmäßige Arbeitszeiten, Bereitschaftsdienste, Doppelschichten – mit einem Familienleben ist das nur schwer zu vereinbaren. Und was ist, wenn man es trotzdem versucht? Wie leben Ärzte unter den hohen und vor allem auch zeitlich intensiven Anforderungen des Arztberufs mit Kindern? Wie bewältigen sie den Alltag? Elternsein, Partnerschaft und Patienten verlangen je für sich schon ein hohes Maß an Flexibilität. Hier wie dort kann Unvorhergesehenes eintreffen und plötzlich eine „Überschicht“ nötig werden. Wir sprachen mit Ärztinnen und Ärzten, die Beruf und Familie vereinen wollen, über ihre Strategien.

Von Ulrike Hempel

# „Mama, Papa- Arbeiten?“

**D**r. med. Julia Pauls war sich sicher: Nach ihrem Erziehungsurlaub wollte die Kinderärztin wieder arbeiten gehen und es war klar, dass dazu auch wieder Dienste gehören würden. Gleichzeitig wollte sie aber auch für ihre Tochter da sein, die sie allein erzieht. Keine einfache Entscheidung! Wie sollte sie den Wiedereinstieg ins Berufsleben schaffen und mit dem Wunsch verbinden, für das Kind zu sorgen? Julia Pauls schloss sich schließlich mit Dr. med. Jutta Pliefke und Dr. med. Matthias Albrecht zusammen, die auch beide Ärzte sind und gemeinsam drei Kinder haben. Sie gründeten eine WG. Es entstand eine Lebensform, die nicht nur ihr eigenes Problem löste, sondern deren Vorteile sich bald auch für alle anderen Beteiligten zeigten. Von den Erwachsenen ist jetzt abwechselnd immer jemand zu Hause,

der sich um die Kinder kümmert. Die „Großen“ gingen früher in denselben Kindergarten, jetzt in dieselbe Schule. „Es entstehen Synergien beim Abholen und Wegbringen“, sagt Matthias Albrecht. „Man braucht weniger häufig einen Babysitter.“ Oft kommt das Kind einer weiteren Ärztin noch dazu. So toben zuweilen zwischen Rufbereitschaft und Ravioli fünf Kinder durch die Wohnung.

Zu den klassischen bürgerlichen Lebensformen mit der traditionellen Rollenverteilung zwischen Mann und Frau wählen immer mehr Ärzte Alternativen. Denn wenn beide Elternteile arbeiten und erfolgreich sein wollen, geraten alte Rollenmodelle schnell an ihre Grenzen. Heute müssen sich Ärzte rechtzeitig überlegen und weitsichtig planen, wie sie – wenn das Kind denn



Fotos: Gregor

Zwischen Rufbereitschaft und Ravioli bleibt Zeit zum Toben. Die WG-Lösung hat drei Ärztinnen/Ärzten und vier Kindern mehr Freiraum gebracht.

da ist – als Familie leben wollen. Sonst kommt es zu Spannungen, die die Familie oder die Karriere scheitern lassen können. „Das war schon im Vorfeld eine Bedingung, dass ich auch mit Kind weiter arbeiten kann“, sagt die Anästhesistin Dr. med. Anja Thieme. Ihr ist klar: „Bei vielen Kollegen steckt ganz klar die Frau zurück. Ich denke, man sollte sich einen Mann aussuchen, mit dem man eine gute Lebensplanung machen kann.“

## Zeitverteilungskämpfe

Die kostbarste Ressource ist Zeit. Die Kinder, die Beziehung, der Beruf kosten Zeit. Sind beide berufstätig und Ärzte, kommt es notwendigerweise zu Zeitverteilungskämpfen, nicht nur zwischen den beiden Partnern, sondern auch

zwischen den verschiedenen Rollen. Als Mann und Frau, Mutter und Vater, Ärztin und Arzt. So steht immer der Einzelne mit sich im Konflikt, wie er seine Zeit einteilen soll, um seinen Rollen gerecht



*...und Tschüss! Anästhesistin Dr. med. Anja Thieme muss zum Dienst. Sohn Felix (3 J.) bleibt bei Papa. Für Dr. med. Roland Thieme müssen nach einem anstrengenden Bereitschaftsdienst heute vier Stunden Schlaf erstmal reichen.*

zu werden. Und nicht selten wird das eigene zeitliche Problem auch zu dem des anderen. 24-Stunden-Dienst und es erwartet einen nichts anderes als eine weitere Schicht! „Ja, man braucht eine gute Kondition“, sagt Anja Thieme. Eine Familie fordert immer als Ganzes, besonders wenn man allen gleichermaßen gerecht werden will. Das weiß auch ihr Mann, Dr. med. Roland Thieme, Assistenzarzt in der Inneren Medizin: „Man kommt aus der Klinik nach Hause und Anja hat die ganze Nacht nicht geschlafen, weil Felix krank ist. Dann sagt man, okay, leg dich hin, ich nehme erstmal den Kleinen. Da bleibt dann für einen selbst nicht viel übrig.“ Letztlich bleibt immer etwas offen, bestätigt auch Matthias Albrecht: „Am meisten fehlt uns Zeit für uns selbst.“

Manchmal bleiben in angespannten Situationen Auseinandersetzungen nicht aus, geben die beiden Thiemes zu. Zündstoff bilden in der Regel Lapalinen. Er gesteht: „Man wird einfach gereizter. Es reichen manchmal Kleinigkeiten, weil man unter der extremen Belastung so dünnhäutig wird“, wobei sie ergänzt, „...zum Beispiel, wenn der Partner dann seine Kaffeetasse überall rum stehen lässt. Das kann man nicht mehr kompensieren und rastet gleich aus.“ Es entwickeln sich Gewissensbis-

se und Schuldgefühle, weil die eigenen Vorstellungen mit der Wirklichkeit nicht mehr übereinstimmen.

Für Eltern steht fest, dass es genügt, wenn man selbst unter dieser Situation leidet. Die Kinder dürfen auf keinen Fall zu kurz kommen und sollen auch vor den Spannungen zwischen den Eltern geschützt werden. Es entstehen Zweifel, ob die Kinder längerfristig durch die berufliche Situation seelisch Schaden nehmen könnten. Diese Sorge führt häufig dazu, dass die immer wieder aufbrechende Diskrepanz zwischen Lebensanspruch und -realität kompensiert werden muss, entweder durch Auseinandersetzung, Verdrängen, Konsum oder auch durch Ausflüge, Reisen und Zuwendung. Immer geht es darum, die Vorstellungen vom Leben mit der Wirklichkeit des Alltags wieder in Einklang zu bringen. Doch die Ungewissheit bleibt.

Matthias Albrecht berichtet von seinen Erfahrungen als Vater: „Also bei allen Kindern war das erste Wort ‚Mama‘ oder ‚Papa‘ und das dritte Wort war ‚Arbeit‘. Immer, wenn einer aus der Tür rausgeht, heißt das, dass er arbeiten geht. Das ist schon schwierig. Und beim ersten Mal tut das auch weh. Auf der anderen Seite habe ich nicht

*„Eltern haben ein straf-feres Zeitmanagement“ sagt Assistenzärztin Dr. med. Antje Koch, hier mit ihrem Mann Dirk und den Kindern Nicolas (1 J.) und Clara (5 J.).*



das Gefühl, dass unsere Kinder irgendwie Schaden genommen hätten, nur weil sie sehr früh im Kindergarten waren. Eher im Gegenteil, sie haben sehr viel gelernt und sind sozial kompetent und flexibel. Vielleicht rächt sich das später mal, das weiß ich nicht.“

### *Kinder, Karriere, Konkurrenz?*

Immer mehr Frauen ergreifen heute den Arztberuf. In Deutschland ist der Anteil der berufstätigen Ärztinnen in den letzten elf Jahren um 12,8 % auf 37,9 % im Jahr 2002 gestiegen.<sup>2)</sup> Trotzdem ist die Beteiligung von Frauen in herausgehobenen Positionen im medizinischen Bereich nur schwach. Eine Männerdomäne! Die Männer sind die Chefs und prägen mit ihren Maßstäben auch die zwischenmenschliche Ebene im Beruf. Die Ärztin, Dr. med. Antje Koch, versteht nicht, warum man nicht auch als Mutter gute Arbeit machen kann, die von den anderen Kollegen entsprechend honoriert wird. Wieso soll es eine abstruse Idee sein, wegen der Kinder nur vier Tage in der Woche zu arbeiten? Und sie meint: „Diese Leute werden sich in Zukunft mit anderen Arbeitszeitmodellen anfreunden müssen. Es geht gar nicht anders.“ Doch solange Chefs behaupten, dass man die „echte“ Karriere im Krankenhaus erst nach 17.00 Uhr macht, kann das nur ein Wunsch bleiben. „Halbe Stelle“ bedeutet für die Karriere einer Ärztin mit Kind bereits das Abstellgleis. Wobei es gerade in Krankenhäusern in der Regel nicht bei „halbtags“ bleibt. Nur allzu oft fordert der Beruf unaufgeschriebene und unbezahlte Überstunden. Da ist der Frust darüber vorprogrammiert, dass man die freie Zeit trotz halber Stelle nicht mit den Kindern verbringen kann.

Kollegen und Kolleginnen ohne Kinder verbuchen hier natürlich ungleich bessere Chancen. Konkurrenzfähiger sind diejenigen, die niemals in den Konflikt zwischen der Erfüllung des Berufs und der Pflichterfüllung gegenüber dem Kind geraten. Für Ärzte mit Kindern ver-

ändert sich der Blick auf den beruflichen Alltag. Die Gründung einer Familie zwingt dazu, die bisherigen Prioritäten zu überdenken und sie gegebenenfalls neu zu setzen. „Du weißt, du musst deinen Sohn abholen, sonst macht die Kita zu. Dann kann man eben die eine Untersuchung nicht mehr machen. Früher hätte ich es schnell noch drangehängt, heute geht das nicht mehr. Natürlich würde ich keinen sterben lassen.“ Die Verantwortung gegenüber dem Patienten auf der einen Seite und gegenüber dem Kind auf der anderen Seite kennzeichnet einen für den Arztberuf typischen Konflikt. Notfälle lassen sich nicht vorhersehen. Solchen Situationen kann nur durch eine straff organisierte Arbeits- und Lebensplanung vorgebeugt werden, in die auch die Kollegen und ihre Bereitschaft, im Fall des Falles einzuspringen, einbezogen werden.

### *Kompetenzerweiterung*

Kinderhaben kann ein Vorteil für den Arztberuf sein. Für den Pädiater und Qualitätsmanager Matthias Albrecht bilden die eigenen Kinder eine wichtige Erfahrungsgrundlage für seinen Beruf. Durch das gemeinsame Leben und den täglichen Umgang mit ihnen verfügt er als Arzt über mehr Einfühlungsvermögen für seine Patienten und deren Eltern. „Es hilft, wenn man selbst mal miterlebt hat, was eine spastische Bronchitis nachts zu Hause bedeutet. Das hat man sich zwar vorstellen können, aber in der Wirklichkeit ist es plastischer. Und eine Gynäkologin, die selber mal Kinder geboren hat, ist auch glaubwürdiger und kann besser einschätzen, wie sich die gebärenden Frauen gerade fühlen.“ Die eigene Tochter, der eigene Sohn verbindet den Arzt mit einer Wirklichkeit, die weit über den Arbeitsalltag hinausgeht. Was vorher vielleicht nur theoretisches Wissen aus Büchern war oder nur an anderen erlebt wurde, wird am Krankenbett des eigenen Kindes erfahrbar. Weil uns unsere Kinder unvergleichlich nahe sind, wird ihr Kranksein zum Zeichen der persön-



*„Papa hierbleiben!“. Geht leider nicht. Dr. med. Matthias Albrecht muss sich beeilen. Vorm Dienst müssen Justus (2 J.) und Lukas (5 J.) noch in Kita und Kindergarten gebracht werden.*

lichen Verletzbarkeit. Dieses Erlebnis bleibt auch der Ärztin und dem Arzt als Mutter oder Vater nicht erspart. Ein durch Familie erweiterter Lebenskontext fördert die psycho-soziale Kompetenz von Ärzten, so die Einschätzung der Befragten. Das Fingerspitzengefühl für die spezifische Situation der Patienten wächst. Antje Koch konstatiert: „Man kann kein guter Arzt sein, wenn man sich sechs, sieben Jahre nur hinter Büchern vergraben hat. Dann kennt man die Menschen nicht mehr.“

Die Erziehung von Kindern fördert nicht nur die Bereitschaft zu mehr sozialer Verantwortung im ärztlichen Alltag, sondern verändert auch die Sicht auf das Rollenverhalten. Roland Thieme hat einen Teil der Elternzeit genommen, damit seine Frau Anja ihren Facharzt machen konnte. „Meine Einschätzung gegenüber der Rolle der Frau hat sich im Erziehungsurlaub gewandelt. Ich war unglaublich froh, als ich wieder



*Zeit - ein kostbares Gut. Für Familie Thieme ist ein Sonntagsfrühstück zu viert ein seltenes, dafür aber hoch geschätztes Vergnügen.*

arbeiten gehen konnte. Arbeit ist Be-  
stätigung, sozialer Kontakt, eben alles,  
was man in Krabbelgruppen, beim  
Kinderturnen und auf dem Spielplatz  
nicht findet.“ Kinderhaben  
bedeutet Arbeitsabläufe  
unter extremen Bedin-  
gungen zu orga-  
nisieren. Es  
entsteht die

*Übrigens...*

Auch Kammerpräsi-  
dent Dr. med. Günther  
Jonitz und seine Frau Britta  
haben Erfahrung mit den Orga-  
nisationshürden eines Zwei-Ärzte-  
Haushaltes mit Nachwuchs. Als vor 12  
Jahren Sohn Malte zur Welt kam, kehrte  
Britta Jonitz nach drei Jahren Erziehungsurlaub  
wieder voll in die Facharztweiterbildung zurück.  
Günther Jonitz ging zu dieser Zeit auf eine halbe Stelle  
herunter. Sein damaliger Arbeitgeber genehmigte ein Zeit-  
modell, das es dem Chirurgen ermöglichte, vor der Arbeit in der  
Rettungsstelle und Endoskopie noch seinen kleinen Sohn zur Kita zu  
bringen und nachmittags wieder abzuholen. Beide Eltern bewältigten in  
dieser Phase im Wechsel sechs Bereitschaftsdienste pro Kopf im Monat, eine  
Zeit „von der wir heute selbst nicht mehr wissen, wie wir das eigentlich durch-  
gestanden haben“, gibt Günther Jonitz zu.

Fähigkeit, nicht nur verschiedene Auf-  
gaben parallel zu bewältigen, sondern  
auch unter Druck Prioritäten setzen und  
Entscheidungen treffen zu können.  
Antje Koch fragte sich vor einem Be-  
werbungsgespräch, welche Kompe-  
tenzen sie in den Vordergrund stellen  
sollte. Dabei fiel ihr auf, dass sie ge-  
genüber Kollegen ohne Kinder über ein  
viel strafferes Zeitmanagement verfügt:  
„Ich habe schon oft erlebt, dass  
Kollegen und Kolleginnen, die keine  
Familie haben, länger als ich für die  
Arbeit brauchten. Die haben Zeit. Hier  
noch ein Zigarettenchen, da noch ein  
Kaffee. Ich organisiere meine  
Arbeit so, dass ich eine rea-  
listische Chance habe,  
pünktlich zu  
gehen.“

*Verlässlichkeit*

Die Umstände und Arbeitsbedingungen  
für Mediziner sind heute nach wie vor  
so, dass es für Ärzte eine Herausforde-  
rung ist, sich um die Erziehung ihrer Kin-  
der den eigenen Wünschen entspre-  
chend zu kümmern. Die Institutionen  
jedoch haften zum Teil noch an einem  
Bild des Arztes, das eigentlich der Ver-  
gangenheit angehört. Das traditionelle  
Verständnis ist in den meisten Fällen, wo  
Ärzte eine Familie gründen, obsolet ge-  
worden. „Das alte Schema gibt es nicht  
mehr. Keine Frau sagt heute zu ihrem  
Mann, wenn er aus der Klinik kommt  
,Ruh Dich erstmal aus!“. Väter nehmen  
immer reger Anteil an der Erziehung und  
Betreuung ihrer Kinder. Andererseits  
scheinen Ärztinnen viel weniger kompro-  
missbereit. Geht es darum, sich für oder  
gegen die Berufstätigkeit zu entschei-  
den, fällt bei den hier Befragten die Wahl  
immer zugunsten ihres Berufs aus. Frau-  
en zeigen sich karrierebewusster als ge-  
meinlich erwartet. Dies dürfte aller-  
dings auch einer der Gründe  
sein, warum immer mehr  
Frauen mit abge-  
schlossenem  
Hochschul-  
studium

Nach einer Weile veränderten beide die Arbeitsteilung. Nun stieg Britta Jonitz auf Halbtags-  
tätigkeit um und ihr Mann arbeitete wieder Vollzeit. 1997 hatte Britta Jonitz ihren Facharzt in der  
Tasche und absolvierte eine Weiterbildung zur ärztlichen Psychotherapeutin. Seit 2003 ist sie als sol-  
che niedergelassen – übrigens die einzige Option, die sich beide als Dauerlösung vorstellen können. „Ein  
Familienmodell, bei dem beide in der Klinik arbeiten, funktioniert mit den Bereitschaftsdiensten letztlich nur  
über Verschleiß. Das kann man nur eine begrenzte Zeit schaffen“, sagen sie heute.



Nach dem Dienst: Dr. Med. Jutta Pliefke nimmt sich Zeit für eine Gutenacht-Geschichte.

bewusst ein Leben mit Kindern wählen. Demgegenüber scheint der Reiz für Väter, die klassische Rolle des alleinigen Ernährers zu verlassen, nicht minder gering. Väter entscheiden sich dafür, eine Zeit lang auf ihre Berufsausübung zu verzichten, um sich dafür voll und ganz dem Kind zu widmen. Der Staat hat inzwischen auf den sozialen Wandel reagiert und durch den Anspruch auf Erziehungszeit für Mütter und Väter ermöglicht, dass auch der Mann zu Hause bleiben kann. Das Gesetz über Gewährung von Erziehungsurlaub – seit Februar 2004 heißt es „Erziehungszeit“ – hat seit dem Inkrafttreten 1986 eine ganze Reihe an Erweiterungen und Änderungen erfahren. Dennoch kann unter bestimmten Bedingungen die Erziehungszeit einen Karriereknick bedeuten, obwohl die befragten Väter mit ihrer Entscheidung in der Arbeitswelt nur positive Erfahrungen gemacht haben. „Durch die Erziehungszeit“, bemerkt Roland Thieme, „gibst du das Signal, dass du keine Karriere machen willst. Es wird angenommen, dass du dann nicht mehr fähig bist, eine lei-

tende Position zu erreichen.“ Das Entscheidende für Ärztinnen und Ärzte in der Verantwortung für Beruf und Familie ist die Anerkennung ihrer Leistungen in beiden Bereichen. Stellt ein Arzt oder eine Ärztin mit Kind vielleicht gerade noch einen „Unsicherheitsfaktor“ dar, so kann er oder sie wenige Jahre später eine „sichere Bank“ sein. Denn ist die Familienplanung erfolgreich abgeschlossen, gibt es kaum verlässlichere Ärztinnen und Ärzte als jene mit Kindern. Roland Thieme hebt hervor: „Anja hat ihre Ausbildung, ich habe bald meine Spezialausbildung fertig. Noch mehr Kinder wollen wir nicht. Wenn Anja später sagt, sie macht die und die Stelle, dann kann sich der Chef hundertprozentig auf sie verlassen.“

Ulrike Hempel  
Ärzttekammer Berlin

1) Quelle: Die Familie im Spiegel der amtlichen Statistik, 2003. Die genannten Zahlen beziehen sich nur auf die alten Bundesländer. Weder das Statistische Bundesamt noch der Deutsche Ärztinnenbund e.V. kann genaue Angaben machen, wie viele Ärztinnen und Ärzte keine Kinder haben. Vermutlich ist die Tendenz auch in dieser Berufsgruppe eher rückläufig.

2) Dr. Thomas Kopetsch: Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztlzahlenentwicklung, 2. aktualisierte u. überarbeitete Auflage, vgl. S. 108.

## Glückliches Schweden...

**A**nlässlich unserer Recherchen zu diesem Titelthema sprachen wir auch mit Dr. med. Jana Risk und Dr. med. Lorenz Risk-Plotzki, die seit zwei Jahren in Nordschweden in einem großen Krankenhaus der Regelversorgung arbeiten. Job und Nachwuchs lassen sich dort hervorragend unter einen Hut bringen, denn ein dichtes Netz kommunaler Kindergärten, geöffnet von 6.30 Uhr bis 18.30 Uhr, steht preiswert zur Verfügung. Maximal 120 € müssen Eltern für einen solchen Kindergartenplatz bezahlen – übrigens ist jedem Kind ein solcher Platz garantiert.

Zudem hat in Schweden jeder Arbeitnehmer das Recht auf Teilzeitarbeit, bis das jüngste Kind der Familie 8 Jahre alt ist. Dies nehmen die meisten Eltern in Anspruch, auch die Ärzte. Da diese in Kliniken grundsätzlich mit Stechkarte arbeiten, ist auch gewährleistet, dass Teilzeitjobs auch wirklich Teilzeitjobs sind. Dass in Schweden auch Männer in breiter Front teilzeitig arbeiten und sich mit ihren Frauen komplementär in der Kinderbetreuung abwechseln, unterscheidet das skandinavische Land ebenfalls von unserem. Ein schwedischer Klinik-Arbeitstag dauert in der Regel von 8 bis 17 Uhr. Natürlich gibt es auch nächtliche Bereitschaftsdienste. Sie werden dort jedoch nicht an normale Arbeitstage angehängt, sondern sind eigenständige Arbeitsblöcke, zu denen die Ärzte ausgeruht und frisch antreten. Meist werden mehrere Nachtbereitschaften in einer Woche geblockt. Vielleicht ein Denkmodell auch für uns?

Die Red.

# Neuerungen in der Arzthelferinnen-Ausbildung

Alles begann im Sommer 2001, als 33% der Auszubildenden zur Arzthelferin in Berlin durch die Abschlussprüfung fielen. Nach einer Analyse der Ursachen war klar: Ausbildung und Prüfung für Arzthelferinnen müssen verbessert werden. Seither hat sich einiges getan. Die Ärztekammer Berlin stellte schriftliche Prüfungen um, führte Neuerungen bei der praktischen Prüfung ein und lässt sich nun regelmäßig die Berichtshefte als Nachweis der praktischen Ausbildung schicken um Auszubildenden und Ausbildern ein Feedback geben zu können. Schließlich wurde die überbetriebliche Ausbildung eingeführt, bei der Wissenslücken in mehrtägigen Praxis-Blockseminaren gefüllt werden. Diese Veränderungen waren Anlass für eine Veranstaltung der Ärztekammer Berlin am 25. Oktober 2004, bei der einige Neuerungen der Arzthelferinnenausbildung näher vorgestellt wurden. Hier noch einmal das Wichtigste im Überblick.

Von Jeanne Nicklas-Faust

## Praktische Prüfung wird realitätsnäher

Am Ende der Ausbildung zur Arzthelferin stehen eine schriftliche und eine praktische Prüfung. Verantwortlich für deren Abnahme ist ein Prüfungsausschuss, der paritätisch mit einem Arzt, einer Arzthelferin und einem Berufsschullehrer besetzt ist. Hier werden Kenntnisse und Fertigkeiten geprüft, die nachweisen, dass der Prüfling Zusammenhänge einer Arztpraxis versteht und praktische Aufgaben lösen kann.

In dem Wunsch, die praktische Prüfung praxisnäher zu gestalten, hospitierte ein Prüfungsausschuss aus Berlin bei einer praktischen Prüfung der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Ähnlich wie in Berlin werden die Prüfungskandidatinnen dort in kaufmännischen, verwaltungstechnischen Fragen ebenso wie zur Abrechnung geprüft. Bei der Prüfung medizinischer Inhalte werden

allerdings Probanden eingesetzt. Das heißt, ein EKG wird am „lebenden Objekt“ durchgeführt, was eine gute Möglichkeit bietet, neben den medizinischen auch die kommunikativen Fähigkeiten im Umgang mit Patienten zu überprüfen. Die ganze Prüfungssituation gewinnt erheblich an Praxisnähe.

Der Prüfungsausschuss stellte nach diesem Besuch sein System um, entwickelte einen Fall, an dem die Prüflinge nun unter Einbeziehung eines Probanden praxisnah zeigen müssen, ob sie den Anforderungen genügen. So misst die Auszubildende zunächst den Blutdruck, schreibt ein EKG und wird dann mit einer Notfallsituation konfrontiert, wenn der Proband plötzlich kollabiert. Im verwaltungstechnischen Teil wird ein Angebot für ein neu anzuschaffendes EKG-Gerät mit Ausführung der Bestellung, im Abrechnungsteil das Schreiben einer Privatliquidation für die

oben erwähnten medizinischen Leistungen abgeprüft.

Es zeigte sich, dass mit einer Prüfung nach diesem System eine ganzheitlichere Beurteilung der Auszubildenden möglich wurde, weiterhin entspannte sich die Prüfungssituation. Inzwischen werden in allen Prüfungsausschüssen Probanden bei der praktischen Prüfung eingesetzt. Für die Zukunft ist eine Standardisierung der Prüfungsaufgaben geplant, damit eine vergleichbare Beurteilung möglich ist.

## Überbetriebliche Ausbildung schließt Wissenslücken

In Übereinstimmung mit den Ergebnissen einer repräsentativen bundesweiten Umfrage unter Ärzten, soll eine Arzthelferin nach wie vor zur Allroundkraft ausgebildet werden. Damit gibt es unverzichtbare Basisqualifikationen, die von allen Arzthelferinnen neben der theoretischen Vermittlung in der Berufsschule auch praktisch erlernt werden müssen. Zur Ergänzung der praktischen Ausbildung, die in vielen Praxen spezielles Wissen vermittelt und so die Basisqualifikationen nicht vollständig abzudecken vermag, wurde im September 2002 in Berlin eine zusätzliche überbetriebliche Ausbildung als verbindlich für alle Auszubildenden beschlossen (wir berichteten).

Die überbetriebliche Ausbildung besteht in Berlin aus 14 Tagen praktischer Anleitung in Kleingruppen mit Übungsmöglichkeiten in Bereichen, die durch die Praxisausbildung nicht abgedeckt werden. Das Curriculum ist ein umfassendes Programm mit allen wesentlichen Basisqualifikationen, ergänzt um

die Bereiche Kommunikation und Konflikt, da diese Bereiche von überragender Bedeutung im praktischen Alltag sind, sich dort aber selten Möglichkeiten einer systematischen Vermittlung ergeben. Seit einem halben Jahr gibt es übrigens auch im Bereich der Zahnärztekammer Berlin überbetriebliche Ausbildung für Auszubildende.

Im Ablauf sind die Kurstage auf die Vermittlung der theoretischen Grundlagen in der Berufsschule abgestimmt. In der überbetrieblichen Ausbildung soll keine theoretische Vermittlung stattfinden, sondern eine praktische Unterweisung, die auf die in der Berufsschule erworbene Theorie aufbaut.

Bis jetzt sind mehr als 700 Auszubildende in den Kursen geschult worden. Sie nehmen die Kurstage lebhaft wahr und sind gut beteiligt. Eine große Spannweite der Fähigkeiten wird deutlich, so kommt es auch zum Austausch fachspezifischer Besonderheiten. Die Themen, die behandelt werden, sind unter anderen Untersuchungen am Patienten, Labor und Hygiene, Praxisverwaltung und -organisation, Assistenz bei Diagnostik und Therapie sowie Kommunikation und Konfliktbewältigung. Die praktischen Übungen sollen die gesamte Bandbreite abdecken, z.B. verschiedene Verbandstechniken an verschiedenen Körperteilen, bei nässenden und nicht nässenden Wunden zeigen; oder auch unterschiedliche Oberarmdicken beim Blutdruckmessen berücksichtigen.

Gerade bei Schulungen zum Umgang mit Patienten und in Kommunikationstechniken werden Rollenspiele und Partnerübungen eingesetzt, die auch ein Hineinversetzen in den anderen ermöglichen können. Als Grundfähigkeit wird das Einschätzen eigener Möglichkeiten und Grenzen, der eigenen Rolle und des Eindrucks auf andere sowie die kritische Selbstreflexion angestrebt. Zur Vermittlung werden praxisnahe Situationen herangezogen und Fallbeispiele bearbeitet.

Zwei Beispiele sollen das Vorgehen verdeutlichen:

Die Messung des Blutdrucks wird kritisch hinterfragt und verschiedene Fehlermöglichkeiten von nicht passender bis defekter Manschette werden mit den jeweiligen Lösungsmöglichkeiten thematisiert. Im Seminar zur Konfliktbewältigung wird die Situation eines wegen langer Wartezeit ungehaltenen Patienten und das adäquate Verhalten der Arzthelferin in einer solchen Situation behandelt.

### **Novelle der Ausbildungsordnung geplant**

Die aktuelle Ausbildungsordnung gilt in dieser Weise seit 1985, so dass bei den weit reichenden Veränderungen im Gesundheitssystem eine Überarbeitung geboten ist. Der Neuordnungsprozess wurde im Jahr 2004 eingeleitet und ist weit vorangeschritten.

Wesentliche Kennzeichen der neuen Ausbildungsordnung: Sie soll handlungsorientiert sein, das heißt es soll keine fachbezogene Vermittlung der Lehrinhalte stattfinden, sondern anhand eines Handlungsstranges alles Wesentliche aus den verschiedenen Fächern vorkommen. Eine ähnliche praxisorientierte Struktur findet sich beim Modellstudiengang Humanmedizin der Humboldt-Universität. In der praktischen Anleitung findet häufig bereits eine solche übergreifende Vermittlung statt. So wird beim Anlegen eines neuen Patienten im EDV-System der Praxis auf den Status in der gesetzlichen Krankenversicherung ebenso eingegangen wie auf Dauerdiagnosen und Besonderheiten der Praxisorganisation im Bestellsystem.

In der Schule werden die theoretischen Grundlagen allerdings noch immer fächerweise gelehrt; ein handlungsorientierter Aufbau stößt hier auf organisatorische Probleme. Der Lehrer, der in medizinischer Fachkunde eine Abszessspaltung unterrichtet, kann unter Umständen weder die praxisorganisatorischen noch die verwaltungstechnischen Maßnahmen rund um diesen Eingriff unterrichten und umgekehrt.

Daneben hat sich in der neuen Ausbildungsordnung eine Verlagerung von Schwerpunkten ergeben, die der Weiterentwicklung der Strukturen im Bereich der ambulanten Medizin zuzurechnen sind. So wurde zum Beispiel der verwaltungstechnische Bereich um Praxismarketing und Qualitätsmanagement erweitert.

Die Änderung der Ausbildungsordnung ist frühestens zum 1. August 2005 zu erwarten. Insgesamt wird damit eine Anhebung des Niveaus des Arzthelferinnenberufs angestrebt, um mit gut qualifizierten Kräften für die Umwälzungen im Gesundheitswesen gerüstet zu sein.

Mit diesen Neuerungen in der Ausbildung zur Arzthelferin soll der Weg zu einer kompetenten Fachkraft als Unterstützung für den niedergelassenen Kollegen einfacher und erfolgreicher gelingen. Wesentlich ist und bleibt dabei die Kooperation aller an der Ausbildung Beteiligten.

Dr. med. Jeanne Nicklas-Faust  
Referatsleiterin Ethik und Medizinische  
Fachberufe in der Ärztekammer Berlin

# „Das klappt jetzt alles besser“

## Erste Erfahrungen mit dem praxisinternen Qualitätsmanagement

Qualitätsmanagement wird künftig im ambulanten Bereich eine große Rolle spielen. Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz schreibt es für Praxen bereits gesetzlich vor. Allerdings muss der gemeinsame Bundesausschuss noch festlegen, wie der Nachweis eines Qualitätsmanagements im Detail erbracht werden soll und welche Systeme geeignet sind. Dessen ungeachtet haben einige Praxen schon angefangen und erste Erfahrung in diesem Feld sammeln können. Wir baten eine Berliner Praxisgemeinschaft, uns davon zu berichten. (Die Red.)

Wenn früher eine neue Mitarbeiterin in unserer Beispielpraxis anfang, dauerte es manchmal mehrere Tage, bis alle die neue Kollegin mit Namen kannten. Im Wechsel erklärte man ihr ad hoc immer das, was gerade anstand. Mit Glück stellte sie viele Fragen und war nach dem Sprung ins kalte Wasser nach gut einem halben Jahr einigermaßen eingearbeitet. Das sieht jetzt anders aus. Heute steht der „Neuen“ ein Mentor zur Seite, der ihr alles erklärt. Sie wird allen Kollegen vorgestellt und erhält eine Einarbeitungsmappe mit einem klaren, spezifischen Arbeitsplan. Nach etwa 8 Wochen steckt die

Kollegin „im Stoff“. Hat sie dennoch Fragen, weiß sie genau, an wen sie sich zu wenden hat, denn heute gibt es klare Verantwortlichkeiten.

Anderes Beispiel: Früher gab es öfter mal Unsicherheiten beim telefonischen Erstkontakt mit den Patienten. Die Terminvergabe folgte einem festen Schema, das den individuellen Erfordernissen des Patienten nicht flexibel angepasst werden konnte. Immer wieder kam es zu zeitraubenden Abstimmungen und Ärger am Telefon. Damit ist jetzt Schluss. Heute finden alle Praxismitarbeiter in der Patientenakte eine Checkliste, die eine schnelle Ein-

schätzung des Falles ermöglicht. Je nach Beschwerdebild bekommen die Patienten gezielt Termine zu einer darauf schon ausgerichteten Diagnostik.

Beide Beispiele zeigen, welche Effekte eine erfolgreiche Anwendung von Qualitätsmanagement in der Arztpraxis haben kann. Ort der Handlung: die internistisch/kardiologische Praxisgemeinschaft von Werner Rieker, Brigitte Rüssmann und Natascha Hess in der Charlottenburger Rankestraße. Die Inhaber und ihr knapp 30-köpfiges Team entschlossen sich vor einem knappen Jahr zur Einführung eines praxisinternen Qualitätsmanagements und beauftragten eine Beraterin zur Begleitung.

### Eingangsfrage: Wer macht mit ?

Da nicht alle Mitarbeiter der Praxis am eigentlichen Qualitätsmanagementprozess beteiligt werden konnten, suchte man solche aus, die durch ihren Einblick und Aufgabenzuschnitt geeignet waren, den Prozess als Qualitätsbeauftragte und Qualitätskommission zu steuern. Nach der Zustimmung der Vorgesetzten konnte es losgehen. Es wurden mit der gesamten Praxis Ideen zur Zusammenstellung von Leitlinien und mögliche Themen für Qualitätszirkel gesammelt. Im Zentrum aller Entscheidungen stand eine Qualitätskommission, in der Vertreter aller Bereiche mit gleichem Stimmrecht saßen.

Zwei „Pilotprojekte“ für die Qualitätszirkelarbeit wurden von der Kommission ausgewählt und ein Zeitplan dafür abgesteckt. Jeder der Zirkel wurde inhaltlich geleitet und moderiert. Nach einer halbtägigen Schulung zur Struktur und Arbeitsweise von Qualitätszirkeln sowie Methoden der Moderation ging es in die Detailarbeit. Beide Qualitätszirkel erhielten einen schriftlichen und klar terminierten Arbeitsauftrag. Es sollte ein Anmeldestandard und ein Einarbeitungsstandard für neue Kollegen erarbeitet werden. Mittels Fokusgruppeninterviews wurden Meinungen, Wünsche und Kritik der Patienten und Mitarbeiter eingeholt, an denen sich die



Foto: Archiv

Beraterin Christine Kuch (re.) mit Mitarbeitern der Praxis Rieker/Rüssmann/Hess

Arbeit künftig orientieren soll. Arbeitsabläufe wurden unter Berücksichtigung der Verbesserungsvorschläge verändert und anhand von Flussdiagrammen graphisch dargestellt, so dass eine klare Patientenorientierung vorgesehen werden konnte.

Während der Arbeit merkten die Teilnehmer des Qualitätszirkels schnell, dass Ziele sehr präzise formuliert und Prozessanfang und -ende genau definiert werden müssen, um gut voranzukommen. Die Mitarbeiter registrierten zudem, dass es sinnvoller ist, einzelne, kurze Prozesse zu beschreiben, als in einem unüberschaubarem Zeitraum beispielsweise einen gesamten Arbeitsbereich standardisieren zu wollen.

Sehr wichtig war für die Praxis auch der Entwurf von Leitlinien, mit deren Hilfe man die Gesamtorientierung der Praxis festlegte. Erste Ideen hierzu wurden allen Praxismitarbeitern zur Vervollständigung und Bewertung ausgehändigt und später mit den Praxisinhabern im Detail abgestimmt.

Die meisten Teilnehmer hatten Spaß daran, sich und ihre Ideen in die Arbeit einzubringen. Mittlerweile weiß das Praxisteam gut einzuschätzen, für welche Aufgaben man wie viel Zeit braucht und welcher personelle Aufwand für einen Qualitätszirkel realistisch ist. Das nächste Projekt ist bereits in Sicht. Demnächst wird auf ähnliche Weise ein Patientenannahmestandard entwickelt. Künftig werden auch medizinische Themen in die Qualitätsmanagementarbeit aufgenommen.

Nicole Lederer  
Praxis Rieker, Rüssmann, Hess

**März-Ausgabe: 4. Februar 2005**

## Anfängliche Skepsis legte sich schnell

„Als einer von vier Inhabern einer kardiologischen Praxis stand ich einem praxisinternen Qualitätsmanagement zunächst skeptisch gegenüber. Im Rahmen meiner langjährigen Klinik­tätigkeit war ich schon häufig mit Qualitätssicherungsmodellen konfrontiert und musste mit ansehen, dass keines der Projekte seinerzeit erfolgreich abgeschlossen wurde. Meistens trafen sich die Qualitätszirkel, um ihre allgemeine Unzufriedenheit über Qualität und Arbeitsbedingungen auszudrücken. Konkrete Projekte versandeten bereits auf Mitarbeiter­ebene oder spätestens bei der Durchsetzung durch die jeweiligen Klinikleiter.“



Foto: privat

Dr. med. Werner Rieker

Als das Projekt in unserer internistisch-kardiologischen Praxisgemeinschaft begonnen wurde, war ich schon froh, dass die angestrebten Arbeitsgruppen einen klaren Auftrag zum Erarbeiten von Anmeldestandards in der Praxis und für Einarbeitungsstandards für neue Kollegen sowohl in der Praxisgemeinschaft als in der von uns betriebenen ambulanten kardiologischen Rehabilitation hatten. Ich war erstaunt, mit welchem Engagement die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sich für die Umsetzung der gesetzten Ziele einsetzten.

Die mit viel Engagement entworfenen Standards haben wir mittlerweile in den Alltag aufgenommen und ihre Umsetzung erwies sich als realitätsnah. Natürlich bedarf es immer wieder der erneuten Überarbeitung solcher Konzepte, doch der Zeitaufwand hierfür ist im Vergleich gering.

Für mich als Praxisinhaber ergaben sich aus dem praxisinternen Qualitätsmanagement neben der Voraussetzung, eine Zertifizierung zu erhalten, zwei wesentliche Erkenntnisse und Erfahrungen:

1. Ein realitätsnahes Konzept zur Erarbeitung von Qualitätszielen motiviert die Mitarbeiter und setzt Ressourcen bei ihnen frei, die im Arbeitsalltag oft auch aus Zeitnot nicht angesprochen werden können. Ich bin überzeugt, dass das Einbringen von Ideen und Entwickeln von konkreten Qualitätsstandards die Arbeitszufriedenheit und Identifikation von Angestellten mit einer Praxis deutlich erhöht.
2. Die erfolgreich umgesetzten Projekte erhöhen die Effizienz einer ärztlichen Praxis und können Probleme, die normalerweise nicht angegangen werden, effektiv lösen“.

Dr. med. Werner Rieker  
Niedergelassener Kardiologe/Charlottenburg

# März-Ausgabe: 4. Februar 2005

## Qualitätsmanagement in Arztpraxen – Was gibt es schon?

Die heute schon von ärztlichen Körperschaften und anderen etablierten Anbietern erarbeiteten Konzepte zur Einführung von Qualitätsmanagement in Arztpraxen sind unterschiedlich aufwändig. Einige umfassen den gesamten Bereich Beratung, Zertifizierung und Schulung, andere nur Teile davon. Wofür man sich letztlich entscheidet, wird nicht nur von den – noch ausstehenden – Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses abhängen, sondern auch

davon, welchen Aufwand man betreiben möchte, welche Art von „Benefit“ für die eigene Praxis besonders interessant ist und welche finanziellen Ressourcen zur Verfügung stehen.

Hier ein kleiner Überblick über die von der ärztlichen Selbstverwaltung entwickelten Systeme:

- Das System QEP (Qualität und Entwicklung in der Arztpraxis) der **Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)**

befindet sich noch in der abschließenden Entwicklung. Gerade werden nach einer ersten Pilotphase die Materialien überarbeitet. Das System soll so angelegt werden, dass die Praxen es auch selbstständig einführen können. Zu diesem Zweck sollen kurze Schulung in den jeweiligen Landes-KVen angeboten werden. Mit Hilfe eines Qualitätszielkataloges und eines Manuals können die Praxen dann selbstständig weitermachen. Entsprechende Einführungskurse werden bei der KV Berlin gerade entwickelt, sie werden im Moment aber noch nicht angeboten. Informationen gibt's unter <http://www.kbv.de/presse/5475.htm>. Übrigens hat unsere Beispielpraxis mit einer Vorform des Systems QEP gearbeitet.

- Die **KTQ** (Gesellschaft für Kooperation und Transparenz im Krankenhaus, eine Einrichtung der Krankenkassen, der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft) hat ihr ursprünglich für den Klinikbereich entwickeltes Qualitätsmanagementsystem nun auch auf den ambulanten Bereich zugeschnitten. Informationen unter [www.ktq.de](http://www.ktq.de).
- **KPQ**, ein System für Qualitätsmanagement in Praxen aus der Feder der Kassenärztlichen Vereinigung in Westfalen Lippe liegt bereits seit 2002 vor und beinhaltet Elemente der DIN EN ISO ebenso wie Forderungen des EFQM-Modells. Informationen unter [www.aekwl.de](http://www.aekwl.de), Suchschlagwort KPQ.
- Gefördert von der **Bertelsmann-Stiftung** entstand ein Qualitätsmanagement-Modell für Hausärzte auf der Basis des in Holland bereits erprobten „Visitation“. Informationen unter <http://www.bertelsmann-stiftung.de/de/4188.jsp>.
- EFQM- und DIN EN ISO-Elemente finden sich als Basis in den unterschiedlichsten Angeboten z.B. der TÜV-Anbieter und vieler kleiner Anbieter wieder. SyGo

### Damit Qualitätsmanagement garantiert scheitert

#### ... sollten Praxisinhaber

- unter keinen Umständen mit Mitarbeiterinnen gemeinsam besprechen, was verbessert werden könnte – das macht jeder für sich!
- möglichst bei allen QM-Aktivitäten den Hut auf haben – schließlich weiß man am besten, wo es lang geht!
- sich aus allen QM-Aktivitäten in der Praxis raushalten.
- bei Schwierigkeiten am besten ganz schnell auf Tauchstation gehen (es gibt immer Wichtigeres zu tun!).
- ausschließlich nach Fehlern Ausschau halten, was schon gut läuft läuft doch von selbst.
- auf jeden Fall kurzfristig planen und sich auf keinen Fall auf irgendetwas festnageln lassen.
- alles von neuen Mitarbeitern machen lassen, die sind noch frisch (wahlweise auch: alles von langjährigen Mitarbeiterinnen machen lassen, die haben Erfahrung).
- möglichst viel auf einmal machen, damit man schnell fertig ist.
- nichts evaluieren, schließlich hat das ein guter Arzt/eine gute Ärztin im Gefühl, wie es um die Praxis, die Patienten und die Mitarbeiter steht.

#### ... sollten Mitarbeiter

- immer daran denken, dass die gewohnten Wege immer die besten sind – da weiß man, was man hat.
- Vorsicht walten lassen bei Besprechungen mit dem Chef – wenn der erfährt, was schief laufen könnte, gibt es Ärger.
- bei Datenerhebungen beweisen, dass man ein gutes Gedächtnis hat – da braucht man nichts gleich aufschreiben.
- daran denken: Reden ist Silber, Schweigen ist Gold.
- immer für den Chef mitdenken, schließlich hat der Wichtigere Dinge zu tun als sich um QM zu kümmern.

#### ... können alle außerdem:

- auf keinen Fall etwas aufschreiben – der ganze Bürokratiekram hat in innovativen Praxen keinen Platz.
- alles dokumentieren, damit man alles kontrollieren kann.
- auf keinen Fall Geduld bei Veränderungen haben – entweder es klappt sofort oder nie.

Christine Kuch, Qualitätsmanagement-Beraterin aus Köln

# Sexuelle Handlungen zwischen Arzt und Patient

**Das Berufsgericht für Heilberufe in Berlin verurteilte mit einer rechtskräftigen Entscheidung vom 27. Oktober 2004 einen Arzt zu einer Geldbuße von 10.000 Euro. Dieser hatte eine Behandlungssituation dazu ausgenutzt, eine Patientin im Intimbereich zu berühren und mit ihr den Geschlechtsverkehr zu vollziehen.**

Nach Auffassung des Berufsgerichtes missbrauchte der Arzt das Vertrauen der Patientin und verletzte seine ärztlichen Berufspflichten. Dabei spielte es für das Gericht bei der Entscheidung keine Rolle, dass die Patientin möglicherweise mit der Vornahme der Handlungen einverstanden war. Die Patientin hatte sich durch die Handlungen des Arztes stimuliert gefühlt und letztlich nicht gegen den Geschlechtsverkehr gewehrt. Während und nach der Situation überwog bei ihr jedoch ein Gefühl der Überrumpelung und Handlungsunfähigkeit. Bei der Bemessung der Geldbuße war für das Gericht maßgeblich, dass der Unrechtsgehalt der berufsrechtlichen Verfehlung als nicht unerheblich einzuschätzen sei. Auch bei berechtigtem Anlass für den Arzt anzunehmen, dass der sexuelle Verkehr von dem Patienten gewollt wird, werde mit einem solchen Verhalten des Arztes ein absolutes Tabu gebrochen. Von weitergehenden Konsequenzen sah das Gericht ab, weil der Arzt von sich aus Maßnahmen getroffen hatte, um künftigen Gefährdungen dieser Art entgegenzuwirken und sein Verhalten mit Hilfe eines Therapeuten aufzuarbeiten.

Berufsrechtlich stellt jegliche Art von sexuellen Annäherungen oder Übergriffen im Rahmen einer ärztlichen Behandlung einen Verstoß gegen den in der Berufsordnung der Ärztekammer Berlin geregelten Grundsatz der gewissenhaften Berufsausübung dar. Darüber hinaus sind sexuelle Annäherungen im Rahmen einer Psychotherapie grundsätzlich auch strafbar.

Im Übrigen können auch weitaus weniger offensichtliche Verhaltensweisen wie im geschilderten Fall berufsrechtliche Verstöße darstellen. Nach einer Ent-

scheidung des Bezirksberufsgerichtes für Ärzte in Stuttgart vom 25.11.1998 verletzt beispielsweise auch eine ärztlich nicht notwendige, den Schambereich einer Patientin berührende Untersuchung diese in ihrer Persönlichkeit und Würde, unabhängig davon, ob dem Arzt sexuelle Motive nachzuweisen sind. Hier verhängte das Gericht unter Berücksichtigung der angespannten finanziellen Verhältnisse des Arztes und aufgrund einer gewissen Schuldeinsicht, die der Patientin die gerichtliche Aussage ersparte, eine Geldbuße in Höhe von 6000 DM.

Ärztliches Fehlverhalten in diesem Bereich kann letztlich bis zum Verlust der Approbation führen, auch wenn, wie in den geschilderten Fällen, mangels Gewaltwirkung oder anderer Nötigungsmittel keine Straftatbestände vorliegen. So hatte das Berufsgericht in Berlin im vergangenen Jahr in einer mittler-

weile rechtskräftigen Entscheidung die Berufsunwürdigkeit eines Arztes festgestellt, der sexuelle Handlungen im Rahmen arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen an zwei jungen Männern vorgenommen hatte (wir berichteten). Die Strafbehörden hatten einen der Fälle eingestellt, weil der Arzt keine Nötigungsmittel oder gar Gewalt angewendet hatte. Allein das Ausnutzen der besonderen Vertrauensstellung als Arzt zur Initiierung und Durchführung sexueller Handlungen sowie die schweren psychischen Folgen bei einem der jungen Männer reichten dem Berufsgericht für den Ausspruch der im berufsgerichtlichen Verfahren möglichen Höchststrafe. Diese führt in der Regel dazu, dass die Approbationsbehörde das Verfahren zum Widerruf der Approbation einleitet.

Martina Jaklin (Juristin)  
Referatsleiterin Berufsrecht der  
Ärztekammer Berlin

# Fürs Arzt-Leben lernen

**Der Reformstau in der ärztlichen Ausbildung löst sich endlich auf, das Berliner Modell macht Schule. Im Reformstudiengang lernen schon die Anfänger an konkreten Fällen und sogar an lebenden Menschen, ohne dass die Wissenschaft zu kurz kommt.**

So, ich habe Herzattacken, und die in der Klinik haben mich zu Ihnen geschickt, jetzt bin ich hier“, sagt die neue Patientin. Binnen drei Wochen war sie zitternd und schweißgebadet dreimal in der Notaufnahme der Charité erschienen, mit Herzrasen, Thoraxschmerz, beklemmendem Engegefühl in Brust und Hals, jedes Mal in Todesangst. Denn eine Tante ist mit 43 Jahren am Herzinfarkt gestorben, berichtet sie.

Aber in der Charité waren alle Werte normal. Man entließ sie mit der Diagnose „Funktionelles Syndrom“, einer Tablette Diazepam und der Empfehlung, sich beim Hausarzt vorzustellen. Der erhebt nun sehr sorgfältig die Anamnese, kommt schon beim Erstgespräch dem psychosozialen Hintergrund näher und stellt auch noch eine Agoraphobie fest, weil die junge Patientin, wenn auch erst auf Befragen, ihre Ängste vor Menschenmengen und engen Räumen schildert.

Das alles wirkt sehr überzeugend – nur hat die Frau weder eine Koronarkrankheit noch ein funktionelles Herzsyndrom, noch Platzangst. Auch kein Münchhausensyndrom. Sie ist kerngesund, körperlich wie seelisch. Also eine Simulantin? Kommt der Sache schon näher. Nur: Erstens weiß der Untersuchende schon vorher, dass sie simuliert, und zweitens spielt auch er eine Rolle, denn er ist gar kein Arzt, sondern will erst einer werden.

Wir haben soeben – in einer Glanzrolle – eine Simulationspatientin vorgestellt, eine der achtzig zwischen 16 und 70 Jahre alten Leute, die zwei, drei oder auch ein paar Dutzend Krankenrollen einstudiert haben. Viele davon sind professionelle oder Laien-Schauspieler, andere (nicht alle) kommen aus Gesundheitsberufen oder studieren Medizin. Sie alle tragen dazu bei, dass der ärztli-

che Nachwuchs des Berliner Reformstudiengangs lebensnah ausgebildet wird.

## Einsatz von Simulationspatienten

Sie werden vor allem beim Interaktionstraining eingesetzt, berichtet Annette Fröhmel, die Hauptverantwortliche für dieses Programm. In den Gesprächen mit den gut vorbereiteten Simulationspatienten lernen die Studierenden aber nicht nur, wie man mit dem wichtigsten diagnostischen Instrument, der Anamnese, umgeht oder wie man Patienten über eine schwerwiegende Diagnose klar, aber einfühlsam aufklärt. (Von den „Kranken“ bekommen sie hinterher eine Rückmeldung.) Nebenbei vertiefen sie auch ihre bislang nur papierene Kenntnis bestimmter Krankheitsbilder. Auch ein junger Mann mit einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie oder eine Mutter, die Schwierigkeiten mit dem Diabetes ihres kleinen

Sohnes hat, sind Rollen, die Simulationspatienten „drauf“ haben.

Angespielt wurden sie bei einem Workshop auf der Jahrestagung der Gesellschaft für medizinische Ausbildung in Berlin. Auch deren Vorsitzender, Eckhart Hahn, war unter den Teilnehmern. Es zeigte sich, dass jetzt in Deutschland – wie im Ausland schon lange – immer mehr mit Simulationspatienten gearbeitet wird, nicht allein im Medizinstudium, sondern auch in der Weiterbildung und Fortbildung. Im „Trainingszentrum für ärztliche Fertigkeiten (TÄF) der Charité kann der Nachwuchs (nicht nur des Reformstudienganges) außer an der Puppe auch an diesen „standardisierten Patienten“ Gesprächs- und Untersuchungstechniken lernen.

Die „Standardisierung“ ist vor allem bei Prüfungen wichtig. Fragen müssen so konstant wie möglich beantwortet werden, damit jeder Prüfling die gleichen Chancen hat.

## Problemlösen lernen statt Stoff pauken

Von langjährigen positiven Erfahrungen anderer Länder profitieren die Berliner Reformstudiengänger auch beim „Problem-orientierten Lernen (POL)“, der zentralen didaktischen Form eines



„Patientin“ und „Ärztin“ – beide simulieren

Foto: Reformstudiengang Medizin, Charité

aktivierenden, zur Selbstständigkeit führenden und praxisnahen Unterrichts, der zudem Vorklinik und Klinik vernetzt. Hier werden die Grundlagenkenntnisse nicht wie sonst Fach für Fach und getrennt von der klinischen Medizin passiv aufgenommen (und nach dem Examen oft rasch vergessen). Vielmehr tragen die Studierenden sich die nötigen Grundlagen zur Lösung einer lebensnahen Aufgabe selbst aktiv zusammen. Das geht so:

Sieben Studenten treffen sich zu Beginn der Woche und werden mit einem Problem konfrontiert, meist einem Krankheitsfall, der für die Anfänger erst auf dem Papier steht („Paper Case“). Der Dozent fungiert als zurückhaltender Moderator und fördert behutsam den Lernprozess. Die Studierenden analysieren das Problem, zerlegen es in Teilaufgaben und definieren Lernziele (z. B. aus der Anatomie, Physiologie oder Endokrinologie). Das Selbstlernen nach dieser ersten Sitzung wird von freiwilligen, aber gut besuchten, Übungen und Seminaren begleitet, die zu bestimmten Themenblöcken immer von einem Grundlagenmediziner und einem Kliniker gemeinsam geleitet werden.

## Keiner fiel durchs 2. Staatsexamen

Das wollten die Vorklinik-Hochschullehrer anfangs nicht glauben – bis nun die ersten 18 Absolventen, ein Drittel der 63 Studierenden des ersten Reformjahrgangs, ihr zweites Staatsexamen nach der Regelstudienzeit ablegten. Keiner fiel durch, und sie schnitten ebenso gut ab wie die Kommilitonen des herkömmlichen Studiengangs. (Einen Selektions-Bias gab es nicht; nach Herkunft, Intelligenzgrad und anderen Merkmalen waren die „Reformer“ ihnen keineswegs überlegen, ergab eine Untersuchung.)

Quod erat demonstrandum. Das Berliner Modell wird wissenschaftlich begleitet, ständig evaluiert und extern begutachtet, und nun zeigte sich: Die Reformstudierenden haben sich dasselbe Maß an Grundlagenwissen erworben wie die

## So fing es an

Erinnern wir uns kurz an den Ursprung des Berliner Reformstudiengangs: Im Streiksemester 1988/89 protestierten auch am Virchow-Klinikum (damals noch FU) die Studierenden gegen die unzumutbaren Studienbedingungen – aber konstruktiv. Sie bildeten eine Arbeitsgruppe und begannen ein Reformkonzept zu entwickeln. Dabei orientierten sie sich an erfolgreichen Reformfakultäten wie Harvard, McMaster in Kanada, Maastricht, Linköping, an den Ansätzen in Witten-Herdecke sowie an den Vorarbeiten der Gruppe um die Robert-Bosch-Stiftung. (Zusammengefasst in dem Buch „Das Arztbild der Zukunft – Abschlussbericht des Murrhardter Kreises“, Gerlingen 1989.) Sie zogen den Dekan Dieter Scheffner auf ihre Seite, der jahrelang die Arbeitsgruppe leitete, später von Walter Burger abgelöst wurde und jetzt Beauftragter der Charité für den Reformstudiengang ist.

Ein Jahrzehnt lang blieb die Gruppe im Reformstau stecken – bis eine Experimentierklausel in der veralteten Approbationsordnung endlich den Start ermöglichte. Nach der Aufbauphase, unterstützt von Stiftungen und Sponsoren, Bund und Land, ist das Reformcurriculum auch nicht teurer als das traditionelle Studium, konstatierte Berlins Gesundheitsministerin Knake-Werner auf der erwähnten Tagung der Ausbildungsforscher. Und an gleicher Stelle versicherte Charité-Dekan Winau, dass er fortgeführt wird, neben dem Regelstudiengang. Mittlerweile macht das Berliner Modell Schule. Auch andere Fakultäten haben die Experimentierklausel genutzt und Modellstudiengänge eingerichtet.

Regelstudenten, trotz des weit stärkeren Anwendungsbezuges ihres Studiums, zu dem zum Beispiel von Anfang an ein – sehr beliebter – wöchentlicher Praxisvormittag bei einem Arzt der Primärversorgung gehört.

Der Lernstoff wird statt nach Fächern nach sinnvollen Komplexen gegliedert, im ersten Studienabschnitt nach Organsystemen (wie Herz/ Kreislauf, Haut, Sinnesorgane), im zweiten – vom 6. Semester an – nach Lebensphasen,

vom Säugling bis zum Greis. Dazu finden mehrwöchige klinische Blockpraktika (wie Pädiatrie, Innere, Gynäkologie) statt.

Neu am Reformstudiengang sind also nicht nur die didaktischen Mittel, neu sind auch die Inhalte. Beides zielt auf eine aktive Rolle der Lernenden und auf einen besseren Praxisbezug der ärztlichen Ausbildung.

Rosemarie Stein

## Nachträglich zum 75. Geburtstag von Gertrud Gumlich



Foto: privat

**W**er Dr. med. Gertrud Gumlich, Fachärztin für Innere Medizin, in ihrer kraftvollen, engagierten und offenen Art kennen lernt, kann kaum

glauben, dass sie am 29.1.2005 ihren 75. Geburtstag feierte. Aufgewachsen in einer Hamburger Arztfamilie, hat sie nach abgeschlossenem Medizinstudium und der Facharztausbildung lange und erfolgreich die elterliche Praxis weitergeführt, bevor sie in Berlin viele Jahre im AOK-Ambulatorium tätig war.

Es fällt schwer aufzuzählen, in welchen Gremien sie Vorsitzende, Vorstands- oder aktives Mitglied war bzw. ist, wie zum Beispiel Aktion Sühnezeichen, amnesty international, der IPPNW, der

Ärztammer Berlin, deren Delegierte sie u.a. jahrelang war, oder in der Leitung der evangelischen Kirche Berlin-Brandenburg. Im Rahmen ihres kirchlichen Engagements und der IPPNW-West knüpfte sie in der Vorwendezeit enge und regelmäßige Kontakte zur Friedensbewegung und zu Bürgerrechtsgruppen in der DDR und Ostberlin. Unter großen Schwierigkeiten und manchmal auch unter abenteuerlichen Bedingungen besuchte und unterstützte sie regelmäßig diese nicht staatstragenden Gruppen. Wie viele mündliche Informationen, Zeitungen, Zeitschriften, Bücher, „Tonträger“, technische Geräte und vieles mehr wurden von ihr unter den Augen der DDR-Grenzpolizisten von West nach Ost geschmuggelt!

Sofort nach der Vereinigung Berlins nahm sie als Delegierte der Ärztkammer und Mitglied der Fraktion Gesund-

heit Kontakt zu den Politikern und Ambulatorien im Osten der Stadt auf und bemühte sich mit großer Ausdauer, Engagement und Kreativität, die noch bestehenden Einrichtungen zu erhalten (was in Berlin im Gegensatz zu Brandenburg nur zu einem kleinen Teil von Erfolg gekrönt war).

Auch jetzt ist sie noch gesundheitspolitisch tätig, u.a. als Vorsitzende im Ausschuss für Menschenrechte der Ärztkammer Berlin. Seit Jahren betreut sie Obdachlose medizinisch – vorwiegend in den Bezirken Friedrichshain und Kreuzberg – und nimmt aktiv an Kongressen und Workshops insbesondere zu den Themen Armut und Gesundheit teil.

Wir wünschen Gertrud Gumlich noch viele Jahre der Gesundheit, der Aktivität und der Freude an und mit ihrer Familie, die ihre Arbeit stets unterstützte. Und wir danken ihr für ihr mutiges, zutiefst humanitäres Engagement auch für die Schwachen, für ihre konstruktiven, klaren, vorwärts treibenden Diskussionen, Ihre Geradlinigkeit und ihre Toleranz.

Dr. med. Thea Jordan

## Bernd Janßen wird 85



Foto: privat

**D**er ehemalige Leiter der Tuberkulose-Fürsorgestelle Steglitz, Medizinaldirektor i. R. Dr. med. Bernd Janßen, feiert am 20. Februar 2005

seinen 85. Geburtstag. Als Sohn eines Polizeioffizieranwärters wurde er in Dresden geboren und besuchte dort bis zur Reifeprüfung 1939 die Schule. Als Sanitätsoffizieranwärter studierte er, unterbrochen durch Fronteinsätze, an der Luftwaffenärztlichen Akademie in Berlin und Würzburg Medizin mit Staatsexamen und Promotion in Würzburg 1944. 1945 geriet er in Nürnberg in amerikanische Kriegsgefangenschaft, aus der er zu seiner Ehefrau nach Innsbruck fliehen konnte. 1946 kam die Familie nach Berlin.

Seine Weiterbildung zum Facharzt für Lungenkrankheiten absolvierte Bernd Janßen im Städtischen Krankenhaus Neukölln unter Ignaz Zadek. 1951 erhielt er die Facharztanerkennung und wurde Fürsorgearzt in der TBC-Fürsorge Neukölln. Von dort wechselte er als Leiter der TBC-Fürsorge nach Steglitz, wo er bis zur Erreichung der Altersgrenze 1981 wirkte. Schon als Kind hatte sich der begeisterte Pfadfinder – was ihn nach 1933 in Konflikte mit der NS-Obrigkeit brachte – dem Sport verschrieben. Das Allround-Talent übte verschiedenste Sportarten aktiv aus; von der Leichtathletik – 25 Mal erwarb er das Goldene Sportabzeichen – über modernen Fünfkampf, Ballsportarten, Schwimmen, Tauchen, Rudern, bis hin zum Segelfliegen.

Bernd Janßen gehörte nach dem Kriege zu den Begründern des Sportärztebundes in Berlin und gehörte seit 1950 in

den verschiedensten Funktionen dessen Vorstand an. Im gleichen Jahr erwarb er erstmals das Sportarzt Diplom. Bis 1989 arbeitete er ehrenamtlich als Bezirkssportarzt in Neukölln. Über rund drei Jahrzehnte engagierte er sich in Lehrgängen und bei Vorträgen für die gesundheitliche Aufklärung der Bevölkerung. Der sportliche Arzt gehörte selbstverständlich verschiedensten Sportvereinen an. 1954 übernahm Janßen die sportärztliche Betreuung des Basketball-Verbands Berlin und zeitweilig auch der Nationalmannschaft. 1972 leitete er bei der Olympiade in München das Ärzteteam Basketball.

Seit den fünfziger Jahren engagiert sich Bernd Janßen in der Versehrtensportbetreuung, vornehmlich in Neukölln und Zehlendorf und war von 1970 bis 1985 Landesversehrtensportarzt in Berlin.

Wir wünschen ihm weiter einen erfüllten Ruhestand!

Dr. med. Dr. phil. Manfred Stürzbecher



Gunda Leschber

## Frechheit siegt

Im Chefarztzimmer hängt ein Plakat, dem sich die Cheförztn verpflichtet fñhlt. Zu sehen sind drei Mñnnchen. Das erste klopft Steine zurecht, das zweite tñftelt an einem Spitzbogenfenster, das dritte hat im Kopf schon die fertige Kathedrale gebaut – offenbar der Architekt. Der Titel: „Auf die Vision kommt es an“. Gunda Leschber hat ãhnlich raumgreifende Visionen schon immer mit sich herumgetragen, nur nahmen sie keine konkrete Gestalt an. Medizin sollte es sein, „ein großes Fach“ wie die Chirurgie. Oberärztin in einer Klinik wollte sie werden und wurde es. Und dann? Ihr Mann gab der Vision eine Kontur: „Du hast das Zeug zur Cheförztn.“ Seit anderthalb Jahren liefert Gunda Leschber den Beweis, im Fachkrankenhaus für Lungenheilkunde und Thoraxchirurgie Berlin-Buch. Als erste Frau in dieser Position.

**W**ie sie plötzlich dasteht, in modischer Steppjacke, mit blonden Haaren und offenem Lachen, würde niemand ahnen, dass sie gerade aus dem OP kommt. Nur um die Augen herum haben sich das unermüdliche Arbeiten, die Konzentration und der Erkenntnisdrang in vielen kleinen Furchen eingegraben.

Gunda Leschbers Werdegang liest sich wie ein modernes Wissenschaftsdrama. Während andere nach dem Abitur ihren Träumen nachhingen, begann sie mit klarem Kopf ein Medizinstudium an der FU. „Ich hatte gute Noten, es schien interessant, und man konnte gutes Geld verdienen.“ Sie erinnert sich noch an eine Diskussion unter Erstsemestern. Erörtert wurde die selbstquãlerische Warum-studierende-Medizin-Frage.

Gundas ehrliche Antwort (siehe oben) löste bei ihren Kommilitonen pures Entsetzen aus. Wo bleibt die heilige hippokratische Mission?

Die Kommilitonen arbeiten heute in der Pharmaindustrie und der medizinischen Forschung. „Die haben in ihrer Karriere nicht eine Nachtschicht gemacht.“ Soviel zur Diskrepanz zwischen Vorsatz und Tat.

Während des Studiums geht sie für ein Jahr nach Frankreich, die Famulatur macht sie in den USA, danach beginnt die Assistenzzeit in der Pathologie des Neuköllner Krankenhauses. Auf eigene Faust bewirbt sie sich in den USA um eine Stelle, spricht persönlich in Kliniken vor – und hat Erfolg. „Frechheit siegt“. Den Arbeitsalltag beschreibt sie als „moderne Sklavenhaltung“, also noch weitaus aufreibender als in Deutschland. „Mein Rekord lag bei 138 Wochenstunden.“ Sie wird noch frecher, bewirbt sich als Astronautin bei der ESA, bekommt aber eine Absage.

Nach zwei Jahren ist sie wieder zurück in Deutschland, zuerst an der Uniklinik Düsseldorf, dann wieder in Berlin. In der Lungenklinik Heckeshorn war eine Stelle in der Thoraxchirurgie frei. Gunda Leschber ist nicht wãhlerisch. „Na, dann machste eben Thoraxchirurgie.“ Und ihr gefãllt das Fach besser als erwartet. „Alle Disziplinen kñmmern sich um ein Organ, die Lunge. Es gibt kaum Konkurrenzdenken.“ In Heckeshorn würde sie nach ihrem Facharzt für Chirurgie gerne bleiben, aber es wird keine Oberarztstelle frei. Zur Frustbekãmpfung macht Gunda Leschber den Flugschein für Sportmaschinen und nimmt eine Stelle in der Lungenklinik Hemer am Rande des Sauerlands an. „Ich habe operiert, bis ich Schwielen an den Hãnden bekam.“ Sie wird leitende Oberärztin, bleibt sechs Jahre, bis sie sich auf die „Traumstelle“ in Berlin-Buch bewirbt.

Die Wahl fällt auch deswegen auf Gunda Leschber, weil sie viel Erfahrung mit minimalinvasiver Chirurgie mitbringt. Im Sommer 1990, als diese Methode noch völlig neu ist, nimmt sie sich freie Tage und reist zu einem Spezialisten nach Bordeaux. Während andere viel Geld bezahlen, um bei den Operationen zuschauen zu können, assistiert Gunda Leschber ihrem franzõsischen Kollegen. Ein Privileg.

Und wie klappt es so als Frau in der Mãnnerdomãne Chirurgie? „Probleme gab es nie“, sagt Gunda Leschber. Ihr Chef in Hemer hatte gleich zwei Oberärztinnen an seiner Seite. Andererseits fñhle sie sich bei den Treffen der 34 deutschen Thoraxchirurgie-Cheförztn als einzige Frau schon etwas verloren. Kinder hat sie nicht. Dafñr ist sie eine begeisterte Tante.

Wenn Empathie ein femininer Charakterzug ist, dann profitieren Gunda Leschbers Patienten von ihrer Weiblichkeit. Liegt ein wichtiger privater Termin an, verschiebt sie schon mal eine OP. Im Zweifelsfall entscheidet sie eher gegen eine Operation, wenn der Patient nicht an den Erfolg glaubt. „Sie denken zu internistisch“, hatte ihr Chef in Hemer kritisiert. Wer profitiert von einer OP? fragte sich Gunda Leschber dann. Der Arzt oder der Patient?

Thomas Loy

*In dieser Rubrik porträtieren wir in loser Folge Ärzte aus Berlin. Dabei wollen wir Kollegen vorstellen, die uns durch ein besonderes ärztliches Engagement oder durch eine ungewöhnliche Vita aufgefallen sind. Über Vorschläge unserer Leser freuen wir uns sehr. Redaktions-Tel. 40 80 6-1600*

# Gute Ärzte sind nicht alle gleich

**Steffen Simon (Hrsg.): Der gute Arzt im Alltag. Anleitung zur ärztlichen Grundhaltung in Klinik und Praxis. Deutscher Ärzte-Verlag 2004, 142 Seiten, 19,95 €, ISBN 3-7691-0480-3**

Mit „Der gute Arzt“ hat der Psychiater Klaus Dörner vor vier Jahren nicht weniger als ein „Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung“ vorgelegt. Aber gibt es „den Arzt“ überhaupt im Singular, noch dazu „den“ guten?...

Was ein schlechter Arzt ist, darüber ist man sich in der Öffentlichkeit schon eher einig: Zum Beispiel einer, der Patienten als Fälle betrachtet, nicht als Personen. Einspruch, sagt da der Urologe Christian Eggersmann vom Klinikum Wuppertal, und fordert besonders für die operativen Fächer ein Recht auf solche Abstraktion vom konkreten Mitmenschen. „Denke ich bei der Operation immer an Herrn X, der gerade vor mir auf dem OP-Tisch liegt, denke ich daran,

dass Herr X ein schwerwiegendes Problem hat, wenn ich jetzt einen Fehler mache, kann ich nicht gut operieren.“ Besser also, wenn Herr X „die Prostata“ ist, solange er auf dem OP-Tisch des Urologen liegt. Diesen Gedanken hat Eggersmann in einer Vorlesungsreihe zum Thema „Der Gute Arzt im Alltag“ geäußert, die im Wintersemester 2002/03 an der Uni Witten/Herdecke lief. Jetzt liegen die Aussagen der neun Ärzte aus verschiedenen Fachgebieten, die dort sprachen, in Buchform vor. Die recht unterschiedlichen Bedingungen, unter denen die Autoren im Alltag arbeiten, verschaffen ihren Gedanken Bodenhaftung. Für den niedergelassenen Dermatologen J.-Christian Kingreen aus Hagen ist der Patient ein fremder Gast, „der sich meines Schutzes gewiss sein kann“. Dieser Gast kommt zwar oft voller Verlegenheit über entstellende Hauterscheinungen in seine Praxis, ist aber meist nicht lebensbedrohlich erkrankt.

Für die Internistin Regina Prenzel, Leitende Ärztin am Pius-Hospital in Oldenburg, stellt sich die Lage schon anders dar. Sie betont das Machtgefälle, das zwischen den fremden Gesprächspartnern besteht. „Am Anfang muss der Arzt signalisieren, dass er bereit ist, Verantwortung für den anderen zu übernehmen.“ Später geht es oft sogar darum, Beistand zu leisten.

Das gilt in verstärktem Maß in der Palliativmedizin. Christof Müller-Busch vom Berliner Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe findet das französische Bild vom „père maternel“, dem mütterlichen Vater, für den guten Arzt hier passend. Der gute Arzt als guter Zuhörer. Der Schriftsteller und jetzige Präsident der Akademie der Künste, Adolf Muschg, vermisst ihn in der „taubstummen Medizin“, mit der er leidvolle Erfahrungen machte. Man möchte wünschen, dass seine Erfahrungen veraltet sind. Sein Text, der den Abschluss des ansonsten aktuellen Bandes bildet, stammt immerhin aus dem Jahr 1979.

Adelheid Müller-Lissner

BERLINER  ÄRZTE

2 / 2005 42. JAHRGANG

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

**Herausgeber:**

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

**Redaktion:**

Dipl. pol. Sybille Golkowski (v.i.S.d.P.)  
Eveline Piotter (Redaktionsassistentin)

**Redaktionsbeirat:**

Dr. med. Günther Jonitz  
Dr. med. Elmar Wille  
LMD Dr. sc. med. Manfred Dückert  
Daniel Sagebiel

**Anschrift der Redaktion:**

Friedrichstraße 16, 10969 Berlin  
Telefon 030 40806-1600/-1601, FAX -1699  
Titelgestaltung: Sehstern/Berlin.

Für die Richtigkeit der Darstellung der auf den vorstehenden Seiten veröffentlichten Zuschriften wissenschaftlicher und standespolitischer Art kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die darin geäußerten Ansichten decken sich nicht immer mit denen der Herausgeber der Zeitschrift. Sie dienen dem freien Meinungsaustausch unter der Ärzteschaft und ihr nahestehender Kreise. Nachdruck nur mit Genehmigung. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zulässigen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar.

**Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:**

Leipziger Verlagsanstalt GmbH  
Paul-Gruner-Straße 62,  
04107 Leipzig  
Telefon 0341 710039-90, FAX -99  
Internet: www.leipziger-verlagsanstalt.de  
E-Mail: info@leipziger-verlagsanstalt.de

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

Die Zeitschrift erscheint 12mal im Jahr jeweils am 1. des Monats. Sie wird von allen Berliner Ärzten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft zur Ärztekammer bezogen. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedspreis abgegolten. Nichtmitglieder können die Zeitschrift beim Verlag abonnieren. Der Jahresbezugspreis (12 Ausgaben) beträgt im Inland € 61,40 (einschließlich Versand), Patenschaftsabonnement Berlin-Brandenburg € 40,90 (einschließlich Versand). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 4,20 zzgl. € 2,50 Versandkosten.  
*Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 5 vom 01.01.2005.*

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

ISSN: 0939-5784