

Gut behandelt, aber schlecht informiert

Foto: Charité

Deutsche Patienten sind medizinisch gut versorgt, aber oft sehr schlecht informiert. Die Anzahl der Ärzte pro 1000 Einwohner ist vergleichsweise hoch, trotz der Lücken, die sich in der flächendeckenden Versorgung an einigen Stellen auftun. Krankenhäuser sind überall zu erreichen, auch solche mit Herzkathetermessplätzen. Die Krankenkassen übernehmen die Kosten für Notfalltransporte, Krankenhausaufenthalte, ambulante Versorgung und Rehabilitation. Aber viele Patienten kennen das Risiko nicht, mit dem sie leben und die Faktoren, die das Risiko ausmachen. Sie kümmern sich daher nicht um eine Behandlung, die erfolgreich möglich wäre, sie wissen nicht, wann es gefährlich wird und wie sie sich in der Stunde der Gefahr verhalten sollen. Sie machen daher lebensbedrohliche Fehler.

Dies zeigt zum Beispiel eine Untersuchung der Charité, in der 2000 Bürger in zwei Berliner Bahnhöfen zu koronaren Risikofaktoren, Symptomatik von Angina pectoris und akutem Herzinfarkt bei Männern und Frauen befragt wurden. Der Anteil der Akademiker bei der Befragung lag bei 37 %, aus medizinischen Berufen kamen 10 %. Das Ergebnis war erschreckend: Nur 2 % der Befragten konnten sämtliche Fragen richtig beantworten. Dabei fand sich

Prof. Dr. Gert Baumann

...ist Direktor der Med. Klinik mit Schwerpunkt Kardiologie, Angiologie und Pulmologie am Campus Charité Mitte

kein Unterschied zwischen Ost und West sowie Männern und Frauen. Ältere (>60 Jahre) wussten hingegen besser Bescheid als Jüngere (<25 Jahre).

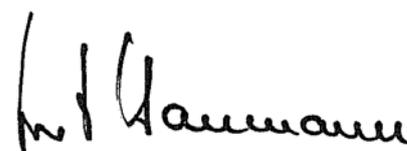
Der schlechte Informationsstand der Bürger lässt sich auch aus den Zahlen des Berliner Herzinfarktregisters ableiten. Die Anzahl der Menschen mit unzureichend behandelten Risikofaktoren bei Einweisung ins Krankenhaus ist über die Jahre gleich geblieben. Wenn sie informiert gewesen wären und sich bemüht hätten, wären sie erfolgreicher behandelt worden. Sie kamen oft zu spät nach dem Auftreten der Symptome eines Herzinfarktes ins Krankenhaus, nämlich nur rund 60 % innerhalb der ersten drei Stunden. Weniger als die Hälfte ließ sich mit dem Notarztwagen transportieren.

Es ist eine Herausforderung für Ärztinnen und Ärzte, den Informationsstand der Bürger zu verbessern. Doch wie kann man die Menschen erreichen? Wie kann man vermitteln, dass die evidenzbasierte Medizin auch für das Verhalten des Einzelnen verlässliche und Erfolg versprechende Leitlinien abgibt? Eine bessere Informationskultur, eine öffentliche Kampagne muss angestoßen und unterhalten werden – mit dem Ziel, die koronare Herzerkrankung besser zu verhindern und rasch das Richtige zu tun, wenn der Notfall eingetreten ist. So gibt

es im Rahmen der „Herzwoche“ am 8. November eine Fortbildungsveranstaltung des Berliner Herzinfarktregisters in der Ärztekammer Berlin, bei der es auch um Laieninformation geht. Lesen Sie dazu die Meldung auf Seite 12.

Aber auch auf eine andere neue Informationsquelle sei hingewiesen: Am 19. Oktober ist die erste Ausgabe der Zeitschrift „Gute Pillen – Schlechte Pillen“ erschienen. Es handelt sich dabei um ein unabhängiges Laien-Informationsblatt zu Gesundheit und Krankheit, das in einer bemerkenswerten Kooperation gemeinsam vom „arznei-telegramm“, DER ARZNEIMITTELBRIEF und „Pharma-Brief“ herausgegeben wird. Auch dieses Projekt hat sich zum Ziel gesetzt, Laien über praktisch bedeutsame Fakten so zu informieren, dass sie in richtiges Verhalten umgesetzt werden können.

Laieninformation ist das Thema der „Herzwoche“: Damit ist gleichzeitig der Sektor des Gesundheitswesens benannt, auf dem noch die größten Potenziale geweckt werden könnten.





TITELTHEMA.....

„Der Tod ist stärker als wir“

Vom ärztlichen Umgang mit Sterben und Tod. Das Thema Sterben und Tod ist für viele Ärzte immer noch tabu. Den Tod eines Patienten begreifen sie oft als ein persönliches Scheitern ihrer Arbeit. Sie fühlen sich betroffen und schuldig. BERLINER ÄRZTE zeigt die Hintergründe des problematischen Umgangs mit dem Tod und welche Erfahrungen Ärzte in ihrer täglichen Arbeit damit gemacht haben.

Von *Ulrike Hempel* 14

MEINUNG.....

Gut behandelt, aber schlecht informiert

Von *Gert Baumann* 3

BERLINER ÄRZTE *aktuell* 6

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

Moderate Rentenerhöhung beschlossen

Bericht von der Delegiertenversammlung am 28. September 2005.
Von *Sascha Rudat* 19

Kammer warnt vor Einsatz von Anästhesieassistenten

In einer Gemeinsamen Erklärung haben sich die Ärztekammer Berlin und zwei Anästhesiefachverbände gegen den Einsatz von Medizinischen Assistenten für Anästhesiologie ausgesprochen. Sie befürchten negative Folgen für Patienten, Ärzte und Pflegepersonal.
Von *Sascha Rudat* 21

FORTBILDUNG.....

Psychische Erkrankungen bei Intelligenzminderung oft unzureichend diagnostiziert

Wenn Menschen mit Intelligenzminderung psychische Erkrankungen oder Verhaltensauffälligkeiten aufweisen, bereitet die Diagnosestellung in der täglichen Praxis oft Probleme. Häufig kommen dann Psychopharmaka zum Einsatz.
Von *Tatjana Voß, Michael Böhm, Albert Diefenbacher* 24

Nahrungsergänzungsmittel auf dem Prüfstand

Die Werbung schreibt Nahrungsergänzungsmitteln und so genannten Functional Foods häufig einen großen Nutzen für die Gesundheit und das Wohlbefinden zu. BERLINER ÄRZTE gibt einen Überblick über den aktuellen Stand der Entwicklung und der Bewertung dieser Produkte aus ernährungsmedizinischer Sicht.
Von *Rolf Großklaus* 26

MEDIZINGESCHICHTE.....

Die Entdeckung des Syphillis-Erregers

Vor 100 Jahren entdeckte der Zoologe Fritz-Richard Schaudinn den Syphillis-Erreger. Viel Anerkennung bekam er dafür von den Medizinern seiner Zeit nicht. BERLINER ÄRZTE stellt den Forscher vor, der im Alter von 35 Jahren starb.
Von *Manfred Stürzbecher* 28

PERSONALIEN.....

**Zum Tode von Ingeborg Falck 29
Hans Witzgall zum gosten 31**

FEUILLETON.....

Heilkräftige Kunst aus Afrika

Das Berliner Ethnologische Museum zeigt aus seiner Sammlung von 75.000 afrikanischen Objekten in Dahlem 180 herausragende Kunstwerke. Darunter sind auch so genannte Kraftfiguren, denen heilende Wirkungen zugeschrieben werden.
Von *Rosemarie Stein* 30

Impressum 38

Ausland

Engagement für Opfer von Beslan

Vor gut einem Jahr, am 1. September 2004, wurde das Leben eines kleinen Ortes im Nordkaukasus von einer beispiellosen Tragödie überschattet: In der Schule Nummer 1 von Beslan, einer Kleinstadt der russischen Teilrepublik Nordossetien, nahm eine Gruppe von Terroristen insgesamt 1120 Menschen als Geiseln, die an diesem Tag zur Einschulungsfeier zusammengekommen waren. Die meisten von ihnen waren Kinder, die unter unsäglichen Bedingungen festgehalten wurden. Sie wurden in der Turnhalle zusammengepfertcht, wo ihnen trotz der unerträglich hohen Temperaturen Essen und Trinken verwehrt wurden. Nach drei Tagen beendeten russische Einsatzkräfte die Geiselnahme gewaltsam und stürmten die Schule. Die Turnhalle brannte aus, das Schulgebäude wurde völlig zerstört. Die genauen Einzelheiten der Beendigung der Geiselnahme sind jedoch bis heute ungeklärt. Nach offizieller Zählung waren unter den Geiseln am Ende 331 Todesopfer zu beklagen, darunter 186 Kinder. Die Anzahl der Schwerverletzten wurde von den russischen Behörden mit 783 angegeben. Alle Überlebenden wurden zunächst in den Krankenhäusern der Umgebung untergebracht. Diese Häuser waren natürlich nicht auf eine Katastrophe dieses Ausmaßes vor-

bereitet. Medizinische Hilfe für die Opfer kam auch aus der Berliner Ärzteschaft. Die ossetische Ärztin und Wissenschaftlerin Fatima Dsebissowa, selbst in Wladikawkas aufgewachsen und derzeit in der Kinderabteilung des Deutschen Herzzentrums Berlin tätig, engagiert sich seit der Geiselnahme ehrenamtlich für deren Opfer. Unmittelbar nach der Katastrophe wurden viele Opfer in Beslan und den umliegenden Krankenhäusern versorgt. Nach einer örtlichen Erstversorgung wurden Traumaopfer mit komplizierten Befunden nach Moskau überwiesen und in den dortigen Zentren behandelt. Viele der ehemaligen Geiseln haben chronische Schäden durch Schuss- oder Explosionsverletzungen und schwierig zugängliche Splitter behalten oder erlitten schwere Verbrennungen. Patienten, deren traumatische oder neurochirurgische Versorgung auch in der russischen Hauptstadt nicht gewährleistet werden konnte, vermittelt Fatima Dsebissowa an die Charité, wo sie auch deren Betreuung übernimmt. Nachdem sie feststellen musste, dass fast alle Geiseln durch die Bombendetonationen bei der Erstürmung der Schule Barotraumen erlitten hatten, organisierte Dsebissowa ein HNO-Operationsmikroskop, mobilisierte Spenden für die



Fatima Dsebissowa (li.) mit Einwohnern aus Beslan

Foto: Lunze

Finanzierung und sorgte für den zuverlässigen Transport in die HNO-Abteilung des Krankenhauses von Wladikawkas. Dort gibt es inzwischen aber keinen Operateur mehr, der die OPs durchführen könnte. Derzeit sucht Fatima Dsebissowa daher in Deutschland nach einem HNO-Chirurgen, der einer Kollegin aus Wladikaw-

kas Anleitung zur Durchführung mikrochirurgischer HNO-Eingriffe geben könnte oder bereit wäre, für einen bestimmten Zeitraum in Wladikawkas zu operieren und dort Kollegen anzuleiten. Interessenten können sich bei Fatima Dsebissowa unter der Telefon-Nr. 030/45 93 28 47 melden.

Lunze

Krankenhäuser

Strehlau-Schwoll neuer Vivantes-Chef

Neuer Chef des Berliner Krankenhauskonzerns Vivantes wird am 1. Januar 2006 Holger Strehlau-Schwoll aus Wiesbaden. Dies beschloss der Vivantes-Aufsichtsrat am 28. September einstimmig. Der 49-jährige Diplom-Kaufmann wird damit Nachfolger von Wolfgang Schäfer als Vorsitzender der Vivantes-Geschäftsführung. Seit 1997 ist Strehlau-Schwoll Hauptgeschäftsführer der Wiesbadener Horst-Schmidt-Kliniken GmbH (HSK). Dort war er für ein kommunales Krankenhaus mit rund 1000 Betten sowie durch Geschäftsbesorgungsverträge für mehrere andere Krankenhäuser in der Region mit rund 2500 Betten verantwortlich. Vivantes beschäftigt derzeit rund 10.500 Vollkräfte und verfügt über rund 5000 Krankenhausbetten sowie 1844 Pflegeplätze.

*Gesundheitspolitik***Vivantes und Charité kooperieren stärker**

Die beiden Gesundheitsunternehmen Vivantes und Charité arbeiten künftig enger zusammen. Darauf verständigten sich die Leitungen der beiden Unternehmen sowie die Senatoren Dr. Thomas Flierl (Wissenschaft, Forschung und Kultur) und Dr. Heidi Knake-Werner (Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz). So wurden Kooperationsmöglichkeiten im Bereich der Krankenversorgung vereinbart. Charité-Vorstand und Vivantes-Geschäftsführung verständigten sich auf die Ausarbeitung gemeinsamer, einheitlicher Behandlungsstrategien (so genannter Behandlungspfade). Sie sollen Grundlage einer zukünftigen, institutionellen Zusammenarbeit sein. Die Zusammenarbeit soll mit den Bereichen

Schlaganfallbehandlung, Orthopädie und Kardiologie starten. „Ziel dieser Kooperation sind künftige Vereinbarungen über einheitliche Behandlungskriterien in diesen Bereichen“, erklärte Vivantes-Chef Wolfgang Schäfer. Weitere Kooperationsmöglichkeiten sieht man in den Bereichen klinisch-therapeutische Forschung, neurologische und orthopädische Rehabilitation sowie Herzchirurgie. Daneben wollen die Gesundheitsunternehmen in der Lehre verstärkt zusammen arbeiten. So sind die Vivantes-Kliniken künftig wieder akademische

Lehrkrankenhäuser der Charité. Berliner Medizinstudenten können den Angaben zufolge ihr Praktisches Jahr (PJ) an einer Vivantes-Klinik absolvieren.



Kongress



Humanitäre Hilfe auf dem Prüfstand

„Ist humanitäres Handeln universell? – Medizinische Hilfe zwischen Anspruch, Prinzipien und Wirklichkeit“ lautet das Thema des VII. Kongresses zur „Theorie und Praxis der humanitären Hilfe“ am 18. und 19. November in Berlin. Mitveranstalter des Kongresses sind „Ärzte ohne Grenzen“ (MSF), die Ärztekammer Berlin, das Tropeninstitut Berlin, „Ärzte der Welt“ und das Deutsche Rote Kreuz. Experten aus den Bereichen Medizin und humanitäre Hilfe werden diskutieren, ob es ein gemeinsames Verständnis von Zielen und Prinzipien gibt, welche die Arbeitsgrundlagen humanitärer Organisationen bilden. Dabei stehen besonders die Selbst- und Fremdwahrnehmung der humanitären Helfer in Blickpunkt. Thema wird auch das Spannungsfeld zwischen medizinischer und humanitärer Logik in der Definition der humanitären Einsätze sein. Darüber hinaus finden drei Workshops zu den Themen Mental Health, Tuberkulose und Impfstoffe statt. Kongress-Sprache ist Englisch.

Interessenten können sich im Internet unter www.humanitaererkongress.de anmelden. Veranstaltungsort ist das Kaiserin-Friedrich-Haus, Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin.

Forschung

Pilotstudie zu HIV-Neuinfektionen

Der aktuelle Halb-Jahresbericht 2005 des Robert-Koch-Instituts zeigt einen Anstieg bei den neu erkannten HIV-Infektionen von 20 Prozent gegenüber dem Vergleichszeitraum im vergangenen Jahr. Die Erstdiagnose der Erkrankung muss jedoch nicht mit dem Infektionszeitpunkt übereinstimmen, da eine HIV-Infektion in vielen Fällen erst im späteren Verlauf diagnostiziert wird. Erkenntnisse über die tatsächliche Anzahl der Neuinfektionen (Inzidenz) bilden eine Grundlage für die Erfassung von Änderungen im epidemiologischen Geschehen. Sie ermöglichen es, Menschen bzw. Bevölkerungsgruppen mit einem gegenwärtigen Infektionsrisiko gezielt anzuspre-

chen. Vor diesem Hintergrund führt das Robert Koch-Institut ab November 2005 eine Pilotstudie zur HIV-Inzidenz durch. Teilnehmen können alle volljährigen Personen mit einer serologisch gesicherten HIV-Erstdiagnose, die in Berlin leben. Die Studienteilnahme umfasst einen Fragebogen für den Probanden und den Arzt sowie zwei Blutentnahmen. Für die Teilnahme kann pro Proband eine Aufwandsentschädigung von 30 € geltend gemacht werden. Weitere Informationen und Studienunterlagen erhalten Sie bei PD. Dr. Gabriele Poggensee (PoggenseeG@rki.de) oder Dr. med. Andreas Jansen (JansenA@rki.de).

Einkommen

Ein Viertel der Berliner Ärzte verdient unter 2.575 Euro brutto.

Die Einkommenssituation von Ärzten beschäftigt immer wieder die Öffentlichkeit. Verlässliche Daten zu diesem Thema existieren wenig. Einen Anhaltspunkt für die realen Einkommensverhältnisse der Berliner Ärzteschaft gibt die Höhe der Versorgungsabgaben der Mitglieder der Berliner Ärzteversorgung (BÄV), da diese Abgaben aufgrund des Einkommensteuerbescheides berechnet werden. Grundlage für die Höhe der Versorgungsabgaben sind die Beitragsbemessungsgrenzen, die 2004 bei 5.150 Euro im Westteil und bei 4.350 Euro im Ostteil der

Stadt lagen. Wie der Vorsitzende des BÄV-Verwaltungsausschusses, Dr. med. Elmar Wille, auf der Delegiertenversammlung erläuterte, zahlten 26 % der Berliner Ärzte im Jahr 2004 den 0,5-fachen Beitrag, sie verdienten somit weniger als 2.575 Euro brutto monatlich. Bei 44,1 % der Ärzte lag der Satz beim 0,5-fachen bis 1,0-fachen Beitrag. Damit verdienten sie zwischen 2.175 und 5.150 Euro brutto. „So viel zur Mär vom reichen Doktor“, kommentierte Wille die Daten.



Fortbildung

Ringvorlesung zum Thema „Der sterbenskranke Patient“



Am 17. November startet die Ringvorlesung „Der sterbenskranke Patient“ am Universitätsklinikum der Humboldt Universität. In der Auftaktvorlesung referiert Professor Klaus Feldmann zum Thema „Wie viel wissen wir zum Thema Sterben und Tod?“. In den weiteren Vorlesungen der zehnteiligen Reihe geht es unter anderem um Fragen wie „Welche Gesetze brauchen wir zum Sterben? – Gesetzliche Regelungen zu Euthanasie und Palliativversorgung in Europa“

oder „Wie viel Ethik braucht die Medizin? – Möglichkeiten und Grenzen klinischer Ethik“. Organisiert wird die Ringvorlesung von Professor Dr. med. Christof Müller-Busch, Leiter der Abteilung für Anästhesiologie, Palliativmedizin und Schmerztherapie am Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, in Zusammenarbeit mit dem „Palliativzentrum Berlin-Brandenburg“. Die Vorlesungen finden immer donnerstags um 18.00 bis 19.30 Uhr im Kleinen Hörsaal der Zentralen Poliklinik, Campus Charité Mitte statt. Der Eingang ist in der Luisenstr. 13, 10117 Berlin.



Tagung

Ärztliche Versorgung für Menschen ohne Papiere



Unter dem Motto „achten statt verachten“ findet am 12. Dezember in Berlin eine IPPNW-Tagung statt. Die „Deutsche Sektion der Internationalen Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges/Ärzte in sozialer Verantwortung“ will

damit auf die medizinische Situation von Migranten ohne legalen Aufenthaltstatus aufmerksam machen. Aus Angst vor Abschiebung gehen diese Menschen oft nicht zum Arzt oder ins Krankenhaus. So verschleppen sie ernste Krankheiten und können damit auch zu einer Gefahr für die öffentliche Gesundheit werden. Insbesondere die fehlende Rechtssicherheit für Ärzte und Personal bei der Behandlung so genannter „Illegaler“ ist aus IPPNW-Sicht auf Dauer nicht akzeptabel. Ärzte, Politiker, Juristen, Wis-

senschaftler und Kirchenvertreter wollen über diese Grauzone der medizinischen Versorgung diskutieren. Dabei werden auch Lösungsansätze aus anderen europäischen Staaten vorgestellt. Tagungsort ist die Auferstehungskirche Berlin, Pufendorfstr. 11.

Am 9. Dezember findet anlässlich des Tages der Menschenrechte ein IPPNW-Benefizkonzert statt. Im Otto-Braun-Saal der Staatsbibliothek zu Berlin, Potsdamer Str. 33, 10785 Berlin spielt das Ensemble Berlin-Shanghai zugunsten der „Mal-

teser Migranten Medizin“ und des „Büros für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin“.

Weitere Informationen über die Tagung „achten statt verachten“ sowie das Benefizkonzert erhalten Interessenten auf der IPPNW-Homepage. Dort können sie sich auch online anmelden: www.ippnw.de

IPPNW
Körtestr. 10
10967 Berlin
Telefon: 698 07 40
E-Mail: ippnw@ippnw.de

Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

Maria Heimsuchung Caritas-Klinik Pankow

Dr. med. Tom Zinner ist ab

1. September 2005 Chefarzt der Abteilung Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie – MIC. Er ist Nachfolger des zum 31. August 2005 ausgeschiedenen Dr. med. Eric P.M. Lorenz, der zu den St. Hedwig Kliniken wechselte. Zinner war zuvor als Oberarzt der Klinik für Allgemein-, Abdominal-, Thorax- und Gefäßchirurgie des Klinikums Neukölln tätig.

St. Gertrauden-Krankenhaus

Seit dem 1. Oktober 2005 leitet Dr. med. Wolfgang Haist

die Abteilung für Innere Medizin mit den Schwerpunkten Gastroenterologie und Kardiologie. Die ärztlichen Leiter der ehemals getrennt geführten Abteilungen, PD Dr. med. Ursula Marsch-Ziegler, Gastroenterologie und PD Dr. med. Bernd Ramdohr, Kardiologie, haben sich in den Ruhestand verabschiedet.

HELIOS-Klinikum Berlin-Buch

Neuer Chefarzt der Chirurgischen Klinik mit dem Schwerpunkt minimalinvasive Chirurgie ist Privatdozent Dr. med. Martin Strik. Er löst Dr. med. Eckhard Bärlehner ab, der sich in den Ruhestand verabschiedet hat. Strik kommt aus Straubing, dort war er Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie im St. Elisabeth Klinikum. Zuvor leitete er das Transplantationszentrum der Universität Lübeck.

St. Josef-Krankenhaus

Neuer Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe ist seit dem 1. Oktober 2005 Dr. med. Michael Abau-Dakn. Ehemals leitender Oberarzt im Vivantes Humboldt-Klinikum, folgt er Prof. Dr. med. Stefan Mund-Hoym, der sich in den Ruhestand verabschiedete.

Krankenhaus Hedwigshöhe

Chefarzt der Inneren Abteilung ist seit dem 1. Juli 2005 Dr. med. Rupert Fischer-Lampsatis, der zuvor im Städtischen Klinikum Brandenburg an der Havel tätig war. Fischer-Lampsatis hat seinen fachlichen Schwerpunkt im Bereich Gastroenterologie und Onkologie/Hämatologie. Sein Vorgänger, Dr. med. Georg Metzke, ging in den Ruhestand.

Vivantes Humboldt-Klinikum

Die Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe wird seit dem 1.11.2005 von Prof. Dr. Dr. Andreas Ebert geleitet. Prof. Ebert war langjähriger geschäftsführender Oberarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe im Campus Benjamin Franklin. Er löste Prof. Jürgen R. Strecker ab, der sich in den Ruhestand verabschiedete. Prof. Dr. Peter Bräuning wird ab dem 1.12.2005 die Leitung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie übernehmen. Ehemals Chefarzt der Fachabteilung für Psychiatrie, Verhaltensmedizin und Psychosomatik des Klinikums Chemnitz, löst er Dr. Gisela Dimroth, die sich nach langjähriger Tätigkeit in den Ruhestand verabschiedet wird, ab.

Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Chefarztpositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause.
Tel. 40 80 6-1601/-1600, Fax: -1699,
E-Mail: e.piotter@aekb.de

Gesundheitspolitik

Neuer Vorstand des NAV-Virchow-Bundes

Der Landesverband Berlin-Brandenburg des NAV-Virchow-Bundes (Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands) hat einen neuen Vorstand gewählt. Vorsitzender bleibt Professor Dr. Harald Mau (Kinderchirurg). Seine Stellvertreter sind Stephan Kraft (Kinderchirurg) und Dr. med. Jobst Meißner (Allgemeinmediziner). Weitere Mitglieder des Vorstandes sind Dr. med. Dorothee Hagemann (Internistin), Dr. med. Wolfgang Kruska (Arzt für Psychiatrie) und Barbara Schumacher (Allgemeinmedizinerin).

Aus der Kammer

Wahl ins Präsidium der Ophthalmologischen Gesellschaft

Der Vizepräsident der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Elmar Wille, ist neues Präsidiumsmitglied der renommierten Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG). Auf der 103. DOG-Jahrestagung, die vom 25. bis 29. September in Berlin stattfand, wurde Wille zum 1. Januar 2006 für vier Jahre ins Präsidium der wissenschaftlichen Vereinigung deutscher Augenärzte gewählt. Elmar Wille ist selbst niedergelassener Augenarzt in Berlin. Damit nimmt er im DOG-Präsidium, dessen Mitglieder größtenteils wissenschaftlich tätig sind, eine besondere Rolle ein.

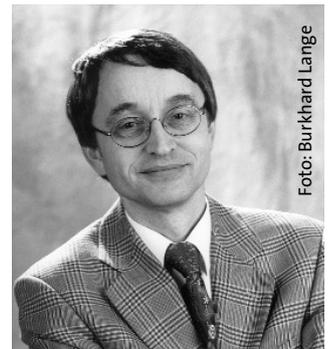


Foto: Burkhard Lange

Die DOG existiert seit 1857 und ist somit die älteste ärztliche Fachgesellschaft der Welt. An den Jahrestagungen nehmen rund 2000 Teilnehmer aus dem In- und Ausland teil.

Kammer intern

Neuordnung der Melde- und Beitragsangelegenheiten

Die Ärztekammer Berlin bietet ihren Mitgliedern durch die Neuordnung des Melde- und Beitragswesens jetzt einen verbesserten Service. Für alle Melde- und Beitragsangelegenheiten gibt es nur noch eine Ansprechpartnerin für jedes Kammermitglied. So können alle Änderungen rund um das Berufsverzeichnis wie An- und Abmeldungen, Wechsel der Tätigkeit etc. zusammen mit den Beitragsangelegenheiten geklärt werden. Telefonisch und persönlich stehen die Mitarbeiterinnen des Referates Melde- und Beitragsangelegenheiten den Kammermitgliedern montags bis donnerstags von 8.00 bis 16.00 Uhr und freitags von 8.00 bis 14.00 Uhr zur Verfügung. Sie sind unter folgenden Telefonnummern zu erreichen:

Frau Günther	Referatsleiterin	40 80 6-3100
Frau Schuster	Ärzte A - E, X, Y, Z	40 80 6-3106
Frau Irmer	Ärzte F - G	40 80 6-3104
Frau Herrmann	Ärzte H, W	40 80 6-3103
Frau Teichmann	Ärzte I - K, Q, T	40 80 6-3108
Frau Höhne	Ärzte L - P	40 80 6-3101
Frau Warth	Ärzte R - S	40 80 6-3107
Frau Günther	Ärzte U - V	40 80 6-3100
Frau Feldmann	Sachbearbeitung	40 80 6-3102
Frau Grond	Beitragsbuchhaltung	40 80 6-3105
Faxnummer	Melde- und Beitragsangelegenheiten	40 80 6-3199



Berliner Kammern

Michael Krenz neuer Präsident der Psychotherapeutenkammer

Michael Krenz vom Berliner Forum Psychotherapie und Psychoanalyse ist neuer Präsident der Psychotherapeutenkammer Berlin. Krenz wurde am 26. September 2005 mit großer Mehrheit von der Delegiertenversammlung der Kammer gewählt. Vizepräsidentin wurde Renate Mrazek. Zum neuen Vorstand gehören außerdem Heinrich Bertram, Dr. Renate Degner, Christoph Stößlein, Dorothee Hillenbrand und Christiane Angermann-Küster. Die Mitglieder des neuen Vorstandes repräsentieren die wesentlichen Strömungen der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin. Die Delegiertenversammlung wählte außerdem aus ihrer Mitte zehn Abgeordnete, die das Land Berlin in der Bundespsychotherapeutenkammer vertreten und die Vorsitzenden der zu bildenden Ausschüsse in der Psychotherapeutenkammer Berlin.

Fortbildung

Von der WHO empfohlenes Tuberkulin in Deutschland zugelassen



Mit der Zulassung und Chargenfreigabe von Tuberkulin PPD RT 23 SSI des Statens Serum Instituts (Kopenhagen, Dänemark) im August/September 2005 steht nun in Deutschland wieder ein Tuberkulin zur Testung nach Mendel-Mantoux zur Verfügung. Das PPD RT 23 SSI wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der International Union against Tuberculosis and Lung Disease (IUATLD) als Standardtuberkulin für den Mendel-Mantoux-Test empfohlen. Es ist das weltweit am längsten angewandte Tuberkulin und in der Mehrzahl der europäischen Länder bereits eingeführt. Es steht jetzt wieder ein einheitliches Tuberkulin für alle Regionen in Deutschland zur Verfügung, wodurch ein standardisiertes

Vorgehen und die Vergleichbarkeit auf nationaler Ebene gewährleistet werden. Weitere Informationen zum PPD RT 23 sind auf der Homepage des Statens Serum Instituts (www.ssi.dk) und des Paul-Ehrlich-Instituts abrufbar (www.pei.de) zu finden. Zur Diagnostik einer latenten Tuberkulose stand bisher lediglich der Tuberkulinhauttest zur Verfügung. Nachdem Chiron Vaccines Behring, der Hersteller des einzigen bisher in Deutschland für Intradermaltests nach Mendel-Mantoux verwendeten Tuberkulins, im vergangenen Jahr kurzfristig die Produktion des GT Behring Tuberkulins eingestellt hat, waren die Restbestände bereits Anfang 2005 erschöpft. Ursprünglich plante Chiron die Versorgung Deutschlands durch in Großbritannien produziertes Tuberkulin (PPD Evans) ab Sommer 2006 sicherzustellen; eine Wiederaufnahme der Tuberkulinproduktion ist nach Mitteilung von Chiron jetzt nicht mehr geplant. Seitdem verfügte Deutschland über kein zugelassenes Tuberkulin, und es war der Import anderer Tuberkuline aus dem Ausland per Einzelverordnung nach § 73 Abs. 3 Arzneimittelgesetz (AMG) erforderlich. Dies führte zu erheblichen praktischen Schwierigkeiten und bei vielen Ärzten zu großer Verunsicherung.

Das Stempeltestverfahren ist seit Sommer 2004 in Deutschland nicht mehr verfügbar. Es war auf Grund mangelnder Standardisierbarkeit der Methode nach Mendel-Mantoux in Sensitivität und Spezifität unterlegen. Das Präparat kann in Deutschland über alle Apotheken bezogen werden. Das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK) hat seit Herbst 2004 zusammen mit dem Paul-Ehrlich-Institut (PEI) und dem Robert Koch-Institut (RKI) intensiv an der Sicherstellung der kontinuierlichen Tuberku-

linversorgung Deutschlands zu diagnostischen Zwecken und auch im Rahmen von Umgebungsuntersuchungen gearbeitet. Es wird angenommen, dass die Tuberkuline folgender Dosen bioäquivalent sind: 5 TU PPD-S mit 2 TU RT 23 (SSI) sowie 10 TE Behring (TU = Tuberculin Units \approx TE = Tuberkulineinheiten). Die Bewertung der Induration unter Berücksichtigung des individuellen Risikos (Interventions-Cut-off) sollte nach den Empfehlungen des DZK erfolgen. *Sagebiel*

Korrespondenzadresse:

Professor Dr. med. Robert Loddenkemper
Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK)
HELIOS Klinikum Emil von Behring
Lungenklinik Heckeshorn
Zum Heckeshorn 33, 14109 Berlin
Tel.: 030-8002 2435, Fax: 030-8002 2286
E-Mail: loddheck@zedat.fu-berlin.de

Blickpunkt

Herzinfarktregister informiert über aktuellen Stand

Das Berliner Herzinfarktregister veranstaltet am 8. November 2005 eine Fortbildung für Kardiologen und interessierte Ärzte. Auf der Veranstaltung wird Professor Dr. Gert Baumann, Klinikdirektor an der Charité Campus Mitte, eine Befragung unter Laien zum Thema Herzinfarkt vorstellen, bei der große Informationsdefizite deutlich wurden. Lesen Sie dazu auch das Editorial auf Seite 3. Daneben informiert Dr. Dr. med. Andreas Fried über die neuesten Ergebnisse des Berliner Herzinfarktregisters. Des Weiteren referiert Professor Dr. med. Thomas Wichter über optimierte Behandlungsstrategien und Klinikoperationen in der Infarktversorgung. Die Veranstaltung findet von 18.30 bis 20.00 Uhr im Hörsaal der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, statt.

Kongress

Armut und Gesundheit

Zum elften Mal wird am 18. und 19. November 2005 in Berlin der Kongress „Armut und Gesundheit“ stattfinden. Im Jahr 1995 aus einer studentischen Initiative entstanden, ist er inzwischen die bundesweit größte Public-Health-Veranstaltung. 2004 wurden bereits 1500 Teilnehmer/innen registriert. In diesem Jahr stehen über 50 Foren, Workshops und Diskussionen unter dem Motto „Präventionsziele gegen Armut: gesunde Lebenswelten gemeinsam gestalten“.

Der Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung und der Deutsche Ärztetag 2005 sprechen von 13,5 Millionen Menschen, die unterhalb der Armutsgrenze leben. Dies hat nachhaltige Wirkungen auf die gesundheitliche Lage der Betroffenen. Auf dem Kongress werden Konzepte und Netzwerke zum Abbau der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen vorgestellt. Gemeinsam diskutieren Vertreter von Initiativen, freien Trägern, Krankenkassen aus

Politik, Wissenschaft und Verwaltung über ihre Erfahrungen.

Weitere Informationen zu dem Kongress erhalten Sie über die Homepage www.armut-und-gesundheit.de oder über

**Gesundheit Berlin
Kongress Armut und
Gesundheit**
Friedrichstr. 231,
10969 Berlin
Tel. 030 – 44 31 90 60,
Fax 030 – 44 31 90 63
kongress@gesundheitberlin.de



Blickpunkt

Qualitätsberichte in der Diskussion

Die Ärztekammer Berlin startet in diesem Jahr eine Veranstaltungsreihe zu aktuellen Themen in der Qualitätsentwicklung. In den jährlichen Veranstaltungen soll künftig exemplarisch ein Aspekt aus der Welt der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen dargestellt und diskutiert werden. Thema der Auftaktveranstaltung am 22. November sind „Qualitätsberichte“. Dabei geht es beispielsweise um Fragen wie „Welche Informationen sind in den Qualitätsberichten enthalten, welche nicht?“, „Welche Fragen kann man als Patient stellen, um Näheres über ein Krankenhaus herauszufinden?“ oder „Was sollte bei der Weiterentwicklung der Qualitätsberichte berücksichtigt werden?“ Referenten werden Ärzte, Journalisten, Vertreter von Krankenkassen und Patientenorganisationen sein. Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz erklärt zu diesem Thema: „Qualitätsberichte sind wichtig. Sie sollen die im Ergebnis gute Qualität transparent machen und Arzt und Patient (und der Krankenkasse) helfen, das jeweils richtige Krankenhaus zu finden.“

Die Veranstaltung findet am 22. November 2005 von 10 bis 14 Uhr in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin, statt. Interessenten können sich bis zum 8. November per Fax unter der Nummer 40806-55-1400 oder per E-Mail unter c.markl@aekb.de anmelden.

Zeitgeschichte

Historische Bucher Krankenakten gerettet



Skulptur: Anna Franziska Schwarzbach

Sie verschimmelten in einem Keller des späteren Hufeland-Krankenhauses – die übrig gebliebenen Akten der Bucher Heil- und Pflgeanstalt. Von dort wurden in der NS-Diktatur wahrscheinlich mehr als

1000 körperlich und geistig Behinderte während der so genannten Aktion T4 in die Tötungsanstalten gebracht und dort vergast. Kaum einer interessierte sich später dafür, nicht zu DDR-Zeiten und nicht nach der Wende. Auch eine Gedenktafel für die Euthanasieopfer von Buch wollte anfangs niemand haben. Einige engagierte Bucher, darunter die früher in der Rehabilitation tätige Rosemarie Pumb und die pensionierte Ärztin Dr. med. Hannelore Dege, ergriffen die Initiative.

Gemeinsam mit dem ortsanässigen „Bildungszentrum für Berufe im Gesundheitswesen Berlin-Brandenburg“ entstand auch die Broschüre „In den Tod geschickt – Was in den Jahren 1939/40 in der 3. Heil-

und Pflgeanstalt Berlin-Buch geschah“. Die Broschüre wird herausgegeben von der Selbsthilfegruppe für psychisch Kranke, Albatros, und erscheint in der zweiten, erweiterten Auflage 2005, Verlag Götze, Eupener Str. 14, 13125 Berlin-Buch. 60 Seiten mit Abbildungen, 3 Euro, ISBN 3-00-016443-X.

Etwa die Hälfte der Krankenakten wurde 1944 von einer eigens eingerichteten „Aktenvernichtungsgruppe“ zerstört. Der Rest – 100 laufende Meter – wird jetzt nach und nach ins Berliner Landesarchiv gebracht, das die vergammelten Dokumente auf eigene Kosten reinigen lässt. Im Winter dürften die wertvollen Akten der Forschung wieder zur Verfügung stehen. R.St.

»Der Tod ist einfach mächtiger

In lebensbedrohlichen Notfallsituationen, insbesondere wenn es um Minuten oder Sekunden geht, müssen Ärzte in der Lage sein, ihre Emotionen komplett auszublenden. Das ist keine mangelnde Sensibilität, sondern eine Schutzfunktion des Gehirns. Oft können Ärzte den Tod eines Patienten akzeptieren, wenn sie alles versucht haben, um ihn abzuwenden. Dennoch fühlen sich viele Ärzte betroffen und schuldig, wenn Leben nicht gerettet werden konnte. Tod bedeutet Niederlage und Versagen, wenn ärztlicher Erfolg nur am Erhalt des Lebens bemessen wird.

Von Ulrike Hempel

Foto: Thomas Räse



als wir«

Vom ärztlichen Umgang mit Sterben und Tod

„Der Umgang mit Sterben und Tod spielt im ärztlichen Alltag, aber auch in der medizinischen Ausbildung eine eher untergeordnete Rolle“, sagt Professor Dr. med. Christof Müller-Busch, Anästhesist und Palliativmediziner am Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe. Ist Sterben und Tod kein beachtenswertes Thema? „Fachorientiertes Denken und fachorientierte Entscheidungen bei Krankheiten stehen immer noch ganz im Vordergrund des medizinischen Handelns“, fährt Müller-Busch fort und gibt kopfschüttelnd zu bedenken, dass die Arztausbildung eine seltsame Ausbildung sei. Sie beginne mit der Leiche und nicht mit dem Leben. Da sich das medizinische Wissen alle fünf Jahre verdopple, sei für eine „ärztliche Herzensbildung“ kaum Platz während des Studiums. Zumal der Patient mit Recht erwarten kann, dass sein Doktor immer auf dem neuesten Wissens- und Erkenntnisstand ist. Das aktuelle Berufsbild des Arztes bringt einen enormen Leistungsdruck mit sich. Dieser überhöhte Erwartungsdruck birgt für den Arzt ein beträchtliches Konfliktpotenzial. „Der Tod wird als persönliches Versagen empfunden“, macht Müller-Busch deutlich: „Jemanden in den Tod zu begleiten, das lässt sich schwer als Erfolg verbuchen.“ Wenn der Arzt seinen Erfolg ausschließlich am Erhalt des Lebens bemisst, kann der Tod nur noch als Niederlage gesehen werden. Die dem Tod anhaftende Negativität bestimmt auch den Umgang mit ihm im Krankenhausalltag. Müller-Busch sagt: „Im Selbstwert des Arztes ist es etwas Wertvolleres, wenn man den Patienten ins Leben zurückführt oder ihm eine erfolgreiche Operation verschafft. Auch deshalb sind die heutigen Ärzte noch lange nicht die

Ärzte, die Menschen, die im Sterben sind, so begleiten können, wie es sich die Patienten und ihre Angehörigen vielleicht wünschen.“

Viele Ärzte können mit sterbensnahen Situationen nicht angemessen umgehen, führt Müller-Busch weiter aus. Das hänge auch damit zusammen, dass die Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen und ihrer Angehörigen letztlich für jeden Arzt eine emotional sehr belastende und zeitaufwendige Aufgabe sei. Im hektischen klinischen Alltag kann man die Zuwendung für Angehörige, Kinder und Schwerkranken fast nur noch als „gestohlene Zeit“ bezeichnen. Oft fließen gerade diese wichtigen Gespräche zwischen Arzt und Patient direkt auf das Überstundenkonto.

Kommunikationskompetenz des Arztes

Die Fähigkeit der Ärzte, angemessen zu reagieren, stehe in engem Zusammenhang mit den institutionellen und den gesamtgesellschaftlichen Rahmenbedingungen, aber auch der individuellen Einstellung zu Sterben und Tod der Ärzte. Vor diesem Hintergrund forciert Müller-Busch in seiner Tätigkeit neben der Sachkompetenz vor allem die kommunikative Geschicklichkeit des Arztes. Sprache, Sprechen und Zuhören erweisen sich als Dreh- und Angelpunkt im Umgang mit Sterben und Tod im Krankenhaus. Doch Müller-Busch betont, dass die Kunst der Gesprächsführung keine genuine ärztliche Befähigung sei, die durch langjährige Berufserfahrung immer besser wird. Sie ist vielmehr eine Kompetenz, die erlernt, trainiert und vor allem immer wieder erneut reflektiert

werden muss, damit sie nicht Teil eines nur routinierten und unpersönlichen Ablaufs wird.

Sprache bietet die Möglichkeit, sich auf den Anderen individuell und persönlich einzulassen. Die ärztliche Kommunikation mit Schwer- und Sterbenskranken hat vielen unterschiedlichen Ansprüchen zu genügen: Sie klärt auf, muss ehrlich und wahrhaftig sein, soll Prognosen mitteilen, kann und sollte den Kranken trösten und die Angehörigen bestärken. „Ärzte müssen lernen, Verantwortung für das Sterben eines Menschen übernehmen zu können“, fasst Müller-Busch zusammen. „Man muss als Arzt Gespräche führen und dafür Verständnis wecken, dass zum Beispiel eine Verletzung so schwer ist, dass der Tod des geliebten Menschen erwartet und angenommen werden muss. Und vielleicht sollte man manchmal auch erklären, dass der Tod eine Erlösung sein kann. Das auszuhalten, fällt uns Ärzten schwer, denn Sterben und Tod sind allgemein tabuisiert und werden verdrängt.“

Auch für Dr. med. Cora Jacoby, Fachärztin für Innere Medizin und Spezielle Schmerztherapie im Krankenhaus Neukölln, spielt die Kommunikation eine entscheidende Rolle. Sie arbeitet in der Abteilung Innere Medizin II/Onkologie. Bis vor einigen Jahren die Ärzte begonnen haben, miteinander zu reden, war es für Jacoby immer ein Rätsel, warum die Kollegen Sterben und Tod nie zum Thema machten. Denn der Umgang mit sterbenden und mit toten Menschen war im Haus kaum zu ertragen. „Schlimm war vor allem dieser Zynismus. Etwa in der Wortwahl“, erzählt Jacoby. „Manche sagten zum Beispiel: Jetzt ist er eben auf der 13. Das ist wohl auch besser so“, wobei Station 13

für die Pathologie steht. Andere sagten am Telefon: ‚Wir haben hier einen Ex, der muss abgeholt werden.‘ Die Einstellung zum Tod bestand nicht nur sprachlich im Zynismus. Beim Abholen von Toten kam er auch in konkreten Handlungen zum Ausdruck. ‚Bevor wir interveniert haben‘ erzählt Jacoby, ‚sind die Verstorbenen vom Bett in die Blechwanne geworfen und nicht gelegt worden. Dann wurde die Blechwanne zugeklappt und über die Station in die Pathologie gerollt. Vorbei an den anderen todkranken Menschen, die um ihr Leben gerungen haben. Ohne, dass sich bei den Mitarbeitern ein Funken Gefühl gezeigt hat.‘

Prof. Dr. Jan P. Beckmann bezeichnet die Verdrängung von Sterben und Tod in der Medizin und in unserer Gesellschaft als ‚Diskursverweigerungsphänomen‘⁽¹⁾. Die Gesprächsverweigerung führe zu einer Sprach- und Hilflosigkeit sowohl in der Ärzteschaft als auch auf gesamtgesellschaftlicher Ebene. Diese These wird von Cora Jacoby bestätigt. Der Zynismus auf ihrer Station sei erst in den Hintergrund gerückt, seit die Kollegen angefangen haben, miteinander über Sterbe- und Todessituationen zu sprechen. ‚Seitdem ist es so, dass eine gewisse Kultur in der Abteilung herrscht‘. Selbst der Umgang mit den Toten von Seiten derer, die sie abholen, ist menschlicher geworden. Der Austausch individueller Erfahrungen im Kollegen- und Mitarbeitergespräch ermöglicht, die Erstarrung aufzubrechen und nimmt das Gefühl des Alleinseins.

Unwürdiger Umgang im Klinikalltag

Doch neben dem früheren Kommunikationsmangel verdeutlicht Jacoby auch, wie es im Krankenhaus zum unwürdigen Umgang mit Sterben und Tod kommen konnte. Es zeigt sich, dass der routinierte Alltag im Krankenhaus auch die Chance bietet, die fortwährende Konfrontation mit Sterben und Tod zu ertragen. Sie sei fest davon überzeugt, dass die Gefühlskälte der Pathologie-

Gesundheitsrisiko für Ärzte

Das Gefahrenpotenzial für die persönliche psychische und physische Gesundheit der Ärzte, die als Onkologen, Rettungs- und Intensivmediziner arbeiten, ist groß. Die häufige Konfrontation mit extremen Verletzungen, mit Leid, Sterben und Tod können bei Ärztinnen und Ärzten, Schwestern und Pflegern persönliche Krisen und Grenzerfahrungen mit sich bringen, die sie als Persönlichkeit sehr verändern. Gaby Gschwend³⁾, die sich als Psychologin und Psychotherapeutin schon viele Jahre mit dem Thema beschäftigt, nennt neben psychischen Problemen wie Überlastung, Demotivation, andere Unlust-, Angst- und Bedrohungs Zustände. Eine erhöhte Reizbarkeit verbindet sich zunehmend mit einer zynischen Weltsicht, einem vermehrten Alkohol- oder Medikamentenkonsum. Gschwend erkennt ebenfalls gesundheitliche Folgeerscheinungen wie Klagen über Kopf- und Rückenschmerzen, Schlafstörungen, Magenprobleme und Erschöpfungszustände. Die Gründe liegen auf der Hand:

- Forderung nach präzisen, zügigen, professionellen Entscheidungen, kalkuliertes Agieren und Reagieren;
- oftmals unvorhersehbare, belastende, intensive Arbeitssituationen jenseits der eigenen körperlichen Bedürfnisse wie Hunger, Durst, Schlaf;
- häufig extreme physische und psychische Belastungen verbunden mit anhaltend hohem Energieverbrauch, (Gefahr von Erschöpfungs- und Burn-out-Symptomen);
- Konfrontation mit heftigen emotionalen Reaktionen wie Angst, Ekel, Ohnmacht, Schuld und Wut bei Patienten und sich selbst;
- Verarbeitung belastender Erfahrungen in aller Regel ohne professionelle Unterstützung.



mitarbeiter Strategie ist. Die Gefühllosigkeit entspricht der Kälte der Situation, ‚weil der tägliche Umgang mit toten Menschen sowohl beim Abholen als auch auf dem Tisch in der Pathologie nicht auszuhalten ist.‘ Die Unerträglichkeit fordert Verhaltensweisen, die Abstand zum Sterbenden oder Toten schafft. Die mechanischen, institutionell geregelten und unpersönlichen Umgangsformen sind auch Selbstschutz. Krankenhäuser brauchen rational geregelte Abläufe, sonst könnten sie nicht funktionieren. Für den Arzt und den Krankenhausmitarbeiter ermöglicht die aufgebaute Distanz, vom Leid des Mit-

menschen nicht berührt zu werden. Fehlendes Einfühlungsvermögen und Entfernung vom Anderen kann in der Konsequenz bedeuten, dass mit Fragen nach der eigenen Ohnmacht, den eigenen Grenzen, ja auch nach der eigenen Sterblichkeit konfliktarm umgangen wird. Die Akzeptanz der allgemeingültigen Einsicht: ‚Menschen altern, vergehen, leben auf den Tod hin. Kranke Menschen leiden, werden ihrer Sterblichkeit inne und sterben‘⁽²⁾, wird durch fehlende Selbstreflexion verweigert und führt im Umgang mit sterbenden Patienten gegebenenfalls zu Schuld- und Versagergefühlen.

Leben ohne Tod ist kein Leben

Wie kann sich der Arzt persönlich helfen und schützen? Wie sollte man dem Sterben und dem Tod im beruflichen Alltag begegnen? Auch für den Notarzt und Unfallchirurg Dr. med. Werner Wyrwich, in der Unfallchirurgie der Charité tätig, ist die Konfrontation mit Sterben und Tod ein schwieriges Thema. „Der Tod überrascht mich immer wieder neu“, gesteht er. Dabei empfindet Wyrwich die Kraft und die Macht des Todes nicht als extremen Widerstand gegen das ärztliche Tun. Er kämpft nicht gegen ihn, sondern versucht ihn anzuerkennen, im beruflichen Alltag wie auch ganz persönlich.

„Auf der Straße nach einem Unfall gibt es vielleicht mehrere Verletzte. Da schaltet man tatsächlich das Emotionale aus und konzentriert sich auf das Medizinische. Ein Mensch der tot ist, ist tot. Dazu habe ich nicht beigetragen. Der Verletzte, der noch lebt, braucht mich hingegen dringend. Anders geht es nicht, sonst ist kein Handeln und kein Helfen mehr möglich.“ Den Tod anzuerkennen, bedeutet sich dem Leben zuzuwenden.

Zugleich bleibt der Tod für Wyrwich etwas Unbegreifliches, immer wieder neu Überraschendes, das sich nicht verdrängen lässt, solange man sich und sein Handeln hinterfragt. Es gebe bei ihm Patienten, „die vergisst man nicht, die nimmt man mit nach Hause. Eine Nachbarin, 34 Jahre alt, zwei kleine Kinder. Die Diagnose lautete: Tumor im Bereich der Lunge. Sie stellte mir die eine Frage: ‚Werde ich sterben?‘ Ich habe mich an ihr Bett gesetzt, habe sie in den Arm genommen und habe gesagt: ‚Ich fürchte, ja‘. Und dann hat sie mich gefragt, ob sie ihre Kinder nochmal sehen kann. Den Wunsch konnte ich gut verstehen und habe ihn in Absprache mit dem Ehemann erfüllen können. Ich habe ihr auch versprochen, dass ich alles tun würde, damit sie keine Schmerzen haben muss. Das habe ich dann auch getan. Zwei Wochen



Aufahrungsraum GKH Havelhöhe

später ist sie gestorben“. Wyrwich hat sich durch jahrelange Berufserfahrung ebenfalls seine eigenen Handlungsschemata erarbeitet. „Man sollte von Zeit zu Zeit einfach zurücktreten und sein Tun reflektieren. Ich stelle mir bei einem schwerkranken Patienten immer wieder die Frage, was ich tun würde, wenn es ein Familienangehöriger wäre.“

Entscheidende Schritte

Wyrwich erinnert sich in seinem ärztlichen Tun immer wieder an sich selbst als Kind. Sein Vater und seine Großmutter starben bei einem Autounfall, bei dem er als Vierzehnjähriger dabei war. Die Mutter lag schwer verletzt im Krankenhaus. Bei der Visite nahm ihn ein kleiner, älterer Doktor zur Seite und sagte: „Ich habe eine schlechte Nachricht für dich. Dein Vater ist tot. Ob

deine Mutter überleben wird, wissen wir noch nicht.“ Das war eine rein sachliche Information. So, wie sie geäußert wurde, war sie total ehrlich. „Aber was das in mir angestellt hat!“ erzählt er, „Ich habe mir geschworen, so gehe ich nicht mit meinen Patienten um. Manche Dinge muss man selbst erfahren und sie müssen richtig wehtun, damit man sie sich für immer merkt“.

Menschlichkeit kann man seines Erachtens nicht erlernen, aber einen achtsamen Umgang mit dem Gegenüber, das ist erlernbar. Die Art, wie man mit Menschen spricht, welche Worte man wählt oder welche man besser weglässt, das kann man trainieren. Dafür, so meint er, muss man sich bewusst machen, dass bei dem anderen nicht irgendeine Sache zerstört wurde, sondern dass er den Vater, die Mutter oder den Bruder für immer verloren hat. „Das sind emotionale Momente, die für den Einzelnen zukunftsbestimmend und deshalb genauso lebenswichtig sein können“, schlussfolgert Wyrwich aus seiner persönlichen Erfahrung.

Patienten, die in einer vergleichbaren Lebenssituation zu ihrer eigenen sind, stehen Cora Jacoby am nächsten. Sie

erzählt: „Wenn bei uns eine Mutter von kleinen Kindern liegt, dann belastet mich das Wissen um ihr Sterben. Aber nach 16 Jahren gelingt es mir, das ins Positive zu verkehren.“ Sie schildert das enorme Glücksgefühl, selbst gesund zu sein und eine gesunde Familie zu haben. Da sprudelt die pure Lebensfreude hervor. Die tägliche Konfrontation mit dem Krebs relativiert bei ihr vieles. „Ärgerliche private Alltagsgeschichten sind vor diesem Hintergrund völlig unwichtig. Ob aufgeräumt und eingekauft ist, ob die Kinder laut sind, ob der Nachbar unfreundlich und man selbst müde ist, das wird alles egal.“ Das eigene Leben braucht für diesen Beruf feste Wurzeln. Irgendwo muss Glück und Kraft sein, um diese Arbeit überhaupt machen zu können. „Bei Ärzten ist es häufig so, dass sie das Gefühl haben, sich ganz stark und permanent aufopfern zu müssen. Das ist aber nicht das Einzige, was zählt. Der Mittelweg ist die einzige Chance, um nicht zynisch, kalt und abgewandt zu werden. Der Tod ist einfach viel mächtiger als wir. Das zu akzeptieren, ist der entscheidende Schritt.“ Aber

tatsächlich erst von dem Moment an, in dem man als Arzt den Kampf verloren hat. Dann muss man umschalten und ihm oder ihr diese letzte Zeit gut gestalten und diese Palliativsituation mit Leben füllen.

Selbsterfahrungen

Die Nähe zum Tod bringt für die Befragten auch eine Bereicherung mit sich. So schildert Cora Jacoby zum Beispiel nach dem Tod eines Menschen ein ganz eigenes Erleben: „Ich empfinde bei jedem Menschen eine Aura, die ihn schützt und die den Toten auf einem Weg begleitet, den ich nicht kenne. Das ist etwas Wunderbares, weil es Frieden, Ruhe und Ungestörtheit beinhaltet. Man steht da und nimmt Abschied von dem Toten. Nach einer etwa halben Stunde ist die Aura weg. Dann ist es ein toter Körper.“

Für Werner Wyrwich kristallisiert sich während seiner aufreibenden Einsätze als Notarzt und Unfallchirurg immer wieder heraus, dass letztlich von einer Sekunde zur nächsten ein ganzer Kos-

mos zusammenbrechen kann. Plötzlich bleibt keine Zeit mehr, die Lebensziele, Vorstellungen, Wünsche und Hoffnungen zu erreichen. „Ich erkenne meine eigene Ohnmacht und Schwäche an, deshalb glaube ich, dass ich keine Angst haben werde, diese Welt irgendwann mal zu verlassen. Es gibt Krankheiten und Leiden, davon weiß ich als Arzt zu viel. Das möchte ich selbst nicht erleben müssen.“ Noch konsequenter bringt es Christof Müller-Busch auf den Punkt. Er gesteht offen: „Die meisten Menschen wünschen sich einen plötzlichen, unbemerkten Tod, etwa im Schlaf: sanft hinüberschlafen und morgens tot sein. Auch ich möchte ohne Schmerzen und lange Leidenszeit sterben. Und auch als Arzt wünsche ich mir eine kompetente, verständnisvolle und angemessene Sterbebegleitung. Ich habe keine Angst vor dem Tod, aber vor dem Sterben.“

Literatur in der Internetversion dieses Beitrags.

Verfasserin: Ulrike Hempel
Ärztammer Berlin



Foto: Matthias Leitzke

Moderate Rentenerhöhung beschlossen

Bericht von der Delegiertenversammlung am 28. September 2005



Auch in Zeiten einer anhaltend schwierigen Renditesituation sieht sich die Berliner Ärzteversorgung in der Lage, die Renten ab dem 1. Januar 2006 um 0,80 % zu erhöhen. Die Mitglieder der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin plädierten einstimmig für die Erhöhung. Gleichzeitig beschlossen sie die Bildung einer Rücklage in Höhe von 1,25 % (43,7 Millionen Euro) der Deckungsrückstellung, um rechtzeitig Vorsorge für die zu erwartende Längerlebigkeit der Mitglieder zu treffen.

Von Sascha Rudat

Mit einem Plus von 2,5 % auf rund 194,7 Millionen Euro stiegen die Beitragseinnahmen der Berliner Ärzteversorgung 2004 im Vergleich zum Vorjahr nur moderat. Wie Vizepräsident Elmar Wille (Liste Allianz), Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der Berliner Ärzteversorgung (BÄV), bei der Vorstellung des Jahresabschlusses erläuterte, resultierte der leichte Anstieg der Beitragseinnahmen im Wesentlichen aus den Neuzugängen. Die Zahl der Mitglieder der Ärzteversorgung stieg im vergangenen Jahr um 233 auf 21.859. Die Höhe der Beitragseinnahmen werde sich in diesem Jahr in ähnlicher Höhe bewegen, da die Beitragsbemessungsgrenze nur um 50 Euro gestiegen sei. Der geringfügige Anstieg der Beitragseinnahmen sei auch Ausdruck der allgemeinen Einkommenssituation der Berliner Ärzteschaft (s. BERLINER ÄRZTE Aktuell, Seite 8).

Wille wies in diesem Zusammenhang auf die positive Überleitungsstatistik hin. Von den 758 Mitgliedern, die im Geschäftsjahr in einen anderen Kammerbereich umzogen, blieben 658 freiwillig Mitglied der Berliner Ärzteversorgung. Dies entspricht einer beachtlichen Quote von 86,8 %. Als Grund nannte Wille die attraktiven Leistungen der Berliner Ärzteversorgung. Von den 342 zugezogenen Ärzten ließen 150 ihre Beiträge überleiten (43,9 %). Wille betonte aber, dass 2006 mit einem „harten Einschnitt“ in der Überleitungsstatistik zu rechnen sei, da die freiwillige Mit-

gliedschaft in der BÄV aufgrund des auf Initiative einiger großer Versorgungswerke eingeführten „Lokalitätsprinzips“ in Zukunft leider nicht mehr möglich ist. Auf lange Sicht werde sich der Anteil der freiwilligen Mitglieder an der Gesamtzahl der Mitglieder (derzeit ca. 30 %) daher deutlich reduzieren.

Als erfreulich bezeichnete Wille den Zuwachs bei den Kapitalanlagen von rund 14 %. Das Kapitalanlagevermögen betrug Ende 2004 rund 3,753 Milliarden Euro. „Den Löwenanteil machen dabei festverzinsliche Wertpapiere aus“, erläuterte der Vizepräsident. Er betonte, dass es trotz eines historischen Zinstiefs gelungen sei, mit einer Durchschnittsverzinsung von 4,79 % und einer Nettoverzinsung von 6,23 % deutlich über dem Rechnungszins von 4,00 % zu bleiben. „Wenn wir diese Grenze unterschreiten würden, bekämen wir Probleme“, sagte Wille. Doch durch eine Laufzeitverlängerung des angelegten Vermögens werde man voraussichtlich noch eine Weile über dem Rechnungszins bleiben. Sollte sich die Zinssituation aber langfristig auf dem derzeitigen niedrigen Niveau bewegen, sei eine Anpassung des Rechnungszinses nicht auszuschließen.

Mitglieder leben länger

Wille erläuterte, dass im Verwaltungsausschuss lange darüber diskutiert worden sei, wie die Gewinnrückstellung aufgeteilt werden soll. Hintergrund ist die derzeitige Erstellung neuer berufs-

spezifischer Sterbetafeln. Man habe sich darauf geeinigt, „genau so viel für die Längerlebigkeit der Mitglieder wie für die Dynamisierung der Renten“ auszugeben. Er schlug deshalb eine Erhöhung der laufenden Renten und der Anwartschaft (künftiger Renten) um jeweils 0,80 % vor. Die Kosten für diese Erhöhungen belaufen sich auf 8,347 Millionen (Rentendynamik) bzw. 39,122 Millionen Euro (Anwartschaftsdynamik). Gleichzeitig soll für die zu erwartende Längerlebigkeit der Mitglieder die Deckungsrückstellung um 1,25 % (43,7 Millionen Euro) erhöht werden. Insgesamt soll die Deckungsrückstellung innerhalb von vier Jahren um rund 250 Millionen Euro aufgestockt werden. Diese Maßnahmen sicherten die Renten der Mitglieder der Berliner Ärzteversorgung auf hohem Niveau. Diesem Vorschlag folgten die Delegierten und votierten einstimmig für die vorgeschlagenen Erhöhungen der Renten und der Deckungsrückstellung.

Volker Pickerodt (Fraktion Gesundheit) wandte ein, dass eine Rentenerhöhung um 0,80 % angesichts der Inflationsrate für die Rentner ein realer Verlust sei. „Jeder Rentner verliert in jedem Jahr eine Menge an verfügbarem Einkommen“, betonte er. Wille erwiderte, dass man die Renten sicher um 2,00 % erhöhen könnte, wenn die Rückstellung für die Längerlebigkeit ausgezahlt würde. „Eine möglichst hohe Rente darf aber nicht mit dem Verlust der Sicherheit erkaufte werden“, unterstrich er. Ärzte-

kammer-Präsident Günther Jonitz (Marburger Bund) fügte hinzu: „Die Zeiten des ungebremsen Wachstums sind auch hier vorbei.“

In seiner Übersicht ging Wille darüber hinaus auf die vorgezogenen Altersrenten ein. Es sei bemerkenswert, dass drei Viertel aller im Jahr 2004 in Anspruch genommenen Altersrenten vorgezogen seien (248 von 333). Insgesamt bezogen im Berichtsjahr 1807 Mitglieder Altersrenten. Auf den Einwand, dass die vorgezogenen Altersrenten von den jungen Mitgliedern finanziert würden, erwiderte der Vizepräsident: „Es gibt keine Umverteilung von jung zu alt.“

Thema war daneben der Verwaltungskostensatz des Versorgungswerkes, der sich 2004 auf 1,61 % der Versorgungsabgaben belief (nach 1,57 % im Vorjahr). Die Verwaltungskosten betragen somit 3,144 Millionen Euro. Wille betonte, dass man in Anbetracht der guten und kompetenten Verwaltung des Versorgungswerkes mit diesem Satz immer noch günstig liege – auch mit Blick auf andere Versorgungswerke. Die wachsende Zahl der Leistungsempfänger (+14,7 % auf 3666 im Jahr 2004) bedeute schließlich einen größeren Aufwand.

Jahresabschluss bestätigt

Nichts zu beanstanden am Jahresabschluss des Versorgungswerkes hatte die zum zweiten Mal beauftragte Wirtschaftsprüfungsgesellschaft BSB&P. Der Jahresabschluss ist ihren Angaben zufolge korrekt dargestellt, alle Vorschriften wurden voll beachtet und erfüllt. Die Lage der Ärzteversorgung und die Risiken der künftigen Entwicklung seien zutreffend dargestellt. Dies sahen die DV-Mitglieder ebenso und entlasteten den Verwaltungs- und Aufsichtsausschuss der BÄV einstimmig.

Fachübergreifende Bereitschaftsdienste

Reichlich Stoff für Diskussionen bot anschließend die Beschlussvorlage der Fraktion Gesundheit zum Thema Ab-

lehnung von „Fachübergreifenden Bereitschaftsdiensten“, die einstimmig verabschiedet wurde. Darin wird der Vorstand der Ärztekammer Berlin beauftragt, bei der Bundesärztekammer vorstellig zu werden, um dem BÄK-Beschluss zum Thema „Fachübergreifende Dienste“ mehr Nachdruck zu verleihen. Zudem sollen die Berliner Kliniken angeschrieben und auf den DV-Beschluss aufmerksam gemacht werden. Darüber hinaus soll der Vorstand eine Handreichung für Assistenzärzte formulieren, wie sich diese am besten verhalten sollen, wenn sie zu fachübergreifenden Diensten herangezogen werden. Hintergrund des Beschlusses ist, dass im Zuge von Personalreduktionen in immer mehr Kliniken fachübergreifende Dienste angeordnet werden. Dies lehnt die Delegiertenversammlung aus folgenden Gründen ab:

- Der Patient geht davon aus, dass er mit dem jeweiligen Facharztstandard behandelt wird, wenn in dem Krankenhaus eine entsprechende Fachabteilung existiert. Dies ist bei fachübergreifenden Diensten aber nicht der Fall.
- Assistenzärzte können fachübergreifende Dienste nicht ablehnen, selbst wenn sie in dem jeweiligen Fach nicht ausreichend ausgebildet sind. Die Auffassung „Arzt ist Arzt“ wird der medizinischen Realität aber heutzutage nicht mehr gerecht. Wenn es bei der Behandlung aber zu Fehlern kommt, steht der diensthabende, fachfremde Arzt in der Verantwortung.
- Fachübergreifende Dienste sind demnach ein typisches Beispiel für die schleichende Qualitätsabsenkung der Krankenhausversorgung, trotz gegenteiliger Bekundungen. Darüber hinaus wird durch fachübergreifende Bereitschaftsdienste die Facharztweiterbildung für junge Ärzte erschwert.

In der anschließenden Diskussion betonte Andreas Grüneisen (Fraktion Gesundheit), dass man mit dem Beschluss den Druck auf die Krankenhäuser erhöhen wolle. „Die Patienten wissen nicht, wer sie in der Nachtschicht

versorgt“, kritisierte er. Man müsse sich aus Sorge um die Patienten „gegen diese Disqualifikation der Ärzte wenden“, unterstrich Harald Mau (Liste Allianz). Wolfgang Albers (Fraktion Gesundheit) fügte hinzu, dass die Reduktion des Personals an vielen Kliniken inzwischen zu „absurden Verhältnissen“ führe. Aus seiner Sicht sind die juristischen Fragen dabei sekundär, fachübergreifende Dienste seien vielmehr definitiv medizinisch nicht sinnvoll. „Und das Definitionsmonopol, was medizinisch richtig ist, muss von uns mit Zähnen und Klauen verteidigt werden“, betonte er. Ärztekammer-Geschäftsführer Gerhard Andersen gab in der Diskussion zu bedenken, dass ein Arzt mit der Approbation zunächst einmal zu jeder ärztlichen Tätigkeit befähigt sei. Er warnte davor, dies in Frage zu stellen. „Erst einmal sind wir mit der Approbation Ärzte und zur uneingeschränkten Berufsausübung bemächtigt“, hob er hervor. Die Definitionsmacht, wer was dann wirklich tue, müsse bei der Ärzteschaft bleiben. Ähnlich argumentierte Vizepräsident Wille. Es bestehe die Gefahr, dass die Diskussion auf eine Teilapprobation hinauslaufe, sagte er.

Kammerpräsident Jonitz betonte, dass es wichtig sei, das Thema auf die politische Agenda zu heben. Zugleich forderte er die Kammermitglieder auf, der Kammer mitzuteilen, an welchen Krankenhäusern konkret die Dienste fachübergreifend organisiert sind. „Es erleichtert die politische Arbeit ungemain, wenn Beispiele eingereicht werden“, sagte er.

Abschließend verabschiedete die DV in ihrer Sitzung einstimmig eine Gemeinsame Erklärung mit den Landesverbänden der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA). Darin wird die Durchführung von Anästhesien durch nichtärztliches Personal abgelehnt. Lesen Sie dazu den Artikel auf den Seiten 21 bis 23 dieser Ausgabe „Kammer warnt vor Anästhesieassistenten“, von Sascha Rudat.

Kammer warnt vor Einsatz von Anästhesieassistenten

In Zeiten zunehmender Ökonomisierung denken einige Krankenhausbetreiber verstärkt über die Verlagerung ärztlicher Tätigkeiten auf Assistenzpersonal nach. Besonders weit gediehen ist die Weiterqualifizierung von Krankenpflegepersonal zu sogenannten Medizinischen Assistenten für Anästhesiologie (MAFA), die seit einigen Monaten bereits eingesetzt werden. Ärzteschaft und Fachverbände sehen den Einsatz solcher Anästhesieassistenten mit großer Sorge. In einer Gemeinsamen Erklärung warnen deshalb die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin sowie die Landesverbände des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA) und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) vor den möglichen Folgen für Patienten, Ärzte und Pflegepersonal.

Von Sascha Rudat

Hintergrund der Gemeinsamen Erklärung (s. Kasten) ist, dass die Helios Kliniken GmbH im vergangenen Jahr begonnen hat, Pflegepersonal in einer einjährigen Weiterqualifizierung zum Medizinischen Assistenten für Anästhesiologie auszubilden. Der erste MAFA-Ausbildungsgang mit rund 15 Teilnehmern ist bereits abgeschlossen, die zweite Ausbildungsrunde läuft derzeit. Im Helios Klinikum Berlin-Buch sind nach Konzernangaben seit Mai dieses Jahres vier MAFA im Einsatz, ein weiterer befindet sich im Augenblick in Ausbildung. Im Helios-Klinikum Emil von Behring in Zehlendorf lässt sich derzeit ein Pfleger zum MAFA ausbilden.

Die Ärztekammer Berlin, Facharzt- und Pflegerverbände sowie der Helios-Betriebsrat sind sich in ihrer Ablehnung von Anästhesieassistenten, die Narkosen überwachen, einig: Alle sehen durch den Eingriff in originär ärztliche Tätigkeiten die Patientensicherheit gefährdet und befürchten unabsehbare haftungsrechtliche Konsequenzen für Ärzte und Pflegekräfte. Ärztekammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz warnt vor einer so genannten „Lambarene-Medizin“, bei der Behelfslösungen zu einem neuen Standard gemacht werden sollen. „Wie der Einsatz von Anästhesieassistenten in der Praxis aussehen wird, ist völlig offen“, unterstreicht auch der Berliner Oberarzt für Anästhesie, Dr. med. Volker

Pickerodt (Fraktion Gesundheit), der die Gemeinsame Erklärung in die Delegiertenversammlung eingebracht hatte. „Hier wird eine Notlösung zur Dauerlösung gemacht“ – mit diesen Worten bewertet BDA-Jurist Dr. jur. Elmar Biermann den Einsatz von Anästhesieassistenten. BDA und DGAI verweisen in diesem Zusammenhang in auf mehrere Urteile des Bundesgerichtshofs (BGH) zum Thema Parallelnarkosen. So heißt es in ihrer so genannten Münsteraner Erklärung: „In mehreren Parallelnarkoseurteilen hat der BGH die rechtlichen Mindestanforderungen festgelegt und die Schlussfolgerungen gezogen, dass das Anästhesieverfahren, grundsätzlich nur von einem als Facharzt ausgebildeten Anästhesisten oder – bei einem entsprechend fortgeschrittenen Ausbildungsstand – zumindest unter dessen unmittelbarer Aufsicht von einem anderen Arzt vorgenommen werden darf, wobei Blick- und Rufkontakt zwischen beiden bestehen muss.“ (1) Die Patientensicherheit müsse jederzeit im Vordergrund stehen. „Die BGH-Urteile sind eindeutig“, betont der Berliner BDA-Vorsitzende Dr. med. Michael Goldstein, Chefarzt für Anästhesie und Intensivmedizin an der Park-Klinik Weißensee. Der Ausnahmefall werde mit dem Einsatz von MAFA zur Regel.

Den Vorwurf der Parallelnarkose will Dr. med. Gerald Burgard, Chefarzt am

Helios Klinikum Erfurt, nicht gelten lassen. Burgard hat den MAFA-Ausbildungsgang nach eigenen Angaben zusammen mit Professor Dr. med. Jochen Strauß (Berlin-Buch) bei Helios entwickelt. Das Helios-Konzept sehe vor, dass ein Facharzt – in der Regel ein Oberarzt – zwei bis vier OP-Säle überwacht. Zu dem so genannten Anaesthesia Care Team nach angelsächsischem Vorbild sollen eventuell ein weiterer Facharzt, ein Assistenzarzt sowie ein oder zwei Anästhesieassistenten gehören. „Ziel ist es, dass der Oberarzt möglichst frei delegieren und in Krisensituationen eingreifen kann“, betont Burgard. Der MAFA soll dabei beispielsweise in OP-Sälen eingesetzt werden, in denen routinemäßig Schilddrüsen-Eingriffe an absehbar komplikationslosen Patienten vorgenommen werden. In einer Helios-Broschüre zur MAFA-Ausbildung heißt es dazu: „Der Anästhesieassistent darf nicht selbstständig und eigenverantwortlich tätig werden. Er untersteht dem ihm zugeordneten Facharzt für Anästhesiologie. Der leitende Narkosearzt muss während der gesamten Narkose unmittelbar verfügbar (Rufweite) und immer abkömmlich sein. (...) Ärztliche Handlungsfelder bleiben insbesondere Ein- und Ausleitung einer Narkose.“

„Wenn der Anästhesist aber ein- oder ausleitet, ist er nicht abrufbar, wenn es an anderer Stelle Probleme gibt“, warnt eine Helios-Fachärztin für Anästhesie, die namentlich nicht genannt werden will. Und die Frage, ob ein Patient als komplikationslos eingestuft werden kann, ist aus ihrer Sicht alles andere als eindeutig zu beantworten. „Es kann immer Probleme geben“, betont sie. Und dann sei beispielsweise bei starkem Blutdruckabfall schnelles Handeln erforderlich. „Es fehlen bei den MAFA doch die Kenntnisse der medizinischen Zusammenhänge“, kritisiert sie. „Immer dort, wo es bei der Narkose zu Problemen kommt, führt die Anwesenheit des Facharztes zu besseren Ergebnissen“, erläutert BDA-Landeschef Goldstein und verweist auf eine niederländische Studie.(2)

Dabei ist das Ausbildungsspektrum der Anästhesieassistenten durchaus umfangreich. So sah der Ausbildungsplan für das Jahr 2004/2005 fünf theoretische Blöcke à fünf Tage sowie ein dreitägiges Training am Anästhesiesimulator und ein fünftägiges klinisches Praktikum vor, dem eine Abschlussklausur folgte. Dieser Teil umfasst rund 230 Stunden. Daneben findet berufsbegleitend ein praktischer Teil mit einem Umfang von 400 Stunden statt. Doch ob diese Ausbildung im Ernstfall ausreicht, um Gefahrensituationen richtig beurteilen und schnell handeln zu können, bezweifeln viele Anästhesisten.

Mischform bevorzugt

Das Ziel, das Helios mit dem Einsatz der Anästhesieassistenten verfolgt, ist in den Augen der Konzern-Anästhesistin klar: „Es geht darum, Ärzte einzusparen.“ Dies sieht auch der Helios-Betriebsrat so. „Hintergrund ist der Kostendruck“, sagt der Betriebsratsvorsitzende des Klinikums Emil von Behring, Lutz Fischer. „Wir befürchten langfristig auch den Verlust von Facharztstellen.“ Diese Sorge weist Helios-Chefarzt Burgard zurück: „Der vorhandene Pool an Anästhesisten wird nicht verkleinert“, betont er. Bei der Entwicklung des MAFA-Ausbildungsausgangs habe vielmehr die Frage im Vordergrund gestanden, wie man die Versorgungsqualität der Patienten erhöhen und gleichzeitig

die Fachärzte entlasten könne. Man habe sich deshalb für eine Mischform aus Fachärzten, Assistenzärzten und Anästhesieassistenten entschieden. „Es gibt keine anderen denkbaren Modelle, die ökonomisch vertretbar und sicher sind“, unterstreicht Burgard. Die Frage, wie hoch die Zahl der zukünftig eingesetzten Anästhesieassistenten sein wird, konnte der Helios-Chefarzt indes nicht beantworten. Mit Blick auf die Umsetzung der EU-Arbeitszeitrichtlinie sei der künftige Personalbedarf noch nicht absehbar, erklärte er.

Offene Haftungsfragen

Aus Sicht von BDA, DGAI und Helios-Betriebsrat sind zahlreiche haftungs- und strafrechtliche Fragen beim Einsatz von MAFA offen. So erklären BDA und DGAI: „In aller Deutlichkeit sind die Organisationsverantwortlichen der Krankenhausträger sowie die zur Dienst-einteilung berufenen Ärzte auf die drohende Haftung aus Organisationsverschulden und die das Anästhesieverfahren bzw. die Überwachung Durchführenden auf die Probleme des Übernahmeverschuldens im Sinne der Parallelurteile des Bundesgerichtshofs hinzuweisen.“ Und auch der Helios-Betriebsrat warnt Pflegekräfte, die sich zum Anästhesieassistenten qualifizieren lassen wollen, seit Juli 2005 in einer Broschüre vor den möglichen strafrechtlichen Folgen, die sich aus Übernahmeverschulden ergeben könnten. Aus Sicht von Helios-Chefarzt Burgard sind diese Bedenken unbegründet. In einer Stellungnahme des Helios-Rückversicherers heißt es seinen Angaben zufolge, gebe es aus haftungsrechtlicher Sicht keine Einwände gegen den Einsatz von MAFA. „Die Narkose bleibt immer unter ärztlicher Verantwortung“, betont Burgard. Die Anästhesieassistenten seien somit abgesichert.

DV-Mitglied Pickerodt ist sich hingegen sicher: „Wenn etwas passiert, befindet sich Helios in einer rechtlichen Extremsituation.“ Ähnlich sieht es auch der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). „Der Einsatz von MAFA gefährdet Patienten so massiv, dass wir das rundweg ablehnen“, erklärt die

DBfK-Referentin für Pflege im Krankenhaus, Johanna Knüppel. Sie könne den Mitgliedern des DBfK deshalb von der Ausbildung zum MAFA nur abraten. Und auch der Helios-Betriebsrat weist in seiner Broschüre darauf hin, dass man den MAFA-Ausbildungsweg kritisch betrachtet, da er keine staatlich anerkannte Fachweiterbildung für Pflegende in der Anästhesie und Intensivpflege sei.

Dass die Nachfrage nach der Weiterqualifizierung unter den Helios-Pflegekräften bislang verhalten ist, bestätigt auch Chefarzt Burgard. Grund seien die fehlenden Berufsaussichten für Anästhesieassistenten außerhalb der 24 Helios-Kliniken. „Viele stellen sich die Frage: Was bringt mir das?“, räumt Burgard ein. Trotzdem zeigt er sich überzeugt, dass die Weiterqualifizierung sich durchsetzen werde. Zumal der Ausbildungsgang auch für Pflegekräfte anderer Häuser offen stehe – was bislang allerdings nicht wahrgenommen werde.

Weiterbildung in Gefahr

Ein weiteres Problem beim Einsatz von MAFA sieht Anästhesist Pickerodt, Vorsitzender des Weiterbildungsausschusses IV der Ärztekammer Berlin, im Wegfall von Weiterbildungsmöglichkeiten an den Helios-Kliniken. „In der derzeitigen Situation, in der es ohnehin schon einen Ärztemangel gibt, kann dies nicht der richtige Weg sein“, kritisiert er. Bei Helios hingegen erwartet man durch den MAFA-Einsatz eher eine Verbesserung der Weiterbildungssituation. Burgard betonte indes: „Der Oberarzt hat in einem Anaesthesia Care Team mehr Freiraum, um die Ausbildung zu überwachen. Wir glauben, dass wir jungen Ärzten mehr bieten können.“

Burgard weist darauf hin, dass kein Chefarzt gezwungen werde, die Assistenten einzusetzen. Doch die Helios-Anästhesistin hegt Zweifel, ob sich Fachärzte bei Helios tatsächlich gegen den Einsatz der Anästhesieassistenten wehren würden. „Gerade die jüngeren Ärzte haben doch Angst um ihren Job.“ Kritisch gesehen wird auch die Frage,

Erklärung der Ärztekammer Berlin sowie der Landesverbände Berlin, der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA) zur Durchführung von Anästhesien durch nichtärztliches Personal

Auch in Berliner Krankenhäusern werden in zunehmendem Maße originär ärztliche Leistungen auf nichtärztliches Personal verlagert. Dies betrifft insbesondere Tätigkeiten im Bereich der Anästhesiologie. Die Fachgesellschaften DGAI und BDA wie auch die Ärztekammer Berlin beobachten diese Entwicklung mit großer Sorge.

Mit der Einführung von MAFA (Medizinische Assistenten für Anästhesie) durch einen Krankenhauskonzern sind Qualitäts- und Sicherheitsverluste für unsere Patienten verbunden, da der fachärztliche Behandlungsstandard nicht mehr kontinuierlich gewährleistet ist. Der Deutsche Ärztetag 2005 hat eine solche Vorgehensweise bereits explizit abgelehnt. Auch DGAI und BDA haben in der „Münsteraner Erklärung“ dazu Stellung genommen und auf die Risiken sowohl für unsere Patienten als auch für die Leistungserbringer hingewiesen. Überdies führt der aus Kostengründen beabsichtigte Einsatz nichtärztlichen Personals zur Durchführung von Anästhesien zu einer Einschränkung der ärztlichen Weiterbildung in der Anästhesiologie.

ob denn die Patienten ausreichend über den Einsatz von Anästhesieassistenten bei ihrer Narkose informiert werden. So heißt es im Helios-Aufklärungs- und Anamnesebogen zur Anästhesie unter dem Punkt „Allgemeine Hinweise zur Narkoseführung“: „In unserer Klinik werden alle Narkosen von Anaesthesia Care Teams durchgeführt. Bestimmte Tätigkeiten zur Narkose und Überwachung werden von speziell ausgebildeten Anästhesiepflegekräften übernommen. Diese stehen immer unter Aufsicht eines Facharztes für Anästhesie.“ BDA-Landeschef Goldstein bezweifelt, dass viele Patienten mit diesem Passus etwas anfangen könnten und wüssten, was sich hinter einem Anaesthesia Care Team verbirgt. Burgard weist nach eigenen Angaben Patienten im Vorgespräch immer darauf hin, dass auch speziell ausgebildete Pflegekräfte bei der Narkose zum Einsatz kommen. Ob diese mündlichen Informationen zur Narkoseführung allerdings die Regel seien, konnte er nicht sagen.

Dammbrech befürchtet

Einig sind sich indes alle Gegner der Anästhesieassistenten, dass deren

Einführung der Anfang einer neuen Entwicklung in weiteren Fachbereichen sein könnte. „Wir stehen hier vor einem Dammbrech, der die ureigensten ärztlichen Tätigkeiten betreffen kann“, warnt Berlins Ärztekammerpräsident Jonitz. „Die Qualität der Patientenversorgung stirbt zentimeterweise.“ Und Helios-Betriebsrat Lutz Fischer bestätigt, dass es bei Helios Überlegungen gebe, das MAFA-Modell beispielsweise auch im Bereich der Endoskopie und Urologie einzuführen. Helios-Chefarzt Burgard weist darauf hin, dass man alle ärztlichen Tätigkeiten auf den Prüfstand stellen müsse. In seinen Augen sind lediglich die Diagnosestellung und Therapieplanung nicht delegierbar. „Die ärztlichen Aufgaben sollten im Detail immer wieder neu eingeordnet werden“, erklärt er. Dies sei ein dynamischer Prozess. Die betroffene Helios-Anästhesistin fasst die Entwicklung indes anders zusammen: „Steter Tropfen höhlt den Stein.“

Sascha Rudat

Literatur in der Internetversion dieses Beitrags unter www.aerztekammer-berlin.de.

Psychische Erkrankungen bei Intelligenzminderung oft unzureichend diagnostiziert

Psychische Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung, oder besser Intelligenzminderung (so die korrekte Bezeichnung nach ICD-10), machen in der täglichen Praxis häufig Probleme. Insbesondere bei eingeschränkter Verbalisierungsfähigkeit lassen sich viele Angaben zur Anamnese und zum psychopathologischen Befund nicht wie gewohnt erheben. Fremdanamnesen spielen eine große Rolle.

Von Tatjana Voß, Michael Böhm, Albert Diefenbacher

Verhaltensauffälligkeiten, insbesondere wenn es sich um selbst verletzendes Verhalten handelt, wirken erschreckend und verführen zur kurzschlüssigen Gabe von Psychopharmaka – insgesamt erweisen sich Diagnose und Therapie bei dieser Klientel häufig als schwierig und zeitaufwendig. Anders als etwa in Großbritannien, wo seit einigen Jahren eine entsprechende Teilgebetsbezeichnung nach abgeschlossener psychiatrischer Facharztausbildung erworben werden kann, ist die eingehendere und spezialisierte Beschäftigung mit diesen Patienten in Deutschland eher neueren Datums.

Hier soll auf der Grundlage der Erfahrungen des „Behandlungszentrums für psychisch kranke Menschen mit Intelligenzminderung“ der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Evangelischen Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge (im folgenden BHZ am KEH) ein kurzer Überblick über die Probleme und

Fallstricke in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Arbeit mit dieser Klientel geben werden. Das BHZ am KEH existiert auf Veranlassung des Psychiatriebeauftragten des Landes Berlin seit 2001. Mit 32 Plätzen nimmt es psychisch kranke und verhaltensauffällige Menschen mit geistiger Behinderung aus ganz Berlin auf, wobei allerdings für akute Aufnahmen nach dem Berliner Psychiatriegesetz (PsychKG) die zuständigen regelversorgenden Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie zuständig sind, die sich auch sonst an der Versorgung der Patienten beteiligen und mit denen eine enge Zusammenarbeit besteht.

Zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen haben die erhöhte Prävalenz von Verhaltens- und psychischen Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung (IM) belegt. Die genannten Zahlen schwanken zwischen 30 bis 80 %, umso häufiger, je höher der Grad an geistiger Behinderung ist.

Neben biologischen Faktoren, wie zum Beispiel sensorischen Defiziten oder einer Epilepsieerkrankung müssen vor allem Nebenwirkungen von Medikamenten in Betracht gezogen werden. Als psychische Faktoren erhöhen die aus der niedrigen Intelligenz resultierende verminderte Stresstoleranz, unreife Abwehrmechanismen, die Unfähigkeit zum intellektuellen Problemlösen sowie langjährig erlernte dysfunktionale Coping-Strategien das Risiko, psychisch zu erkranken. Schließlich kommen als soziale Faktoren noch Unter- bzw. Überstimulation, Konflikte im Umfeld, das erhöhte Risiko eines Missbrauches, Schwierigkeiten bei der Arbeit, in der Partnerschaft etc. hinzu. All diese Faktoren verstärken sich im Rahmen eines Vulnerabilitätskonzeptes gegenseitig.

Probleme bei der Diagnosestellung

Die erhöhte Basisrate auffälligen Verhaltens bei intelligenzgeminderten Menschen kann zu Problemen bei der Diagnostik psychopathologischer Phänomene führen. Hinzu kommen ein vermindertes sprachliches Ausdrucksvermögen, ein vermindertes Sprachverständnis und eine Modifikation der Ausdrucksgestalt „üblicher“ psychiatrischer Symptomatik. Wenn abschließend noch eine unzulängliche anamnestische Datenlage, unvollständige oder fehlende Vorbefunde oder ein mangelhafter Grad medizinischer Abklärung, zum Beispiel auch von genetischen Aspekten oder unzureichender Betrachtung somatischer Differenzialdiagnosen, hinzu kommt, wird es schwierig, eine fundierte, auf wissenschaftlichen

Kriterien beruhende Diagnose zu stellen. Dabei liegen bei 15 % der Verhaltensauffälligkeiten sogar eine somatische Ursache und nur in 15 % eine rein psychiatrische Erkrankung zu Grunde. In 29 % besteht eine Kombination aus psychiatrischer und somatischer Erkrankung, so dass eine umfassende sorgfältige differenzialdiagnostische Abklärung möglicher psychischer, aber auch körperlicher Ursachen von Verhaltensauffälligkeiten unumgänglich ist. In 40 % sind Verhaltensstörungen als „unangemessenes, sozial störendes Verhalten“ (Emerson, 1995) mit einem interaktionalen, appellativen Charakter einzuschätzen.

Zur Illustration ein Beispiel: Ein junger bislang unauffälliger intelligenzgeminderter und nicht verbalisierungsfähiger Mann war eines Morgens in seinem Heim nicht mehr aufgestanden bzw. ließ sich, wenn ihm beim Aufstehen geholfen wurde, umgehend auf den Boden sinken. Wegen des Verdachts auf Depression erfolgte die Einweisung in das BHZ. Tatsächlich lag eine Oberschenkelhalsfraktur vor.

Problem des „Diagnostic Overshadowing“

In der Diagnostik von Verhaltensauffälligkeiten kommt es noch immer zum „Diagnostic overshadowing“, das heißt zur gedankenlosen Zuschreibung der psychopathologischen Symptomatik zur geistigen Behinderung: Weil ein Mensch geistig behindert ist, wird seine Verhaltensauffälligkeit automatisch als Teil der Behinderung gesehen und weitere differenzialdiagnostische Überlegungen finden nicht statt.

Daher ist es von entscheidender Bedeutung, Diagnosemuster statt Einzelsymptome zu erfassen und besonderen Wert auf die Wahrnehmung von Veränderungen im Verhalten des Betroffenen zu legen. Ziel jeder Diagnostik bei Menschen mit IM ist es, zu einem vertieften Verständnis von Verhaltensauffälligkeiten zu kommen, welches sich nicht nur auf biologische Faktoren beschränkt, sondern entwicklungspsychologische, sozialpsychologische und psychodyna-

mische Faktoren mit einbezieht. So kann etwa ein neu aufgetretenes selbstverletzendes Verhalten bei Vorliegen weiterer entsprechender Symptome auf das Vorhandensein einer zum Beispiel schweren depressiven Episode hinweisen und durch eine adäquate Therapie einschließlich der Verordnung von Antidepressiva zum Sistieren gebracht werden.

Nützliche Adressen

Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge

Spezialambulanz zur Behandlung von erwachsenen Menschen mit psychischen Erkrankungen bei geistiger Behinderung
Herzbergstr. 79, 10365 Berlin
Tel. 030/5472-4916

Lotse-Berlin

Betreute Wohnformen für Menschen mit Behinderung
Tel.: 01803 - 24 17 24
(zentrale Rufnummer)
www.lotse-berlin.de

Heilpädagogische Ambulanz Berlin

Haus K, Eingang D
Turmstr. 21, 10559 Berlin
Tel. 030/447 226 77
www.hpa-berlin-ev.de

Berliner Krisendienst

Überregionaler Bereitschaftsdienst aller Regionen
Krausnickstr. 12a, 10115 Berlin-Mitte
Tel. 030/39063-10 bis 39063-90
www.berliner-krisendienst.de

Lebenshilfe Berlin

Wallstr. 15/15A, 10117 Berlin
Tel. 030/82 99 98-0
www.lebenshilfe-berlin.de/home

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz

Landesbeauftragter für Behinderte
Berlin, Martin Marquard,
Oranienstraße 106, 10969 Berlin,
Tel. 030/9028 2917

**Bundesverband Evangelische
Behindertenhilfe**, www.beb-ev.de

Hoch dosierte Psychopharmaka

Bei Menschen mit IM besteht generell ein erhöhtes Risiko von extrapyramidal-motorischen Störungen. Deren Diagnostik kann allerdings auf Grund der häufig zusätzlich vorliegenden motorischen Störungen erschwert sein. Gerade hier ist eine enge Zusammenarbeit von Psychiatern und einschlägig interessierten Neurologen zu fordern. Dabei ist eine mögliche weitere Beeinträchtigung der ohnehin schon reduzierten kognitiven Funktionen durch eine neuroleptische Langzeitbehandlung kritisch anzusehen. Für den Psychopharmakagebrauch gilt gerade bei Menschen mit IM: So wenig wie möglich!

Bedauerlicherweise erhalten geistig behinderte Menschen in der Realität aber häufig einen „Cocktail“ verschiedener, hoch dosierter Psychopharmaka, ohne dass eine fundierte Diagnose erstellt wurde und ohne dass ein wesentlicher Erfolg durch die nebenwirkungsbehaftete Medikation erzielt werden konnte. Ein wesentlicher erster Behandlungsschritt kann daher die Reduktion bzw. das Absetzen von Psychopharmaka sein.

Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass Menschen mit IM entsprechend den in der Medizin gängigen differenzialdiagnostischen und therapeutischen Methoden erfolgreich behandelt werden können. Es handelt sich dabei um ein komplexes Unterfangen, das zum Teil auch sehr zeitaufwendig ist. Leider gibt es immer noch viele Vorurteile gegenüber dieser Klientel und einen damit in Zusammenhang stehenden therapeutischen Fatalismus.

Anschrift der Verfasser:

Dr. med. Tatjana Voß,
Dr. Michael Böhm,
Professor Dr. Albert Diefenbacher
Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth
Herzberge, Abteilung für Psychiatrie
und Psychotherapie
Herzbergstraße 79, 10365 Berlin

*Literatur in der Internetversion
dieses Beitrags unter
www.aerztekammer-berlin.de.*

Nahrungsergänzungsmittel auf dem Prüfstand

Sind die Erwartungen, die viele Patienten und Verbraucher – oft werbeverursacht – an Nahrungsergänzungsmittel haben realistisch? Und ist ein Zusatznutzen bei bestimmten Lebensmitteln, den so genannten Functional Foods, gegeben? BERLINER ÄRZTE möchte einen Überblick über den aktuellen Stand der Entwicklung und Bewertung solcher Produkte aus ernährungsmedizinischer Sicht geben.

Von Rolf Großklaus

Das Angebot von Nahrungsergänzungsmitteln reicht vom einfachen Vitamin- oder Mineralstoffpräparat bis zu Kombinationspräparaten mit häufig lebensmittelrechtlich nicht eindeutiger Zusammensetzung (zum Beispiel manche Flavone, Isoflavone oder Produkte unter Verwendung von Pflanzenteilen und -extrakten mit pharmakologisch wirksamen Inhaltsstoffen wie Ginseng, Johanniskraut usw.). Sie werden zunehmend auf den unterschiedlichsten Informations- und Verteilungswegen über Internet und Verkaufsversand aggressiv – oft auch mit Heilsversprechen – beworben und vertrieben. Aber auch probiotische Joghurts, ACE-Säfte in zahlreichen Geschmacksrichtungen, mit Omega-3-Fettsäuren und Folsäure angereichertes Brot haben als so genannte „Functional Foods“ mit einem erhofften Zusatznutzen in Deutschland Konjunktur. Bestimmte Inhaltsstoffe wie Vitamine, Mineralstoffe, Omega-3-Fettsäuren, Phytosterole, probiotische Ballaststoffe und probiotische Milchsäurebakterien oder sekundäre Pflanzenstoffe (Extrakte, Isolate) sind Basis möglicher gesundheitsfördernder Eigenschaften der funktionellen Lebensmittel. Als Zusatznutzen zur Nährstoffversorgung werden zum Beispiel Effekte geltend gemacht wie Stärkung des Immunsystems durch probiotische Mikroorganismen, vermehrte Muskelbildung durch Kreatin („Power-Drinks“), Verbesserung der Gehirnleistung durch Lecithin („Brain-Food“), Verminderung des Herzinfarkt-Risikos durch Pflanzensterole oder ganz allgemein Gesundheitsförderung.

Die treibenden Kräfte für diese Entwicklung von so genannten „Functional

Foods“ sind nicht nur der allgemeine Trend zu alternativen Naturheilmitteln und die Förderung der Selbstmedikation, sondern auch jene Faktoren, die infolge der bestehenden Rechtsunsicherheit unter Ausnutzung von Gesetzeslücken und schwacher staatlicher Regulation den Markt durch profitable Innovationen locken. Verlierer sind nicht nur die betrogenen Verbraucher, sondern auch die seriösen Hersteller, welche solche unbewiesenen Wirkungsaussagen vermeiden. Synonym gebrauchte Begriffe wie „Nutraceuticals“ – zusammengesetzt aus Nutrient (Nährstoff) und pharmaceutical (Arzneimittel) – oder „Pharma Food“ verdeutlichen, dass sich bestimmte Nahrungsergänzungsmittel und auch „Functional Food“ in einem Spannungsfeld zwischen Lebensmitteln und Arzneimitteln bewegen. Daraus resultieren eine Reihe von offenen Fragen, die nicht nur die rechtliche Einordnung der fraglichen Produkte und deren Abgrenzung zu Arzneimitteln betreffen, sondern auch Fragen zur Sicherheit, Effektivität und Auslobungen dieser neuen Produkte. Begrüßenswert ist, dass nun die Europäische Kommission einen Verordnungsentwurf vorgelegt hat, in dem ernährungs- und gesundheitsbezogene Angaben über Lebensmittel geregelt werden.

Definition und Abgrenzung zu Arzneimitteln

Nahrungsergänzungsmittel sind definiert als Lebensmittel, die dazu bestimmt sind, die allgemeine Ernährung zu ergänzen und ein Konzentrat von Nährstoffen oder sonstigen Stoffen mit ernährungsspezi-

fischer oder physiologischer Wirkung allein oder in der Zusammensetzung darstellen. Arzneimittel dienen der Behandlung und Vorbeugung von Krankheiten. Nahrungsergänzungsmittel werden in dosierter Form, insbesondere in Form von Kapseln, Pastillen, Tabletten, Pillen etc. zur Aufnahme in abgemessenen kleinen Mengen, in den Verkehr gebracht. Mit der Umsetzung der Richtlinie 2002/46/EG in deutsches Recht hat sich die Sicherheit von Nahrungsergänzungsmitteln durch die Positivlisten für Vitamine und Mineralstoffe, die Bestimmungen über die Kennzeichnung, Aufmachung und Bewerbung von Nahrungsergänzungsmitteln sowie das eingeführte Anzeigeverfahren zur effizienteren Überwachung der Nahrungsergänzungsmittel erheblich verbessert. Allerdings soll die Festlegung von Höchstmengen für Vitamine und Mineralstoffe in einer Tagesdosis erst zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen; ein weiteres ungeklärtes Problem stellen die „sonstigen Stoffe mit ernährungsspezifischer und physiologischer Wirkung“ dar. Für die meisten „sonstigen“ Stoffe gibt es noch keine Empfehlungen hinsichtlich einer sinnvollen täglichen Zufuhrmenge. Es gibt auch bislang noch keine gesicherten Daten über die Unbedenklichkeit einer isolierten Zufuhr. Hier gelten nach wie vor einzelstaatliche Vorschriften.

Eine große Anzahl derartiger Produkte bewegt sich in der Grauzone zwischen Lebensmittel und Arzneimittel. Dazu trägt bei, dass zahlreiche Arzneimittel keine Nachzulassung erhalten, weil ihre Wirksamkeit nicht nachgewiesen werden kann. Ausweg für viele Hersteller ist der „Switch“ vom Arzneimittel zum Lebensmittel, um auch den aufwendigen Weg der Zulassung des Erzeugnisses als Arzneimittel zu umgehen. Grundsätzlich dürfen Nahrungsergänzungsmittel aber keine Eigenschaften zugeschrieben werden, die der Verhütung, Behandlung oder Heilung einer Krankheit dienen.

Anerkanntermaßen dient die Dosis von Vitaminen, die in Arzneimitteln therapeutisch eingesetzt wird, nicht der Nahrungsergänzung, sondern arzneilichen Zwecken. Art und Menge der Nährstoffe und sonstigen Stoffe müssen in der emp-

fohlenen täglichen Verzehrsmenge erwiesenermaßen gesundheitlich unbedenklich sein. Als Richtwert für eine zweckdienliche Nahrungsergänzung sollte der physiologische Dosisbereich der einzelnen Vitamine und Mineralstoffe einschließlich der Spurenelemente nicht wesentlich überschritten werden. Hochdosiertes Vitamin E (über 400 I.E. pro Tag) kann das Sterberisiko erhöhen. Eine Selbstmedikation mit hohen Dosen von Antioxidantien (Beta-Carotin, Vitamine E, C, Selen über der empfohlenen Tagesdosis) ist nicht mehr gerechtfertigt und sollte allenfalls nur noch unter ärztlicher Kontrolle erfolgen. Bei ausgewogener und vollwertiger Ernährung sind Nahrungsergänzungsmittel überflüssig (Ausnahme: Jod und Folsäure sowie ggf. Vitamin D bei älteren Menschen über 65 Jahren).

Functional Food – Konzept und Ziel

Was man genau unter einem so genannten „Functional Food“ zu verstehen hat, ist in Deutschland und Europa im Gegensatz zu Nahrungsergänzungsmitteln nicht gesetzlich definiert. Unter „Functional Food“ versteht man aus ernährungswissenschaftlicher Sicht eher ein Konzept als eine spezielle Lebensmittelgruppe. Danach sollen Produkte entwickelt werden, die einen nachweislichen, das heißt wissenschaftlich überprüften positiven Effekt auf den Gesundheitszustand, das Wohlbefinden und/oder die Verringerung eines Krankheitsrisikos „über die übliche Ernährung“ hinaus bieten.

Neben dem wissenschaftlichen Konzept für die Entwicklung von neuen funktionellen Produkten sollte die wissenschaftliche Basis für die Feststellung von Veränderungen von Zielfunktionen und Veränderungen von Krankheitsprozessen und damit Absicherung von Werbeaussagen erarbeitet werden. Zur Feststellung von Veränderungen auf bestimmte Zielfunktionen (zum Beispiel Abwehr reaktiver Oxidantien, Herz-Kreislauf-System oder Physiologie des Magen-Darm-Traktes) müssen aussagekräftige Parameter („Biomarker“) erarbeitet und validiert werden. Nur wenige funktionelle Lebensmittelbe-

standteile sind bisher eingehend untersucht worden. Dazu gehören phytosterolhaltige Produkte zur Reduktion des Cholesterinspiegels. Entscheidend ist der Nachweis der Unbedenklichkeit und der Wirksamkeit dieser neuen Produkte an Menschen. Zum Untermauern einer Werbebehauptung zur Risikoverringerung einer Krankheit sind jedoch nicht nur Laborversuche (in vitro- und tierexperimentelle Studien), sondern auch Ergebnisse aus mehreren Studien an Menschen zur wissenschaftlichen Beweisführung notwendig. Diese Studien sollten dabei an der Zielpopulation durchgeführt werden, die von der behaupteten Wirkung einen Nutzen ziehen soll.

Nutzen einer Supplementierung

Der mögliche Nutzen einer Anreicherung von Lebensmitteln mit funktionellen Lebensmittelinhaltsstoffen oder des gezielten Einsatzes von Nahrungsergänzungsmitteln besteht in einer Verbesserung der Nährstoffversorgung bei nachgewiesener Unterversorgung, in bestimmten physiologischen Situationen (zum Beispiel bei Schwangerschaft und Stillzeit) oder bei einseitiger Ernährung (etwa Veganer) oder zu geringer Nahrungsaufnahme sowie ggf. präventiven Bedeutung zur Verringerung eines Krankheitsrisikos. Chronisch kranke, ältere Menschen bedürfen der besonderen Aufmerksamkeit, da aufgrund von Kau- und Schluckbeschwerden und von Appetitlosigkeit eine sicher ausreichende Bedarfsdeckung mit allen essenziellen Nährstoffen nur schwer möglich ist. Mögliche Nachteile der Anreicherung bzw. Supplementierung wie das Risiko der Überdosierung, Risiko für Nährstoffimbalancen und keine Ernährungsverhaltensänderung müssen dagegen sorgfältig abgewogen werden. Keinesfalls erwiesen ist die Unbedenklichkeit von sekundären Pflanzeninhaltsstoffen, insbesondere wenn Arzneipflanzen und deren Extrakte (zum Beispiel Johanniskrautextrakt) verwendet werden. Zu gefährlichen Nebenwirkungen kann es durch Interaktionen bei gleichzeitiger Aufnahme von Arzneimitteln kommen. Das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) hat eine aktuelle Nutzen/Risikobe-

wertung von Vitaminen und Mineralstoffen durchgeführt. Die Besonderheit der Risikobewertung von lebensnotwendigen Nährstoffen wie Vitaminen und Mineralstoffen liegt darin, dass sowohl das Risiko einer Mangel- als auch einer Überversorgung berücksichtigt werden muss. So kann zum Beispiel zu viel Vitamin A im ersten Drittel der Schwangerschaft fruchtschädigend wirken. Eine chronisch hohe Vitamin-A-Zufuhr führt auch zu Leberschädigungen und wirkt sich negativ auf die Knochendichte aus.

Auf der Grundlage einer wissenschaftlich basierten Risikoabschätzung wurden Höchstmengen an diesen Stoffen für Nahrungsergänzungsmittel oder angereicherte Lebensmittel abgeleitet. Mit einheitlichen Höchstmengen soll der Verbraucher wirksam vor möglichen Gesundheitsschäden und Irreführung geschützt werden. Die aktuelle Bewertung des BfR ist daher eine geeignete Grundlage für die in Deutschland und vor allem auf europäischer Ebene zu führende Diskussion über Höchstmengen von Vitaminen und Mineralstoffen, die über Nahrungsergänzungs- oder angereicherte Lebensmittel zusätzlich zugeführt werden. Für die anderen, wie sekundäre Pflanzenstoffe und sonstige, bislang nicht als Lebensmittelzutaten verzehrte Stoffe gilt dies nicht. Im Interesse des gesundheitlichen Verbraucherschutzes ist daher zunächst eine umfassende Risikobewertung solcher Stoffe unerlässlich. Der Einsatz von Lebensmitteln, die einen gesundheitlichen Zusatznutzen aufweisen, muss immer mit einer Aufklärung der Bevölkerung über ausgewogene Ernährung und dem langfristig angelegten Zweck der Maßnahme verbunden sein. Ein „(All)Heilmittel“ sind Functional Food nicht.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. Rolf Großklaus
Bundesinstitut für Risikobewertung
Thielallee 88-92, 14195 Berlin

Literaturangaben zu diesem Beitrag sowie die aktuellen Höchstmengen-Empfehlungen des BfR für die Verwendung von Vitaminen und Mineralstoffen in Nahrungsergänzungsmitteln finden Sie auf unserer Homepage unter www.aerztekammer-berlin.de.

Die Entdeckung des Syphilis-Erregers

Vor genau 100 Jahren – im März 1905 – entdeckte der Zoologe Fritz-Richard Schaudinn in Berlin den Erreger der Syphilis. Dem eng mit Ärzten kooperierenden Forscher wurde jedoch Zeit seines kurzen Lebens nur noch wenig Anerkennung für seine bahnbrechende Entdeckung zuteil. Aus Teilen der ärztlichen Fachwelt kam stattdessen mächtig Gegenwind. Manfred Stürzbecher stellt den vielseitigen Berliner Natur- und Geisteswissenschaftler vor.

Fritz Richard Schaudinn wurde am 18. September 1871 in Roeseningken/Ostpreussen als Sohn eines Gutsverwalters geboren. 1890 legte er in Gumbinnen das Abitur ab. Danach studierte er Zoologie an der Universität Berlin, wo er besonders in Franz Eilhard Schulze (1890-1921) einen Förderer fand. Ein Stipendium der Preußischen Akademie der Wissenschaften ermöglichte ihm eine Forschungsreise nach Norwegen. Er wurde Assistent am Zoologischen Institut der Berliner Universität. 1898 konnte er sich an der Philosophischen Fakultät habilitieren.

In Berlin hielt Schaudinn als Privatdozent Vorlesungen über Protozoen als Krankheitserreger und warb für eine enge Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Zoologen, was einerseits im akademischen Bereich weitgehend unbeachtet blieb, doch unter jungen Mikrobiologen zu einer Zusammenarbeit führte.

1901 übernahm Fritz-Richard Schaudinn die Leitung einer deutsch-österreichischen zoologischen Station in Dalmatien. Da diese in einem Malariagebiet lag, beschäftigte sich der Zoologe u.a. mit der

Malariabekämpfung. Aber auch andere Gebiete der medizinischen Mikrobiologie, wie zum Beispiel die Entamoeben, beschäftigten ihn. Als 1904 im Reichsgesundheitsamt ein Protozoenlabor eingerichtet wurde, bekam Schaudinn die Leitung. So großartig zunächst die Möglichkeiten in Berlin erschienen, fühlte er sich doch nicht recht glücklich, da er als wissenschaftlicher Beamter die Aufträge der ihm vorgeetzten Behörden auszuführen hatte. Dem Anschein nach ist zudem zwischen Robert Koch (1843-1910) und ihm das persönliche Verhältnis nicht sonderlich gut gewesen. Schaudinn interessierte sich deshalb für einen Wechsel nach Hamburg. Dort entstand damals das Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten, in dem auch ein Protozoenlabor eingerichtet wurde, dessen Leitung er übernehmen sollte.

Während der Zeit der Verhandlungen über den Arbeitsplatzwechsel sah Schaudinn am 3. März 1905 im Lichtfeld des Mikroskops erstmals Spirochaeten. Es war ein langer und komplizierter Weg von der Entdeckung der Spirochaeten bis zu ihrer Typisierung und dem Beweis, dass es sich hierbei um den Erreger der Syphilis handelt. Auf diesem Wege war die Zusammenarbeit des Zoologen mit

dem Hautarzt Erich Hoffmann (1868-1959) von großer Bedeutung. Dieser war Zögling der Militärärztlichen Bildungsanstalten und nach der Approbation als Arzt an die Hautklinik der Charité kommandiert. Er habilitierte sich an der Medizinischen Fakultät und war 1903 aus dem aktiven Militärdienst ausgeschieden.

Nachdem auf einer Sitzung im Reichsgesundheitsamt am 20. März 1905 die Beobachtung diskutiert worden war, veröffentlichten Hoffmann und Schau-

dinn mit vorsichtigen Formulierungen ihre Erkenntnisse. Am 17. Mai 1905 präsentierten die beiden ihre Entdeckung auf einer Sitzung der Berliner Medizinischen Gesellschaft. In der Diskussion sprach nur der Zoologe Thiersing, der erklärte, dass es sich bei den Mikroorganismen höchstwahrscheinlich um Verunreinigung der Farbstofflösung handelte. Das Thema muss trotzdem eine aktuelle Bedeutung gehabt haben, denn in der folgenden Sitzung der Gesellschaft wurde die Diskussion fortgesetzt. Und in vorsichtiger Form erhielten die beiden „Entdecker“ von Ärzten Zustimmung. Thiersing gelang es aber, seine mikrobiologischen Vorstellungen ins rechte Licht zu setzen,

so dass der Vorsitzende, der Chirurg Ernst von Bergmann (1836-1907), die Aussprache mit der Bemerkung beendete: „Damit ist die Diskussion geschlossen, bis wieder ein anderer Syphiliserreger unsere Aufmerksamkeit in Anspruch nimmt.“ Für den bedeutenden Chirurgen war das Problem erledigt.

Aus späterer Sicht muss dieses Verhalten ignorant erscheinen, aber für den Operateur und Arzt standen die mikrobiologischen Auseinandersetzungen nicht im Zentrum des ärztlichen Interesses. Obwohl Schaudinn und seine

Mitarbeiter immer weitere Bestätigungen ihrer Beobachtungen erhielten, wurden sie in der Berliner medizinischen Öffentlichkeit kaum anerkannt, denn die Polemik ihrer Gegner wurde teilweise bis in die Tagespresse geführt.

Schaudinn trat am 1. Juli 1905 seinen Dienst am Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten in Hamburg an. Während für ihn zunächst eine öffentliche Ehrung ausblieb, veranlasste offensichtlich der Kaiser eine Einladung zum Internationalen Medizinischen Kongress in Lissabon im April 1906, wo er eine internationale Huldigung erlebte. Die

Reise trat er als kranker Mann an. Kurz nach seiner Rückkehr nach Hamburg musste er sich einer Darmoperation unterziehen. Doch auch eine zweite Notoperation konnte das Leben des 35-jährigen Forschers nicht retten. Am 22. Juni 1906 starb er in Hamburg. Seine Leiche wurde auf dem alten Luisenstädtischen Friedhof in Charlottenburg, Königin-Elisabeth-Straße, beigesetzt. Das Grab ist jetzt Ehrengrab des Landes Berlin.

Dr. med. Dr. phil. Manfred Stürzbecher

P E R S O N A L I E N

Zum Tode von Ingeborg Falck



Foto: Archiv

Nach einem erfüllten Leben ist Professor Dr. med. Ingeborg Falck am 7. September 2005 im Alter von 83 Jahren gestorben.

Sie wurde am 2. Mai 1922 als Kind einer großbürgerlichen Familie in Berlin geboren, ging hier zur Schule und studierte an der Friedrich-Wilhelm-Universität. Schon früh wurde ihre überdurchschnittliche Begabung deutlich: mit knapp 18 Jahren Abitur, mit 22 Jahren medizinisches Staatsexamen und Promotion – beides mit der Note „Sehr gut“ – Aner-

kennung als Fachärztin für Innere Medizin mit 31 Jahren, Habilitation mit 33 Jahren; 1961, das heißt mit 39 Jahren, Professorin mit Lehrauftrag, seit 1968 apl. Professorin, 1986 erhielt sie eine C-3-Professur für Geriatrie an der Medizinischen Fakultät der Freien Universität Berlin (West).

Unmittelbar anschließend an das Studium arbeitete Ingeborg Falck in verschiedenen klinischen und poliklinischen Bereichen zunächst an der Charité, später an der II. Medizinischen Klinik der FU unter bedeutenden Lehrern wie Professor Joachim Brugsch und Professor Gotthard Schettler.

Ihre Lebensaufgabe fand sie 1963 am Städtischen Bürgerhospital (später Max-Bürger-Haus) für Geriatrie in Berlin-Charlottenburg. Hier war sie bis zu ihrem Ruhestand tätig, seit 1981 zugleich als ärztliche Leiterin des gesamten bezirklichen Krankenhausbetriebes.

Es ist das unbestreitbare Verdienst von Ingeborg Falck, frühzeitig erkannt zu haben, dass die Versorgung Alterskranker eine Schwerpunktaufgabe der kommenden Jahrzehnte sein würde. Für sie setzte sie ohne Aussicht auf große Karrierechancen ihre ganze Kraft ein. Unter sehr schwierigen räumlichen und

personellen Bedingungen kämpfte sie unverdrossen für ihre Patienten. Was sie erreichte, mag den heute in der Geriatrie Tätigen nicht immer Eindruck erweckend erscheinen, gemessen an der Ausgangssituation war es das Maximum des damals Möglichen.

Neben ihrer intensiven patientenbezogenen Tätigkeit fand sie immer noch Zeit und Kraft für die wissenschaftliche Tätigkeit. Die Liste ihrer Publikationen umfasst mehr als 200 Titel. Über viele Jahre war sie Mitherausgeberin der Zeitschrift für Gerontologie.

Jahrzehntlang war sie im Deutschen Ärztinnenbund aktiv, führte 20 Jahre lang den Vorsitz im Landesverband Berlin. Auch berufspolitisch engagierte sie sich, war fünf Legislaturperioden lang Mitglied der Ärztekammer Berlin. In Anerkennung ihrer Verdienste wurden ihr das Bundesverdienstkreuz und die Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft verliehen.

Ingeborg Falck hat ein sicherlich nicht immer leichtes, überaus arbeitsreiches und erfülltes Leben vollbracht, das den in vieler Hinsicht bedürftigsten unter unseren Patienten gewidmet war. Sie wird denen, die sie kannten und schätzten, in dankbarer Erinnerung bleiben.

Prof. Dr. Ruth Mattheis

Heilkräftige Kunst aus Afrika

Im Ethnologischen Museum war man überwältigt: Mehr als eine Million Besucher hatte die Ausstellung „Kunst aus Afrika“, die Peter Junge, Kurator der Afrika-Sammlung, auf eine Bitte aus Brasilien für Rio de Janeiro, Brasilia und Sao Paulo konzipiert hatte. Nun ist sie zu Hause in Dahlem zu sehen. Und dies ist nicht nur eine Ausstellung, sondern eine völlig neue Schausammlung, Zeichen einer Revolution.

Denn das Berliner Ethnologische Museum, eines der bedeutendsten seiner Art auf der Welt, zeigt aus seiner Sammlung von 75 000 afrikanischen Objekten eine Auswahl von 180 hervorragenden Kunstwerken, jedes präsentiert in seiner ästhetischen Einmaligkeit. Wenn das viel missbrauchte Wort vom Paradigmenwechsel irgendwo berechtigt ist, dann hier. Lange Jahre sah man in Europa das, was Afrikaner gestaltet hatten, nur unter dem Aspekt der „Völkerkunde“ – selbst hochrangige Kunstwerke wie hieratische hölzerne Ahnenfiguren, wie die exzeptionellen Benin-Bronzen, wie Ritualmasken, die in ihrer radikalen Abstraktion an Brancusi erinnern.

Nur Künstler – Kubisten und Expressionisten – waren tief beeindruckt von der Kraft und Ursprünglichkeit afrikanischer Skulpturen. Für alle anderen aber war, so Junge – „fast alles, was zwei Beine hatte, ein Fetisch“; ein magisches Artefakt (spätlateinisch „factitius“ portugiesisch „feitiço“). Die Fetische oder Götzenbilder galten den Missionaren und Kolonialbeamten als teuflisch, hässlich und obszön, wurden eingesammelt und verbrannt oder – Glück für die Museen – als Kuriosa nach Europa verschifft.

Das galt auch für die „Kraftfiguren“ (minkisi) aus dem Kongo-Gebiet, denen ein eigener Ausstellungsbereich gewidmet ist. Diese Beschützer vor allem Unglück, vor Krankheit, Verhexung und

Verbrechen, waren Vermittler zwischen den beiden Teilen des Kosmos: dem Diesseits als temporärem Ort der Menschen, und dem Jenseits, dem Reich der verehrten Ahnen, dem man später selbst angehört. Wie christliche Heilige oder moderne Mediziner waren auch die Kraftfiguren spezialisiert, zum Beispiel auf die Förderung der Fruchtbarkeit, auf Geburtshilfe, auf Abschreckung von Schadzauber (Hexerei).



Foto: Martin Franken

Kunst aus Afrika, 2005 SMB-DuMont, S. 114

Die Plastiken – manchmal auch nur simple Behältnisse – erhielten ihre Macht zum Bann des Bösen erst durch die „Medizin“, mit der sie von Ritual-Spezialisten (nicht von Apothekern!) gefüllt oder behängt wurden, eine polypragmatische Überfülle wirkräf-

tiger Gegenstände oder Substanzen, wie Mineralfarben, Friedhofserde, Muscheln. Als „Vehikel des Glaubens“ hätte Thure von Uexküll sie bezeichnet, den das Placebo-Phänomen faszinierte. Wenn Krankheiten prinzipiell psychosomatisch sind – mit unterschiedlichen Anteilen von Psyche und Soma –, müssen die von den Missionaren bekämpften Rituale recht genesungsfördernd gewesen sein, und kostensparend sowieso.

Wirkten diese Zeremonialtänze (im Museum als Film zu sehen) nun medizinisch, religiös oder sozial? Und sind die Figuren Kunstwerke, die während der Rituale als äußeres Zeichen der Hilfesuche mit Nägeln gespickt oder Stoffstreifen behängt wurden? Unsere trennende Terminologie versagt, meint Junge, „angesichts von Gesellschaften, in denen Gegenstände Funktionen aus allen diesen Bereichen gleichzeitig übernehmen können und zugleich noch Kunstwerke sind“.

Wie auch die hier abgebildete kongolische Kraftfigur aus dem 19. Jahrhundert, eine Art Schutzpatron der Zwillingmütter. Zwillinge galten als Glücksbringer, aber wenn der eine starb, fürchtete man um das Leben des anderen, weil sie eine gemeinsame Seele hatten, und die Mutter hegte und pflegte das hölzerne Abbild des toten Zwillingkindes genau wie das lebende.

Die 28 cm hohe Holzplastik mit ihrer „Medizin“ im Bauch scheint von Europa beeinflusst, mit dem die Kongo-Region seit langem in Verbindung stand. Das zeigt der relativ realistische Stil, und das zeigt auch die „Medizin“, die europäische Stoffstückchen und Nägel enthält. Exotisches gilt eben nicht nur hier und heute als besonders wirkräftig!

Rosemarie Stein

Ethnologisches Museum SMB, Lansstraße 8, bis auf weiteres Di bis Fr 10-18, Sa und So 11-18 Uhr. Katalog im Museum 24,90 Euro.

Hans Witzgall zum gosten

Am 15. September dieses Jahres feierte Professor Dr. med. Hans Witzgall seinen 90. Geburtstag. Den jüngeren Kollegen sei ins Gedächtnis gerufen oder vermittelt, wer Hans Witzgall ist.

Im alten Westberlin war er eine Institution. Das Martin-Luther-Krankenhaus, in dem Witzgall tätig war, hatte eine Spitzenposition direkt nach den Universitätskliniken und Witzgall hatte die zweitgrößte Privatabteilung Deutschlands.

Wie kam Hans Witzgall zu dieser Spitzenstellung? Als Franke begann er das Medizinstudium in Erlangen, vollendete es in Kiel und wurde Truppenarzt auf dem Balkan. 1946 begann er als Assistenzarzt am Martin-Luther-Krankenhaus bei Professor Dr. Munk, der Witzgalls Talent und Arbeitseinsatz rasch erkannte und ihm seinen reichen Erfahrungsschatz vermittelte. Er wurde Oberarzt

und nach dem Tode seines verehrten Lehrers 1952 Nachfolger von Munk als Chefarzt der Inneren Abteilung am Martin-Luther-Krankenhaus. Danach erfolgte die Habilitation.

Während in ganz Berlin darüber nachgedacht wurde, wie die Stadt wieder zum „Mekka der Medizin“ werden könnte, bemühte sich Witzgall, den Anschluss an die anglo-amerikanische Nachkriegsmedizin so schnell wie möglich herzustellen. Die Grenzen der Naturwissenschaft begannen für Hans Witzgall beim Einfluss der Psyche auf das Soma, aber im Gegensatz zu den in seiner Zeit modischen psychosomatischen Lehren, sah er das Vegetativum mit nervalen und hormonellen Übermittlern als Relaisstation zwischen beiden an.

Noch wichtiger war sein Verhältnis zu Patienten. Er war in deren Führung ein



Naturtalent. So sehr er Naturwissenschaft predigte, so sehr war Heilkunst für ihn Kunst der Menschenführung. Mit ihm wurde der Patient in Entscheidungen eingebunden, ohne dass ihm Entscheidungen überlassen wurden.

Der Jubilar verfolgt noch heute die medizinischen Entwicklungen und kann erleben, dass vieles, was er vorausgedacht oder manchmal nur erahnt hat, Realität geworden ist. Ihm seien noch viele Jahre in geistiger Frische gewünscht!

Dr. med. Manfred Waetke

BERLINER  ÄRZTE

11/2005 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. jour. Sascha Rudat (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 Meinungs austausch unter der Ärzteschaft und ihr nahestehender Kreise. Nachdruck nur mit Genehmigung. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zulässigen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar.

Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-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: Anne Gentzsch, 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 Leseranalyse Medizinischer Zeitschriften e.V.

ISSN: 0939-5784