

„Politik tickt anders“

Kammerpräsident Jonitz zu einem führenden Ministerialvertreter: „Auf der Einnahmenseite muss der Missbrauch der gesetzlichen Krankenkassen (knapp 30 Milliarden Euro in acht Jahren und laufend knapp drei Milliarden pro Jahr zu Lasten der GKV) gestoppt und die Einnahmenbasis verbreitert werden. Der Faktor Arbeitslosigkeit macht krank und führt zu niedrigeren Einnahmen der Kassen. Auf der Ausgabenseite muss die Steuerung verbessert werden. Eine komplexe Medizin mit multimorbiden und anspruchsvollen Patienten kann nicht mehr nur durch das individuelle Bemühen des einzelnen Arztes geregelt werden. Er braucht eine bessere Orientierung und Rückmeldung.

Und dazwischen muss das Gesundheitswesen geführt und nicht verwaltet werden. Dazu bedarf es menschlicher Glaubwürdigkeit und inhaltlicher Überzeugungskraft“.

„Du hast ja völlig Recht, aber Politik tickt anders“ war die Antwort des Ministerialvertreters.

Wie tickt die Politik in Deutschland? Das neue Reformgesetz, das jetzt auf dem Wege des Machterhaltes der Kanzlerin, des Aufschiebens konfliktreicher Inhalte auf später und der Resignation vieler Parlamentarier eventuell doch eine Mehrheit im Bundestag bekommt, löst die Finanzierungsfrage nicht. Im Gegenteil, die Beiträge steigen, und zwar gewaltig. Es löst die Steuerungsfrage nicht. Der Gemeinsame Bundesausschuss administriert und stellt Regeln auf, die Formalien und Strukturmerkmale zwingend vorschreiben. Es werden Vorschriften erlassen anstatt Ziele zu setzen. Und das



Foto: Stiebitz

Dr. med. Günther Jonitz (Chirurg)
Präsident der Ärztekammer Berlin

Führungsproblem wird ebenfalls nicht gelöst, denn eine Regierung, die funktionierende Strukturen zerschlägt, anstatt sie weiter zu entwickeln, hat das gesamte System zum Feind und nicht zum Verbündeten. Jeder Verkehrsminister müsste zurücktreten, wenn er ein Gesetz erlassen wollte, das die Kosten erhöht und die Sicherheit und die Funktionsfähigkeit des Straßenverkehrs beeinträchtigt.

Gesundheitspolitik tickt anders. Kein Konzept, keine Verantwortung, keine Ziele, nur Ideologie. Ob Bürgerversicherung oder Kopfpauschale, SPD- oder CDU-Modell, es ist aus Sicht von Arzt und Patient zweitrangig, wie das Gesundheitswesen finanziert wird, Hauptsache, es wird finanziert. Fahren Sie mit einem Diesel- oder einem Benzinmotor? Auf den Fahrer kommt es an.

Es wird nicht gesteuert, es wird auch nicht geführt. Gesundheit wird verwaltet. Bürokratie ist kein Ersatz für erfolgreiche Führung. Im Gegenteil. Es ist in dem uns bekannten Übermaß ein Zeichen von Inkompetenz und Schwäche. Viele Daten sammeln (hält die Leute erstmal beschäftigt und vermittelt eine kleine Illusion von Hoffnung auf Belohnung nach dem Zettelausfüllen). Die Datensammler sind auch beschäftigt, die so genannten Verantwortlichen gewinnen Zeit und Zahlen – mit denen sie in der Regel nichts anfangen können, weil

- a) der Kontext fehlt,
- b) die Zahlen unvollständig sind oder
- c) die EDV leider nicht richtig rechnen kann.

Wenn man weiß, was man tut, wenn man erfolgreich führt, braucht es wenig Zahlen. Solche, die mit dem Ergebnis (Behandlungsziel) und mit dem Aufwand etwas zu tun haben und die gegebenenfalls Nachfragen möglich machen. Ein kleines, fach- oder krankheitsspezifisches Set aus einigen weichen (Zufriedenheit, Compliance) und einigen harten Daten (Labor, Röntgen, Kosten). Alles andere ist Nonsense. Das Problem als solches ist auf der politischen Bühne erkannt. Was es bringt, ist offen.

Gegenwehr? Manchmal subversiv: In einem mittelgroßen Berliner Krankenhaus hat ein dortiger Assistenzarzt bei jeder Hämorrhoiden-Op auch den EDV-Code für die „operative Freilegung des Nervus recurrens“ angekreuzt. Passiert ist nichts. Nur die Zahl der Recurrensfreilegungen hat statistisch signifikant zugenommen...

Die Führung der Ärztekammer Berlin ist neu gewählt. Kontinuität ist gewahrt. Die konsensorientierte Zusammenarbeit von Haus-, Fach- und Krankenhausärzten wird fortgeführt. Einigkeit macht stark. Die politische Arbeit, auch im Kampf gegen Bürokratie, wird intensiviert.

Ihr



TITELTHEMA.....

Gesundheitsstadt Berlin

Zwischen Standortvorteil
und Lebenslage der Berliner

Von Ulrike Hempel..... 14



MEINUNG.....

„Politik tickt anders“

Von Günther Jonitz.....3

BERLINER ÄRZTE aktuell.....6

Konsequenzen für die reisemedizinische Beratung

Informationen des Instituts für
Tropenmedizin.....11

BERUFS- UND GESUND- HEITSPOLITIK.....

Gesundheit gezielt fördern

Bericht vom Kongress „Armut und
Gesundheit“
Von Rosemarie Stein.....21

Neuer Vorstand gewählt

Bericht von der Delegiertenversamm-
lung am 17. Januar 2007
Von Sascha Rudat.....22

Patienten über Nutzen und Risiken aufklären

Von Rosemarie Stein.....26

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen..... 10

Fortbildungskalender

Fortbildungsveranstaltungen der
Ärztelkammer Berlin.....24

BUCHBESPRECHUNGEN...

Kluger:

Die Gehilfin.....29

FEUILLETON.....

Antike Traum Therapien

„Wunderheilungen in der Antike – von
Asklepios zu Felix Medicus“ lautet der
Titel einer Ausstellung im Berliner
Medizinhistorischen Museum.

Von Rosemarie Stein.....30

Impressum.....38

Umzug

Neuer Standort für die Lungenklinik Heckeshorn

Die Lungenklinik Heckeshorn hat im Januar dieses Jahres ihren Umzug an den Hauptstandort des HELIOS-Klinikums Emil von Behring in der Walterhöferstraße in Zehlendorf-Mitte vollzogen. Vorausgegangen war lediglich die räumliche Anbindung der Klinik für Pädiatrische Pneumologie an den Campus Benjamin Franklin der Charité im September 2006. Der Umzug geht zurück auf einen Senatsbeschluss vom Februar



Foto: Lungenklinik Heckeshorn

ANZEIGE

LINDEMANN
&
SCHMIDT

RECHTSANWÄLTE

RA Michael Lindemann

Schwerpunkt: Arbeitsrecht
Beratung und Vertretung in allen arbeitsrechtlichen Angelegenheiten

Weitere Schwerpunkte:
Mietrecht
Gewerbe und Wohnen

Fachanwalt für Miet- und Wohnungseigentumsrecht

RA Wolfgang Schmidt

Fachanwalt für Familienrecht insbesondere Scheidungen
Fachanwalt für Verwaltungsrecht

Albrechtstraße 12 · 12167 Bln-Steglitz
Telefon 030 · 79 00 68 0
www.raelus.de

2000, der damals zugleich die Zusammenlegung des Oskar-Helene-Heims mit dem Behring-Krankenhaus vorsah, was bereits 2001 vollzogen wurde. Für den Umzug des weit über die Grenzen Berlins hinaus bekannten Zentrums für Pneumologie und Thoraxchirurgie wurden am neuen Standort erst umfangreiche Baumaßnahmen getroffen, die vor allem darauf ausgerichtet waren, die vorbildhafte Strukturqualität der 1947 gegründeten Fachklinik zu erhalten beziehungsweise auszubauen. HELIOS

investierte dafür - ohne öffentliche Förderung - über 20 Millionen Euro. Die Erweiterung des Operationstrakts und der Endoskopieeinheit des Gesamtkrankenhauses sowie der Neubau eines Zentrums für Schlaf- und Beatmungsmedizin mit zwölf Betten sind die wichtigsten Elemente des Ausbaus. Weiterhin wurden zusätzliche Kapazitäten durch die Aufstockung der Bettenhäuser um ein Geschoss geschaffen, das die im Januar 2007 eröffnete Privatklinik des HELIOS Klinikums be-

herbergt. Die Vorteile des Umzugs sind nicht nur ökonomischer Natur, profitieren werden vor allem die Patienten von der zentraleren Lage der Klinik und kürzeren Wegen innerhalb des Schwerpunktkrankenhauses. Von der Bettenzahl her bedeutet der Umzug für das Lungenzentrum keinerlei Einbuße. Den Traditionsnamen „Lungenklinik Heckeshorn“ wird die Einrichtung auch zukünftig unter dem Dach des HELIOS-Klinikums weiterführen.

schö

ANZEIGE



♥ **SYMPATHISCH**

● **ZUVERLÄSSIG UND FAIR**

► **ERFOLGREICH**

Freuen Sie sich schon auf Ihren ALBIS Praxiscomputer?

ALBIS 
Berlin Praxiscomputer

... in Berlin-Grünwald: 030 / 80 99 710

... in Hoppegarten b. Berlin: 03342 / 368 430

Personalie

Bovelet folgt Strehlau-Schwoll als Vivantes-Chef

Joachim Bovelet ist neuer Vorsitzender der Geschäftsführung des Klinik Konzerns Vivantes. Dies entschied der Vivantes-Aufsichtsrat Anfang Januar einstimmig. Der 50-jährige Jurist wird sein Amt am 1. März 2007 als Nachfolger von Holger Strehlau-Schwoll antreten. Bovelet war zuletzt Geschäftsführer der Paracelsus Kliniken Deutschland GmbH. Dort hatte er die Verantwortung für die 17 Akutkliniken und war Sprecher der zweiköpfigen

Geschäftsführung. Zuvor hatte Bovelet sieben Jahre die Gesellschaft der Franziskanerinnen zu Olpe als Alleingeschäftsführer geleitet und neben der Betreuung der dortigen Krankenhäuser und Pflegeheime zahlreiche Neueinrichtungen wie zum Beispiel das erste Kinderhospiz in Deutschland initiiert und gebaut. Holger Strehlau-Schwoll wird Vivantes aus persönlichen Gründen zum 28. Februar 2007 verlassen.

NATURHEILTAGE BERLIN Frühjahrskongress 2007 – Kurs I

Freitag bis Sonntag, 09.-11.03. und
23.-25.03.2007

Weiterbildung zum Erwerb der Zusatz-
bezeichnung „Naturheilverfahren“ und
Anerkennung als zertifizierte Fortbildung



- Veranstalter:** Ärztegesellschaft für Naturheilverfahren (Physiotherapie) Berlin-Brandenburg e.V.
- Inhalte:**
- Phytotherapie:** Einführung; bei Magen-/Darmerkrankungen; 10.03. Leber-/Gallenerkrankungen.; Rheumatischen Erkrankungen
 - Ordnungstherapie:** Einführung; Meditation; Kontemplation; Erfahrungen mit 11.03. Ordnungstherapie in der Praxis; NLP-Übung für die Praxis
 - Ernährungstherapie:** Konzeption der Vollwerternährung; Ernährungsberatung; 24.03. vorm. Bio-Nahrung; Zusatz- und Schadstoffe in Lebensmitteln
 - Schwerpunktthema** Naturheilverfahren in der Gynäkologie 24.03. nachm.
 - Mikrobiologische** Mikrobiologie des Darmes; Praxis der mikrobiologischen 25.03. Therapie
- Anmeldung:** Vitanas Krankenhaus für Geriatrie, Senftenberger Ring 51, 13435 Berlin, Tel. 030-40057 488, Fax 030-40057 494 e-mail: r.heinzler@vitanas.de
- Veranstaltungsort:** St. Gertrauden Krankenhaus, Paretzer Str. 12, 10713 Berlin-Wilmersdorf
- Kursgebühren:** 360,00 € für den gesamten Kurs I Ermäßigungen werden unter bestimmten Voraussetzungen und bei entsprechendem Nachweis gewährt.

Ausführliches Programm unter: www.naturheiltage-berlin.de
Es wurden 36 Fortbildungspunkte für den Gesamtkurs beantragt

Auf der Jagd erspäht:

Wer bleibt eigentlich auf dem Schaden sitzen

..., den ein Prüfungs-, Beschwerde-, Bewertungs-, Zulassungs-, Berufungsausschuss oder der Vorstand einer KV bzw. KZV durch fehlerhafte Entscheidung verursacht?

Wenn erst nach längerem Rechtsstreit fehlerhafte Entscheidungen aufgehoben werden, sind häufig gerade durch die Verzögerungen Schäden bereits entstanden. Dies kann z. B. gegeben sein, wenn eine Kassenarztzulassung oder Neufestsetzung des Individualbudgets rechtswidrig abgelehnt wird.

Der BGH hat in einer kassenzahnärztlichen Zulassungsangelegenheit wiederholt klargestellt, dass die KV-en/KZV-en nicht im haftungsfreien Raum agieren, sondern als die zu den Ausschüssen entsendenden Körperschaften im Wege der Amtshaftung unter bestimmten Voraussetzungen für den Schaden aufzukommen haben. Vgl. Urteil des BGH v. 12.04.2006 – III ZR 35/05.

Voraussetzung ist unter anderem, dass ein Verschulden, welches bei gravierenden Rechtsirrtümern nahe liegt, gegeben ist.

Weil ein Amtshaftungsanspruch nur in Frage kommt, wenn alle zumutbaren Schadensminderungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind, lohnt es sich, Rechtsbehelfsmöglichkeiten gegen zweifelhafte kassen- bzw. kassenzahnärztliche Entscheidungen fachkundig und rechtzeitig prüfen zu lassen.

Jagdrecht und mehr...

DR. SCHMITZ & PARTNER RECHTSANWÄLTE

Kurfürstendamm 92 · 10709 Berlin
Tel.: (0 30) 329 00 4 - 0
anwalt@drschmitz.de

Erstberatung telefonisch unter:
09001 / 72 4 968 RA 4 You
(1,99 €/Min. aus dem Festnetz der Deutschen Telekom)

Vertrauensanwälte der Stiftung Gesundheit 



Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie

Erste Sektion für Frauen

Die Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT) hat als erste chirurgische Fachgesellschaft eine Sektion für Frauen ins Leben gerufen: „Frauen in Thoraxchirurgie“ (FIT). Auf Initiative der Chefärztin der Thoraxchirurgischen Klinik der Evangelischen Lungenklinik Berlin, Dr. med. Gunda Leschber, waren 15 Ärztinnen aus thoraxchirurgischen Kliniken aus dem gesamten Bundesgebiet und aus Wien in Berlin-Buch zusammengekommen, um die neue Sektion zu gründen. In der DGT sind unter rund 300 Mitgliedern bislang 30 Frauen vertreten, darunter zwei Chefärztinnen.

Ziel der Sektion ist es, diesen Anteil durch Werbung neuer Mitglieder und Rekrutierung von Nachwuchs zu erhöhen und Frauen in der Thoraxchirurgie den Weg in Führungspositionen zu ebnen. Mit gezielten Programmen, wie Mentoring, Unterstützung bei wissenschaftlichen Arbeiten, Kommunikationstraining oder Hospitationen sollen Frauen gefördert und insbesondere junge Ärztinnen und Studentinnen für die Thoraxchirurgie begeistert werden. In Deutschland gibt es bislang in keiner der rein chirurgischen Fachdisziplinen eine vergleichbare Gruppe. Dagegen wurde in den USA bereits 1986 die Sektion der „Women in Thoracic Surgery“ gegründet. Des Weiteren will die DGT der Nachwuchssituation Rechnung tragen, denn insbesondere in den chirurgischen Fächern gilt es, Ärztinnen die Angst vor einem (Wieder-)Einstieg zu nehmen.

„FIT“ wird demnächst auch im Internet auf der Homepage der DGT (www.dg-thoraxchirurgie.de) präsent sein und steht allen Interessen-ten/innen schon jetzt unter folgender E-Mail-Adresse mit Informationen zur Verfügung: gunda.leschber@elk-berlin.de.

ANZEIGEN

Prof. Dr. Niels Korte**
Marian Lamprecht*
Constance Herr*

Absage durch Hochschule oder ZVS? – Klagen Sie einen Studienplatz ein!

Wir haben seit 1998 zahlreiche Mandate im Bereich Hochschulrecht erfolgreich betreut. Unsere Kanzlei* liegt direkt an der Humboldt-Universität. Prof. Dr. Niels Korte lehrt selbst an einer Berliner Hochschule.

Entfernung spielt keine Rolle – wir werden bundesweit für Sie tätig.

*Unter den Linden 12
10117 Berlin-Mitte

24-Stunden-Hotline:
030-226 79 226

www.anwalt.info
Fax 030-226 79 661
kanzlei@anwalt.info

**Rudower Chaussee 12
12489 Berlin-Adlershof

www.studienplatzklagen.com

MEYER-KÖRING v. DANWITZ PRIVAT

DR. REINER SCHÄFER-GÖLZ

FACHANWALT FÜR MEDIZINRECHT

- Beratung und Vertretung von Ärztinnen und Ärzten vor und in der Niederlassung bei Gründung, Auseinandersetzung und Verkauf von Praxen, bei Eingehung von Kooperationen (insbesondere Berufsausübungs- und Organisationsgemeinschaften) sowie Gründung von Medizinischen Versorgungszentren
- Vertragsarztrecht, insbesondere Zulassung, Vergütung, Wirtschaftlichkeitsprüfung
- Vertretung von Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhäusern in Haftpflichtprozessen
- ärztliches Berufs- und Strafrecht
- ärztliches Wettbewerbsrecht, Heilmittelwerberecht

Kronenstraße 3 ■ 10117 Berlin ■ Telefon: 030 206298-6
E-Mail: schaefer-goelz@mkvdp.de ■ www.mkvdp.de

Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum Ab dem 1.2.2007

wird Priv.-Doz. Dr. Bruno-Marcel Mackert neuer Klinikdirektor der Klinik für Neurologie mit Stroke Unit am Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum. Er ist Nachfolger von Priv.-Doz. Dr. Eva Schielke, die künftig als niedergelassene Ärztin tätig sein wird. Dr. Mackert war bislang in der Neurologie und Neurophysiologie des Universitätsklinikums Benjamin-Franklin tätig.

HELIOS Klinikum Berlin-Buch Chefarzt der neu eingerichteten

Klinik für Intensivmedizin des HELIOS Klinikums Berlin-Buch ist Univ.-Prof. Dr. Ralf Kuhlen. Der 41-jährige Anästhesist und Intensivmediziner war Inhaber des 2003 an der medizinischen Fakultät der Rheinisch Westfälischen Hochschule Aachen eingerichteten Lehrstuhls für Anästhesie. Zuletzt gehörte Kuhlen als stellvertretender Ärztlicher Direktor dem Vorstand des Aachener Universitätsklinikums an.

Vivantes Klinikum Neukölln Dr. Ingrid Munk ist seit dem

1.1.2007 neue Direktorin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Vivantes Klinikum Neukölln. Sie tritt die Nachfolge von Prof. Dr. Erdmann Fähndrich an, der bereits zum 30.6.2006 in den Ruhestand getreten ist. Dr. Munk war zuletzt Chefärztin der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Park-Krankenhaus Leipzig Südost.

HELIOS Klinikum Emil von Behring Priv.-Doz. Dr. Robert

Pfitzmann ist ab Januar 2007 neuer Chefarzt der Chirurgischen Klinik des HELIOS Klinikums Emil von Behring. Pfitzmann, ehemals Oberarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie des Virchow-Klinikums, löst Prof. Dr. Jochen Konradt ab, der für weitere zwei Jahre an der Klinik verbleibt und schwerpunktmäßig am Aufbau des neu strukturierten MIC-Zentrums beteiligt sein wird.

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

Tel. 40 80 6-4100/-4101, Fax: -4199.
E-Mail: e.piotter@aekb.de oder s.rudat@aekb.de

Arzneimittel(des)information

BERLINER ÄRZTE 12/2006

In einer Zeit, in der die Gesundheit zunehmend zur Ware wird, hat mich das Titelthema und sein Umfang in der letzten Ausgabe der BERLINER ÄRZTE sehr verwundert. Unter marktwirtschaftlichen Bedingungen ist doch wohl jedem Arzt klar, dass die medizintechnische und pharmazeutische Industrie gewinnorientiert agiert und dazu, wie jeder andere Wirtschaftszweig auch, entsprechende Mittel des Marketing einsetzt. Insoweit erscheinen die etwas utopischen bzw. idealistischen Beiträge wie die Forderung, dass doch die Marktwirtschaft bitte sozial sein möge. Der auch von der Politik propagierte Wettbewerb in der Medizin wird zunehmend nicht durch Qualität oder Kompetenz entschieden, sondern durch Konzentration bzw. wirtschaftliche Rahmenbedingungen. Sie hätten eher die Frage diskutieren sollen, wie viel Marktwirtschaft verträgt das Gesundheitswesen? Der Prozess der wirtschaftlichen Globalisierung wird eines Tages dazu führen, dass wir nur noch Pfizer & Co. gegenüberstehen. In diesem Zusammenhang sollte man bei aller Kritik auch ein paar Gedanken an die Forschungslandschaft Deutschland und die mittelständische Industrie verschwenden. Es wird Ihnen nicht entgangen sein, dass erneut in den letzten Wochen zwei deutsche Unternehmen nach Belgien bzw. Dänemark verkauft wurden, die vielleicht nicht ganz zufällig auch Hersteller der in einem weiteren Beitrag der BERLINER ÄRZTE angesprochenen Protonenpumpenhemmer sind. Wenn also die durchaus nachvollziehbaren Gedanken und Forderungen der Autoren umgesetzt werden sollen, so

muss man das Gesundheits- bzw. Wirtschaftssystem ändern, was ich für eine Illusion halte. Ansonsten bleiben es Beiträge aus dem Elfenbeinturm. Beabsichtigt und unbeabsichtigt machen sie die Autoren zu Fürsprechern der gegenwärtigen Gesundheitspolitik, die zu Recht von unterschiedlichen Kreisen kritisiert wird. Also doch Staatsmedizin? (...)

Wenn wir Medizin des vergangenen Jahrhunderts betreiben wollen, dann stimme ich den Autoren zu. Wenn wir aber den anerkannten Stand der Medizin umsetzen wollen, dann sollten wir nicht halbherzig behandeln. Dann sollten auch solche, eher verwirrenden Beiträge nicht in der offiziellen Zeitschrift der Ärztekammer Berlin erscheinen.

Dr. med. Rolf Drossel
12619 Berlin

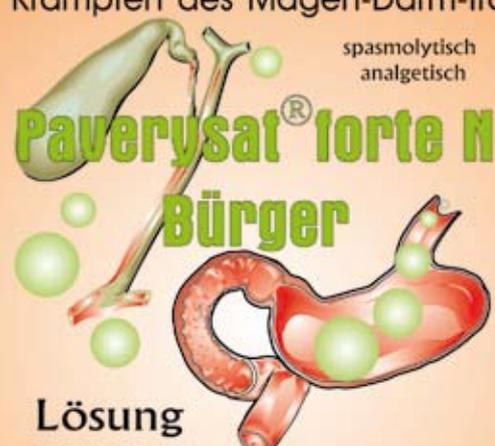
Deutsche Rentenversicherung

Fristverlängerung für Ärzte aus der damaligen DDR

Ärzte und Psychotherapeuten, die in der DDR gearbeitet haben, haben für eine Kontenklärung zur Rente noch weitere fünf Jahre Zeit. Der Bundestag beschloss, die Aufbewahrungsfrist für Lohnunterlagen bis zum 31. Dezember 2011 zu verlängern. Die Neuregelung betrifft alle Bürgerinnen und Bürger der DDR, die per Sozialversicherungsausweis gearbeitet haben. Zur Rentenklärung müssen Bürger der ehemaligen DDR deshalb regelmäßig ihre Sozialversicherungsausweise einreichen. Darüber hinaus sind Schulabschlusszeugnisse notwendig, bei einem Schulbesuch über das vollendete 17. Lebensjahr hinaus eventuell auch Facharbeiterzeugnisse,

Wir haben die Lösung...

Das wissenschaftlich begründete Mittel
-bei Krämpfen des Magen-Darm-Traktes



spasmolytisch
analgetisch

Paverysat® forte N

Bürger

Lösung

Paverysat® forte N Bürger
 Zusammensetzung: 100 ml Lösung enthalten: Arzneilich wirksamer Bestandteil: Trockeneextrakt aus Schöllkraut (6,7 : 1; Ethanol 96 % v/v) 22,7 - 25,0 g entspr. 500 mg Chelidoniumalkaloiden, bez. als Chelidonin. Anwendungsgebiete: Krampfartige Beschwerden im Bereich der Gallenwege und des Magen- und Darmtraktes. Gegenanzeigen: Verschluss der Gallenwege. Bei Gallensteinleiden und bei bestehenden Lebererkrankungen oder solchen in der Vorgeschichte oder gleichzeitiger Anwendung leberschädigender Stoffe nur nach Rücksprache mit dem Arzt oder Apotheker anwenden. Nebenwirkungen: In Einzelfällen ist während der Behandlung mit Schöllkrautextrakten ein Anstieg von Leberenzymaktivitäten und der Bilirubin-Konzentration im Serum bis hin zu einer arzneilich bedingten Gelbsucht beobachtet worden, die sich nach Absetzen des Arzneimittels normalisierte bzw. wieder zurückbildete. Warnhinweis: Enthält 40 Vol.-% Alkohol.



Johannes Bürger Ysatabrik GmbH
Herzog-Julius-Straße 83 Tel. 0 53 22 - 44 44 Fax 78 02 29

Bad Harzburg

Monoklonale Antikörper**Infektionsrisiko**

In einer Übersichtsarbeit werden neben den unbestreitbaren Nutzen monoklonaler Antikörper deren infektiöse Komplikationen dargestellt:

Alemtuzumab (MabCampath®): hohe Inzidenz bakterieller und mykotischer Infektionen bei immunsuppressiv vorbehandelten Malignom-Patienten, gleiche Infektionsrate wie andere Therapieregimen bei Organtransplantation.

Basiliximab (Simulect®): keine erhöhte Infektionsrate im Vergleich

zu anderen Therapieregimen bei Organtransplantation, jedoch inhomogene Datenlage.

Rituximab (MabThera®): hohe Inzidenz infektiöser Komplikationen bei Kombinationstherapie bei CLL, in der Regel keine erhöhte Infektionsrate bei anderen B-Zell-Lymphomen und bei rheumatoider Arthritis.

TNF- α -Antikörper (**Adalimumab**, Humira®; **Etanercept**, Enbrel®; **Infliximab**, Remicade®): deutlich erhöhtes Infektionsrisiko (insbesondere Mykobakterien) bei rheumatoider Arthritis und entzündlichen Darmerkrankungen.

Quelle: DMW 2006; 131: 2414

Anmerkung: Je wirksamer ein Medikament, desto höher auch seine Potenz, UAW zu verursachen. Da alle monoklonalen Antikörper noch nicht allzu lange im Handel sind, ist das letzte Wort über ihr UAW-Risiko noch nicht gesprochen. Sorgfalt bei der Festlegung der täglichen Dosis und ebenso sorgfältige Indikationsstellung bei nicht akut lebensbedrohlichen Erkrankungen sind auch weiterhin zu empfehlen.

Bisphosphonate**Osteonekrosen des Kiefers**

In 2004 publizierte Warnhinweise der AkdÄ haben sich bestätigt: in

zwei aktuellen Publikationen werden Ursachen von Osteonekrosen des Kiefers unter der Therapie mit Bisphosphonaten, überwiegend Zoledronat und Pamidronat und überwiegend bei Patienten mit malignen Tumoren und einer Hochdosis-

therapie, diskutiert. Wegen eines erhöhten Risikos bei einer Langzeittherapie sollte auch bei einer Osteoporosetherapie mit Bisphosphonaten nach 3 bis 5 Jahren eine Neubewertung der individuellen Risikokonstellation durchgeführt werden. Elektive Eingriffe im Bereich des Kiefers sollten möglichst vor Beginn einer Therapie mit die-

ser Arzneistoffgruppe durchgeführt werden, auch wenn diese unerwünschte Wirkung (UAW) wahrscheinlich multifaktoriell (u.a. Grunderkrankung, Glukokortikoidtherapie) verursacht ist.

Quelle: DMW 2005; 130: 2142; Dtsch. Ärztebl. 2006; 103(46): C 2573

Anmerkung: Nach Diskussion mit einem Kieferchirurgen ist diese spät erkannte UAW der Bisphosphonate (Bisphosphonate sind seit circa 20 Jahren im Handel) in dieser Facharztgruppe inzwischen bekannt. Insbesondere Onkologen und Zahnärzte sollten jedoch diese UAW differenzialdiagnostisch bei unspezifischen Symptomen wie Mundhöhlenabszesse mit Fistelbildung, rezidivierende Zahnfleischentzündungen, Taubheits- oder Schweregefühl im Kiefer erwägen. Die Therapie dieser Nekrosen ist aufwändig und sollte grundsätzlich Kieferchirurgen überlassen werden. Notwendige Zahnextraktionen bei Patienten unter Bisphosphonat-Therapie dürfen nur unter enger Indikationsstellung, mit besonders sorgfältiger Schonung des Knochens und der Gewebsstrukturen sowie unter effektivem Antibiotikenschutz durchgeführt werden. Ein Zentralregister für diese UAW ist bei der Charité in Berlin eingerichtet (siehe Dtsch. Ärztebl.). Entsprechende Verdachtsfälle sollten an dieses Register und in Kopie an die AkdÄ berichtet werden.

Anregungen, Vorschläge und insbesondere kritische Anmerkungen aus Praxis und Klinik zu den Artikeln dieser Serie sind ausdrücklich erwünscht.

Dr. Günter Hopf, ÄK Nordrhein, Tersteegenstr. 31, 40474 Düsseldorf, Tel.: 0211 4302-1589, Fax: -1588, E-Mail: dr. hopf@aekno.de

MedConsult

Wirtschaftsberatung für medizinische Berufe

Praxisverkauf

- Praxiswertermittlung
- Kauf- und Mietvertragsabwicklung
- Vermittlung von Kaufinteressenten
- Unterstützung bei Vertrags-Arztstizzausschreibungen

Praxiskauf

- Niederlassungsberatung
- Finanzierungsvermittlung
- Versicherungskonzepte

Praxis Kooperation

- Job-Sharing Partnerschaften
- MVZ-Konzepte

**Burkhardt Otto
Olaf Steingräber**

FAB Investitionsberatung

MedConsult
Wirtschaftsberatung für
medizinische Berufe oHG
Giesebrechtstraße 6 · 10629 Berlin
Tel.: 213 90 95 · Fax: 213 94 94
E-mail: info@fab-invest.de

Tollwut in Indien und China:

Konsequenzen für die reisemedizinische Beratung

Die Tollwut ist weltweit verbreitet. In über 100 Ländern sind mehr als 2,5 Milliarden Menschen dem Risiko einer Tollwutinfektion ausgesetzt. Jährlich sterben weltweit etwa 50.000 Menschen an dieser Krankheit. Selbst in Ländern, die offiziell frei von terrestrischer Tollwut sind, kann ein Risiko von tollwütigen Fledermäusen ausgehen. So gab es in dem seit über 100 Jahren tollwutfreien Schottland einen Todesfall durch das europäische Lyssavirus Typ 2a (EBLV-2), einer eigenständigen Virusvariante. Betroffen war ein bekannter Naturschützer, der sich insbesondere dem Schutz von Fledermäusen widmete. Von den 44 seit Beginn 2005 in Europa nachweislich infizierten Fledermäusen stammten 21 aus Deutschland, davon 5 aus Berlin.



Die Tollwutversorgung im Land Berlin wird durch das Institut für Tropenmedizin gewährleistet, welches offiziell mit dieser Aufgabe betraut ist. Vor allem auch nach Bissverletzungen während Auslandsreisen kann eine fundierte Versorgung lebensrettend sein. Oft unterschätzen Touristen das Tollwutrisiko, dem sie während Fernreisen ausgesetzt sein können. Das Statistische Bundesamt gibt an, dass jeder 500. Reisende in tropische oder subtropische Länder Tierbisse mit einem potentiellen Tollwutrisiko erleidet. Anfang 2005 starben in Deutschland drei Empfänger von Organspenden an Tollwut. Die 26-jährige Organspenderin hatte sich wahrscheinlich während einer Indienreise im Oktober 2004 über den Kontakt zu Hunden mit Tollwut infiziert. Sieben Monate zuvor war ein 51-jähriger Mann, der nach einem längeren Indien-Aufenthalt nach Deutschland zurückkehrte, ebenfalls an Tollwut verstorben. Während seines fünfmonatigen Aufenthaltes hatte er Kontakt mit streunenden Hunden gehabt. Im Juli 2005 wurde der Fall einer englischen Indien-Reisenden gemeldet, die während eines Aufenthaltes in Goa von einem streunenden Hund gebis-

sen worden war. Die 39-jährige Frau verstarb kurz nach ihrer Rückkehr nach Liverpool. Das konstant hohe Tollwutrisiko in Indien ist lange bekannt. In den letzten Jahren haben jedoch auch die aus China gemeldeten Tollwutfälle wieder massiv zugenommen. Die Tollwut nimmt dort mittlerweile einen Spitzenplatz in der Sterblichkeitsstatistik ein. So sind beispielsweise im Monat Oktober 2006 nach Angaben des chinesischen Gesundheitsministeriums mehr Menschen an Tollwut verstorben als an anderen meldepflichtigen Infektionskrankheiten wie Tuberkulose, AIDS oder Hepatitis B. Allein im November des vergangenen Jahres wurden 270 Tollwut-Todesfälle registriert. Die Zahl der Bissverletzungen durch tollwutverdächtige Hunde lag im gleichen Monat bei 354. Ein häufiger Irrglaube ist, dass das Risiko auf ländliche Gebiete beschränkt sei. Allein in Peking waren mindestens 10 Todesfälle infolge von Tollwut zu verzeichnen. Auch die Anzahl der gemeldeten Hundebisse hat sich in den vergangenen Jahren dramatisch erhöht. So wurden in Peking 2006 über 70.000 Bissverletzungen registriert.

Moderne Tollwutimpfstoffe stehen in diesen Ländern oft nicht zur Verfügung, und Tollwut-Immunglobulin ist selten erhältlich bzw. falls Immunglobulin zur Verfügung stehen sollte, handelt es sich meist um heterologe, das heißt tierische Sera, die in bis zu sechs Prozent der Fälle zu einer akuten Serumkrankheit führen. Ein Konsensuspapier führender Tollwut-Experten empfiehlt deshalb vor allem bei Reisen in Länder mit ungenügender postexpositioneller Behandlungsmöglichkeit die großzügige Durchführung der präexpositionellen Impfung.

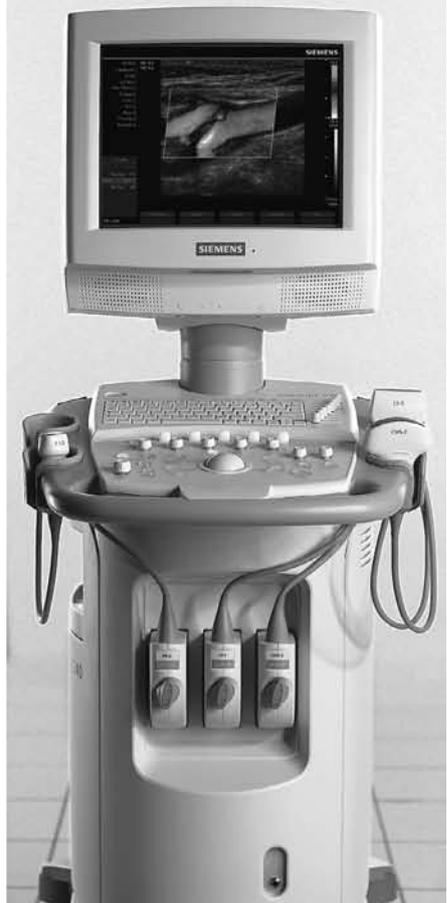
Dr. med. Christian Schönfeld
Dr. med. Matthias Günther
Institut für Tropenmedizin
Spandauer Damm 130, 14050 Berlin
www.charite.de/tropeninstitut

**Ultraschall erleben:
SONOLINE Center**

- Termine ganz in Ihrer Nähe
- Neu- und Gebrauchtssysteme
- Direkt vom Hersteller
- Umfangreiche Schulungsangebote
- Attraktive Finanzierungsmodelle

Ultraschall-Infoline: 0180/2 32 32 14*
 (* Gebühr pro Gespräch 6 Cent)

ultraschallteam.med@siemens.com
 www.siemens.de/ultraschall



SIEMENS
 medical

Vorsicht mit Arzneimitteln im Alter!

Die bekannten Besonderheiten der Pharmakotherapie im Alter werden oft nicht berücksichtigt. Deshalb widmete die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft im Januar diesem Thema ihren traditionellen halben Tag auf dem 31. Interdisziplinären BÄK-Forum in Berlin.

70 Prozent der unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) betreffen über Siebzigjährige, und 30 bis 40 Prozent dieser UAW sind vermeidbar, also meist iatrogen. Einige Gründe für ihre Häufung im Alter nannte Petra Thürmann (Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie Witten Herdecke und Helios-Klinikum Wuppertal):

Multimorbidität, daher Multimedikation (ein Drittel der UAW sind Interaktionen); höhere Sensibilität, also stärkere Wirkungen und Nebenwirkungen; veränderter Stoffwechsel, etwa verzögerte Elimination wegen eingeschränkter Nierenfunktion. Von Arzneimittelschäden ganz besonders bedroht sind Heimbewohner. Bei ihnen häufen sich Fehlleistungen wie falsche Dosierung von Medikamenten und fehlendes Monitoring ihrer Effekte, was zu UAW-bedingter Morbidität und Mortalität führt. Die meisten Nebenwirkungen (33%) haben Neuroleptika, die Demenzkranken oft gegeben werden.

Einige von der Professorin mitgeteilte Daten aus deutschen Studien: Fünf Prozent der internistischen Aufnahmen sind UAW-bedingt, und knapp zwei Drittel der geriatrischen Patienten fangen sich in der Klinik eine Nebenwirkung ein, die zur Verlängerung der Verweildauer oder zum Tode führt.

50 Prozent der kassenärztlich verordneten Wirkstoffmengen (in DDD) werden den 60- bis 80-Jährigen verordnet, sagte der Heidelberger Hochschul-Pharmakologe Ulrich Schwaber. Geprüft aber werden Arzneimittel in aller Regel an jüngeren Gesunden und an Patienten mit nur einer Krankheit. Dies und das Fehlen von Leitlinien zur Behandlung Multimorbider wurde in dieser Vortragsreihe immer wieder kritisiert. An der Spitze der Verordnungen für Ältere stehen Herz-Kreislaufmittel, Lipidsenker, Antidiabetika und Analgetika, Antirheumatika. Hier die Hitliste der zu Klinikaufnahmen führenden UAW, wie sie von den neuen nationalen Pharmakovigilanzzentren ermittelt wurde:

Der „absolute Beelzebub“ ist laut Petra Thürmann das Phenprocoumon; pro Quartal werden 15 von 1000 Patienten wegen Blutungen eingeliefert. Es folgen Insuline und Analoga mit fünf bis sechs auf 1000 Patienten; dann die oralen Antidiabetika und noch immer Digitalis, meist Digitoxin, dem jeder zehnte der ins Krankenhaus führenden UAW-Fälle zuzuschreiben ist; schließlich Diuretika, Betablocker und NSAR. Hier warnte der Internist Daniel Grandt (Klinikum Saarbrücken) besonders vor Phenylbutazon und Indometacin. Seine von der Arzneimittelkommission eingesetzte

Arbeitsgruppe erarbeitet zusammen mit Geriatern jetzt eine deutsche Version der amerikanischen „Beers-Liste“ von Wirkstoffen, deren Anwendung im Alter bedenklich ist.

Grandt nannte neben den NSAR die Benzodiazepine und ihre Agonisten (Zolpidem, Zopiclon, Zaleplon), atypische Neuroleptika wie Risperidon (das sogar die Mortalität erhöht), ferner alle anticholinerg wirkenden Substanzen (u.a. Diphenhydramin, die trizyklischen Antidepressiva Amatriptylin, Doxepin und Imipramin, außerdem Theophyllin, Furosemid und Digoxin), weil zu ihren UAW die Einschränkung der kognitiven Funktionen bis zur milden Demenz gehört. Er riet den Kollegen, ihre häufigsten Verordnungen daraufhin zu prüfen, ob man nicht zurückhaltender sein sollte, weil das Nutzen-Risiko-Verhältnis vieler Medikamente im Alter ungünstiger ist.

Aus der Sicht des hausärztlichen Alltags schildert Hans Harjung (niedergelassen in Griesheim) die Hindernisse einer sachgerechten Pharmakotherapie, wie Fehlen von Leitlinien für die Behandlung multimorbider Betagter, Non-compliance, Leporellolisten von Medikamenten bei Klinikentlassung, Desinformation durch die Pharmaindustrie. Als hilfreich gerade bei alten Patienten zitierte er die

„MASTER-Leitsätze“:

Minimum an Arzneimitteln
Alternative zu Medikamenten
Starte mit niedriger Dosierung
Titriere Dosis nach Wirkung (Monitoring!)
Erläre dem Patienten mögliche Probleme
Regelmäßige Überwachung.

R. Stein

Harjung warnte vor unkritischer Polypharmakotherapie, die eher schadet als nützt: „In die Dauertherapie gehören nur Arzneimittel, mit quantitativ relevanter lebensverlängernder oder eindeutig symptomatischer Wirkung.“ Eine rationale Arzneitherapie kann auch den Verzicht auf die Behandlung einer Krankheit einschließen. Das gilt ganz besonders in der Onkologie. Mit der Lebenserwartung nimmt die Zahl der Krebsfälle zu, 60 Prozent der Krebspatienten sind schon heute über 65, sagte Wolf-Dieter Ludwig (Robert-Rössle-Klinik der Charité in Buch), der Bruno Müller-Oerlinghausen im Vorsitz der Arzneimittelkommission abgelöst hat.

Die Diagnostik ist bei Älteren oft nicht sorgfältig genug. Die (interdisziplinär zu treffende) Therapieentscheidung ist schwierig, denn es gibt kaum Studien mit älteren Krebspatienten als Grundlage für eine rationale Nutzen-Risiko-Abwägung. Natürlich müssen auch alte Krebspatienten ausführlich aufgeklärt werden, selbst über schlechte Therapiechancen. Der Berliner Kammerpräsident Günther Jonitz warnte davor, einen Patienten nur deshalb chemotherapeutisch zu behandeln, um ihm Hoffnung zu suggerieren – was nach Ludwig für den Arzt viel leichter ist als ein offenes Gespräch mit dem Kranken und ein Therapieverzicht.

Befugnisse zur Leitung der Weiterbildung

Am 13. April 2006 ist die neue Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin in Kraft getreten. Um den Anforderungen dieser neu strukturierten Weiterbildung in gleich bleibend hoher Qualität gerecht zu werden, haben der Gemeinsame Weiterbildungsausschuss und der Vorstand der Ärztekammer Berlin beschlossen, dass die bisher bestehenden Befugnisse enden und damit längstens je nach zeitlicher Dauer der Übergangsbestimmungen des § 21 Abs. 4-7 gelten (Gebiete bis 12. April 2013, Schwerpunkte bis 12. April 2009, Bereiche bis 12. April 2009, Fakultative Weiterbildung/Fachkunde bis 12. April 2008).

Für eine Befugnis nach neuer Weiterbildungsordnung ist eine neue Befugnis in allen Gebieten, Schwerpunkten sowie Zusatzweiterbildungen erforderlich. Der Grund dafür besteht im § 5 Abs. 5 der neuen Weiterbildungsordnung. Danach ist mit Anträgen auf Befugnis zur Leitung der Weiterbildung ein gegliedertes Programm für die Weiterbildung in Gebieten, Schwerpunkten sowie Zusatzweiterbildungen vorzulegen.

In vielen Gebieten (u.a. in den Gebieten Innere Medizin und Allgemeinmedizin, Chirurgie oder Hals-Nasen-Ohrenheilkunde) sind in der neuen Weiterbildungsordnung eine Basisweiterbildung und eine Weiterbildung im Schwerpunkt vorgesehen. Aus diesem Grund wurde beschlossen, dass die Basisweiterbildung und die Weiterbildung im Schwerpunkt innerhalb eines Gebietes getrennt voneinander befugt werden. Außerdem werden für die Basisweiterbildung ausnahmslos Befugnisse für die gesamte Zeit vergeben - ggf. als gemeinsame Befugnis mehrerer Befugter und/oder als

Verbundbefugnis an mehrere Weiterbildungsstätten. Daraus resultiert, dass einem Antrag auf Befugnis zur Leitung der Weiterbildung sowohl für eine Befugnis in der Basisweiterbildung als auch in der Weiterbildung im Schwerpunkt ein gegliedertes Weiterbildungsprogramm (Weiterbildungsordnung § 5 Abs. 5) vorgelegt werden muss.

Um während einer Übergangszeit die Weiterbildung sicherzustellen, wurde ergänzend festgelegt, dass innerhalb von zwei Jahren (bis 13. April 2008) Weiterbildung in einem neuem Gebiet, Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung auch dann angerechnet werden kann, wenn der weiterbildende Arzt nicht gemäß § 5 zur Weiterbildung befugt war (§ 21 Abs. 9 Weiterbildungsordnung). Das bedeutet aber auch, dass Weiterbildung ohne entsprechenden Befugten ab 13. April 2008 nicht mehr möglich ist.

Im vergangenen Jahr wurde ein neues elektronisches Antragsverfahren etabliert. Reibungslos verläuft seit dem Frühjahr 2006 das Stellen von Anträgen auf Anerkennung und Teilzeit-Tätigkeit. Mit dem Jahreswechsel 2006/2007 ist das Stellen von Anträgen zur Befugnis auf die gleiche Weise möglich. Sie können ausschließlich auf elektronischem Wege (online) gestellt werden. Das einfach zu handhabende Verfahren ist auf der Homepage der Ärztekammer Berlin erläutert (www.aerztekammer-berlin.de).

Häufig erreichen die Ärztekammer Berlin Anfragen zum Fortbestand der Befugnis bei Praxis-Standortwechsel bzw. Klinikwechsel. Bitte beachten

Sie, dass gemäß § 5 Abs. 4 der Weiterbildungsordnung der/die befugte Arzt/Ärztin Veränderung in Struktur und Größe der Weiterbildungsstätte unverzüglich der Ärztekammer Berlin anzuzeigen hat. Dazu gehört auch ein Praxis-, oder Klinik-Standortwechsel, bzw. ein Wechsel in der Leitung einer Klinik und/oder innerhalb einer Abteilung einer Klinik.

Andernfalls erlischt die Befugnis zur Leitung der Weiterbildung (Beschlusses des Gemeinsamen

Weiterbildungsausschusses). Im Interesse einer umfassenden und fundierten Weiterbildung bitten wir alle betroffenen Ärztinnen und Ärzte um Verständnis. Wir bedanken uns für Ihre Mühe und Ihre Mitarbeit und stehen Ihnen für die Beantwortung Ihrer individuelle Fragen jederzeit – auch per E-Mail – zur Verfügung.

Dr. med. Michael Peglau
Referatsleiter Ärztliche Weiterbildung

»Altern in Würde – eine Utopie?«

Die Zustände in Pflegeheimen stehen immer wieder in der Kritik. In einer Podiumsdiskussion will die Ärztekammer Berlin der Frage „Altern in Würde – eine Utopie? Unsere ärztliche Verantwortung“ nachgehen. Geklärt werden soll dabei unter anderem, ob diese Kritik berechtigt ist und was Ärztinnen und Ärzte, die mit Patienten in Pflegeheimen arbeiten, für die Verbesserung der Situation tun können.

Die Teilnehmer der Podiumsdiskussion sind:

Professor Dr. Dr. med. Claus Köppel,
Chefarzt der geriatrischen Abteilung des Wenckebach Krankenhauses und Vorsitzender des Arbeitskreises klinische Geriatrie der ÄK Berlin

Dr. med. Thea Jordan
Ambulant tätige Internistin, Erfahrung mit pflegebedürftigen Heimbewohnern

Dr. med. Michael de Ridder
Leiter der Rettungsstelle im Urban-Krankenhaus

Dr. Claus Fussek
Teilnehmer des „Runden Tisches Pflege“ der Bundesregierung und Autor einschlägiger Literatur zum Thema

Gabriele Tammen-Parr
Gründerin und Leiterin von „Pflege in Not“, einer Beratungs- und Beschwerdestelle bei Konflikten und Gewalt in der Pflege
n.n.
ein/e Vertreter/in des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen

Moderation: Sascha Rudat

Die Podiumsdiskussion findet am **22. März 2007 um 20 Uhr** in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, statt. Die Fortbildungsveranstaltung ist mit 3 Punkten zertifiziert. Die Teilnahme ist kostenfrei.

Gesundheitsstadt Berlin



Zwischen Standortvorteil und Lebenslage der Berliner

Von Ulrike Hempel

Berlin als Gesundheitsregion Nr. 1

„Hier ist der Ort, wo der Tod sich freut, dem Leben zu dienen“, steht in lateinischer Sprache über einem Portal eines Charité-Gebäudes, die heute die größte Universitätsklinik in Europa ist. Führende Ärzte wie Rudolf Virchow, Robert Koch und Ferdinand Sauerbruch haben in Berlin Medizingeschichte geschrieben. Der Ruf der Stadt Berlin als Zentrum medizinischer Lehre, Forschung und Praxis begründete sich vor fast 300 Jahren und verbindet sich heute mit Spitzenmedizin von Weltruf.

„Tradition muss in Zukunft umgesetzt werden“, fordert deshalb auch Professor Dr. Reinhard Kurth, Präsident des Robert Koch-Instituts Berlin. Dazu brauche es die Offenheit für neue Ideen, einen hohen Qualitätsanspruch, interdisziplinäre Netzwerke auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene und nicht zuletzt eine ausreichende Finanzierung, um Ergebnisse aus der medizinischen Forschung auch zur praktischen Anwendung bringen zu können. „Dadurch kann Berlin zu einer Gesundheitsstadt werden, die auch wirtschaftlich von den Erfolgen in Forschung und Klinik profitiert.“

Vertreter aus Wirtschaft, Politik, Wissenschaft und Forschung sind sich einig: Berlin hat die besten Voraussetzungen, um Standards zu setzen. Dr. Eric Schweitzer, Präsident der Industrie und Handelskammer Berlin (IHK) lobt Berlin und beschreibt es aus seiner Sicht: „In keiner anderen Region konzentrieren sich auf so engem Raum so viele klinische und medizinische Angebote sowie Einrich-

tungen medizinischer Forschung und Lehre. Sie bieten ein günstiges Umfeld für zahlreiche Unternehmen aus der Medizintechnik, der Biotechnologie, der pharmazeutischen Industrie und den gesundheitsbezogenen Dienstleistungen.“ Diese

Voraussetzungen allein reichen jedoch nicht aus. Der Gesundheitszug Berlin/ Brandenburg müsse im Wettbewerb mit anderen Regionen Deutschlands endlich an Tempo aufnehmen. Gefragt sind Mut, innovatives Denken und Effizienz.

Dem Standort Berlin werden aus wirtschaftlicher Perspektive die besten Bedingungen attestiert, um in der medizinischen Forschung und Entwicklung im internationalen Vergleich Maßstäbe zu setzen:

- Hauptstadtregion liegt in der Mitte des europäischen Wirtschaftsraums (Ost-West-Kompetenz), wird deshalb auch gerne als „Brücke nach Moskau und China“ bezeichnet
- Politisches Entscheidungszentrum Deutschlands
- Enge Vernetzung zwischen Politik, Wirtschaft, Industrie und Wissenschaft (Nähe zu Bundesministerien, Projektträgern, Banken, 22 Pharma-Unternehmen, 150 Medizintechnikunternehmen, 160 Biotechnologie-Unternehmen, 70 außeruniversitäre Forschungseinrichtungen, 4 Universitäten, 7 Fachhochschulen, größte medizinische Universität Europas etc.)
- Kongress- und Messestandort (mit jährlich ca. 1,3 Millionen Besuchern auf 400 Messen und Kongressen ist Berlin Kongressstadt Nr. 1 in Deutschland)
- Internationalität durch multinationale Konzerne, ausländische Medien, Diplomatie, Kultur
- Know-how durch lange Medizintradition (Wissenschaft, Industrie und Kliniken mit entsprechenden Kompetenzen)
- Führende Gesundheitsleistungen (z.B. das Deutsche Herzzentrum, das zu den acht renommiertesten Transplantationszentren der Welt gehört; das Max Delbrück Centrum für Molekulare Medizin, die Charité – Universitätsmedizin Berlin, das Unfallkrankenhaus in Berlin-Marzahn als eines der ersten weitgehend voll digitalisierten Krankenhäuser Deutschlands, weltweit eine der ersten Laserkliniken im Neuköllner Vivantes Krankenhaus etc.)
- Hohes Bildungsniveau, hohe Ausbildungsqualität
- Hohe Lebensqualität (Berlin/Brandenburg zählt mit hohem Anteil von Wasser-, Wald- und Grünflächen sowie Naherholungs- und Sportangeboten zu den günstigsten Hauptstadtregionen Europas)
- Günstige Wohn- und Gewerbemieten bei relativ niedrigen Lebenshaltungskosten

Fortsetzung von Seite 15

Ziel sei es, so Schweitzer weiter, Berlin zur Gesundheitsregion Nr. 1 in Deutschland zu entwickeln und dabei auch international zu punkten. Die Gesundheitsbranche spielt für Wachstum und Beschäftigung Berlins eine wesentliche Rolle. In den verschiedenen Bereichen der Berliner Gesundheitswirtschaft sind laut IHK fast 180.000 Personen beschäftigt. Jeder achte Berliner bezieht sein Einkommen aus einer Tätigkeit im Gesundheitsbereich. Der Umsatz der Gesundheitsbranche betrug im Jahr 2004 rund 14,1 Milliarden Euro.

der ressortübergreifenden Steuerungsgruppe der Staatssekretäre für Wirtschaft, für Gesundheit und für Wissenschaft sowie des Chefs der Senatskanzlei – dem so genannten „Masterplan Gesundheitsregion Berlin 2005 bis 2015“. Darin einigte man sich auf zwölf Handlungsfelder mit jeweiligen Entwicklungsschwerpunkten und personellen Verantwortlichkeiten auf ein koordiniertes Vorgehen, um Berlins Vorteile im Bereich Gesundheit, Biotechnologie und Biomedizin weiter ausbauen zu können.

an der Schaltstelle des (gesundheits-) politischen Geschehens präsent sein zu können. „Die kurzen Wege in Berlin tragen dazu bei, den Austausch und die tägliche Zusammenarbeit innerhalb der ärztlichen Selbstverwaltung zu intensivieren“, sagt Hoppe. Dies sei in Zeiten, in denen es gelte, die Kräfte zu bündeln, um die hohe Qualität des Gesundheitswesens in Deutschland zu bewahren, von besonders großer Bedeutung.

Einige Fakten sind alarmierend – eine Auswahl

Krankenstand

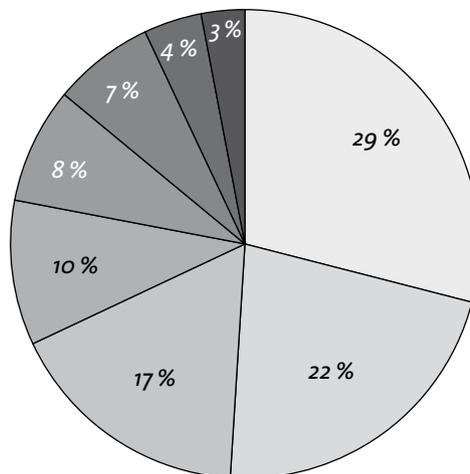
Die Berliner führen die bundesweite Krankenstatistik an: Die Hauptstädter sind im Durchschnitt 17 Tage krank. Der Krankenstand liegt etwa um ein Drittel höher als in anderen Bundesländern, geht aus einer Arbeitsunfähigkeitsstatistik der Betriebskrankenkassen hervor.

Psychische Erkrankungen

Die Berliner sind häufiger psychisch krank: Psychische Erkrankungen sind Hauptursache für die Arbeitsunfähigkeit. Bereits jeder sechste Arbeitnehmerfehtag in Berlin hängt mit einer psychischen Krankheit zusammen, unter denen Berliner nach Angaben der Techniker Krankenkasse häufiger leiden als andere Bundesbürger. Die häufigste Diagnose ist die Attestierung einer Depression, die in Berlin 50 Prozent mehr Ausfalltage verursachen als im übrigen Bundesgebiet. Auffallend ist, dass laut Berliner Gesundheitsbericht 2005 der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz in der Hauptstadt zwischen 2000 und 2004 ein Anstieg um 43 Prozent derjenigen Personen zu verzeichnen ist, die sich wegen Depressionen im Krankenhaus behandeln lassen mussten. Im Jahr 2000 wurden 4.378

„Die Berliner Gesundheitswirtschaft – Perspektiven für Wachstum und Beschäftigung“ (Studie im Auftrag der Industrie und Handelskammer)

Niedergelassener Bereich	52.281
Krankenhäuser	39.792
Pflege	29.791
Industrie	17.999
Lehre und Wissenschaft	15.100
Handel und Handwerk	12.216
Behörden und Verbände	6.818
Krankenversicherungen	5.780



Gesamtbeschäftigung 2004: 179.777 (11,7 % der Berliner Erwerbstätigen)

Das ist rund das Sechsfache des Umsatzes im Baugewerbe und fast die Hälfte des gesamten Industrieumsatzes in Berlin.

Der Senat von Berlin beschloss im September 2004, „das Wachstumspotenzial des Wirtschafts- und Standortfaktors Gesundheit in den Feldern Gesundheitswirtschaft, Gesundheitswissenschaft und Gesundheitsversorgung verstärkt zu nutzen und weiterzuentwickeln“. Gelingen soll das unter anderem mit Hilfe eines interdisziplinären Konzepts – vorgelegt von

Berlin als gesundheitspolitische Schaltstelle

Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, unterstreicht einen weiteren wesentlichen Vorteil Berlins: „Berlin ist unbestritten das politische Zentrum der Republik. Das gilt auch für die Gesundheitspolitik“, erklärt er und führt weiter aus, dass eine Vielzahl ärztlicher Verbände und anderer Organisationen im Gesundheitswesen ihren Sitz nach Berlin verlegt hätten, um

Menschen wegen Depressionen stationär behandelt. 2004 waren es schon 6.254 Fälle. Mehr als drei Viertel der Patienten waren jünger als 65 Jahre. Bei psychischen Erkrankungen kommt hinzu, dass die Betroffenen ihre Krankheit oft verleugnen oder gar verheimlichen. Häufig werden Depressionen als persönliches Versagen und nicht als eine ernstzunehmende Krankheit bewertet. Eine Folge der falschen Selbsteinschätzung der eigenen Lebenssituation ist, dass betroffene Ärzte, ambulante psychotherapeutische Angebote oder Selbsthilfegruppen oft nicht aufsuchen.

Die Gründe für die Zunahme seelischer Erkrankungen sind vielfältig. Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes, Stress und Überarbeitung spielen sicher ebenso eine Rolle wie die zunehmende Vereinsamung der Großstädter.

Single-Haushalte

Berlin ist die Hauptstadt der Singles: Liegen im Bundesdurchschnitt Ein-Personen-Haushalte bei einem Anteil von 38 Prozent, gilt Berlin unter deutschen Städten als die Single-Stadt per se. Die Nürnberger Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) hat ermittelt, dass in jedem zweiten Berliner Haushalt nur eine Person lebt. Das Statistische Bundesamt nennt das ein Großstadtphänomen. Es sind vor allem Menschen im Alter zwischen 20 und 40 Jahren, die temporär allein leben, meist als Übergangslösung. Alleinwohnen kann – muss aber nicht – anfälliger für Krankheiten machen. Die Gesundheitsreporte 2005 und 2006 der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK) warnen, dass sich das Gesundheitsrisiko erhöhe, wenn allgemeine Belastungen wie Arbeitsintensität oder Arbeitslosigkeit und der Verlust sozialer Bindungen zum Beispiel aufgrund einer Scheidung sowie fehlende soziale Vernetzung zusammentreffen. Sind soziale Kontakte brüchig und können Probleme nur noch bedingt von Familie und Freunden aufgefangen werden, dann ist das Risi-

ko, psychisch oder körperlich zu erkranken beziehungsweise Suchtmittel (Alkohol, Rauchen, Drogen) zu konsumieren eher wahrscheinlich als bei gut funktionierenden sozialen Bindungen. Besonders bei allein lebenden Menschen, deren Leben an oder unterhalb der Armutsgrenze verläuft, ist die Gesundheit gefährdet. Es sind immerhin 40 Prozent der Ein-Personen-Haushalte Berlins, die mit weniger als 900 Euro im Monat auskommen müssen.

Übergewicht und Adipositas

In Berlin gilt fast jeder zweite Erwachsene als zu dick. Vor allem die Männer der Hauptstadt bringen zu viel auf die Waage. Übergewicht und Adipositas bedeuten langfristig ein gesteigertes Risiko für die körperliche und seelische Gesundheit: Zahlreiche schwerwiegende Krankheiten können die Folge sein, die sich bereits jetzt in der Krankenhaustatistik bemerkbar machen: Wurden im Jahr 2000 in der Hauptstadt rund 2600 Patienten wegen Diabetes (Typ2) eingewiesen, waren es 2004 bereits mehr als 5000.



Auch die Berliner Kinder werden immer dicker. Rund 12 Prozent der Jungen und mehr als 13 Prozent der Mädchen leiden bereits an krankhaftem Übergewicht, heißt es im Gesundheitsbericht 2005.

Vor allem Kinder mit Migrationshintergrund essen zu viel und zu ungesund – jedes fünfte Kind mit Migrationshintergrund gilt als zu dick.

Höchster Raucheranteil Deutschlands

Berlin hat den höchsten Raucheranteil Deutschlands: Ergebnisse des Mikrozensus der Jahre 1999 und 2003 in den Bundesländern zeigen, dass der Raucheranteil in den drei Stadtstaaten am höchsten ist. Berlin führt mit 34,1 Prozent. An zweiter Stelle folgt Bremen (33,8 Prozent) und schließlich Hamburg (30,9 Prozent). 7 Bundesländer liegen unter dem Bundesdurchschnitt von 27,4 Prozent. In Berlin raucht mehr als jeder Vierte. Vor allem Berlinerinnen greifen immer häufiger zur Zigarette. Nach Angaben der Techniker Krankenkasse wurden 2004 mehr als 3.300 Frauen wegen bösartiger Neubildungen der Bronchien und der Lunge stationär behandelt. Das waren rund 20 Prozent mehr als 1999.

Doch nicht nur die aktiven Raucher sind von extremen Gesundheitsrisiken betroffen, sondern auch die Nichtraucher. Das Deutsche Krebsforschungszentrum beziffert die Zahl der Nichtraucher, die an den Folgen des Passivrauchens sterben auf 3.300 pro Jahr. Tabakrauch ist die häufigste und massivste Beeinträchtigung der Luftqualität in Innenräumen. Problematisch ist in diesem Zusammenhang vor allem die Situation für die Berliner Kinder, denn mehr als die Hälfte leben in einem Raucherhaushalt. Laut Berliner Kindergesundheitsbericht ergaben die Einschulungsuntersuchungen aus dem Jahr 2004, dass jedes zweite Kind in Berlin in einem Raucherhaushalt lebt. Ein mangelnder Schutz liegt ebenfalls bei Schülern vor. Bei rund einem Drittel aller Berliner Schulen oder Jugendzentren sind Zigarettenautomaten oder Tabakwerbungen in unmittelbarer Nähe zu finden, so das Ergebnis der berlinweiten Aktion „Tabakbannmeile“.

Fortsetzung von Seite 17

Damit will man auf die Verstöße der Tabakindustrie aufmerksam machen, die sich laut Erklärung selbstverpflichtet haben, im Sichtfeld von 50 Metern vom Haupteingang einer Schule oder eines Jugendzentrums keinen Zigarettenautomaten aufzustellen sowie im 100-Meter-Umkreis auf Tabakwerbung zu verzichten.

Alkoholmissbrauch in Berlin besonders hoch

Etwa 250.000 Menschen in Berlin sind alkoholkrank (7,4 Prozent der Bevölkerung). Diese besorgniserregende Zahl sei nur „die Spitze des Eisbergs“, meint Kerstin Jüngling, Leiterin der Fachstelle für Suchtprävention in der „Berliner Zeitung“. 13.000 Alkoholiker mussten stationär behandelt werden und verursachten in einem Jahr Kosten bis zu 100 Millionen Euro. Alkoholmissbrauch ist bei Berliner Männern der häufigste Grund für eine Einweisung ins Krankenhaus. Allein für die Behandlung von Alkoholismus, alkoholbedingten Krankheiten der Leber, der Verdauungsorgane und für Lungenkrebs (Folge Rauchen) sind derzeit in Berlin täglich etwa 600 Krankenhausbetten mit Männern belegt. Weitere 220 Klinikbetten benötigt man für die Behandlung derartiger Behandlungsanlässe für Frauen. Der Anteil von Frauen, die an Krankheiten wie alkoholbedingter Leberzirrhose leiden, ist in den vergangenen

Jahren deutlich angestiegen. Berliner Schüler sind im Durchschnitt 11,6 Jahre alt, wenn sie zum ersten Mal Alkohol trinken. Den ersten Rausch erleben Schüler im Schnitt mit 13 Jahren. Experten verzeichnen bei Jugendlichen einen Trend: Das so genannte „binge drinking“, auch Komasaufen genannt. Dabei trinken Jugendliche in kurzer Zeit bis zur Bewusstlosigkeit große Mengen Alkohol. Mit Sorge beobachten Fachleute die Trinkkultur, „bei der 14-Jährige auf dem Heimweg von der Schule mit einem Bier in der U-Bahn sitzen“. Nicht nur die Gesundheitsgefahren, auch die Zahlen in der Kriminalstatistik 2005 sind alarmierend: Alkohol war bei 40 Prozent aller Totschlagdelikte und einem Drittel aller schweren Körperverletzungen im Spiel.

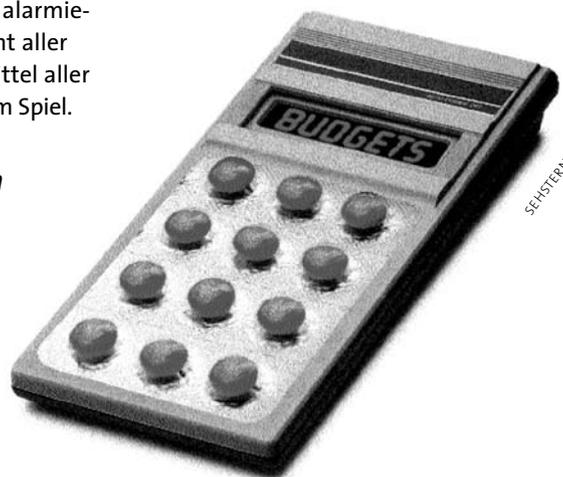
Zahl der Aidsfälle in Berlin steigt

An jedem Tag steckt sich in Berlin mindestens ein Mensch mit HIV an, jede Woche sterben zwei Menschen an Aids. Insgesamt lebten 2005 in Berlin 7100 Menschen mit HIV oder Aids, das sind rund 15 Prozent aller Infizierten in Deutschland. Seit vergangenem Jahr soll die Zahl der Neuinfektionen in Berlin so hoch sein wie seit 15 Jahren nicht mehr. Eine große Zahl der Neuinfektionen betrifft die Altersgruppe der 20- bis 29-Jährigen.

Arzneimittelausgaben

Die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenkassen für Medikamente sind mit mehr als 87 Millionen Euro in Berlin auf eine Rekordhöhe gestiegen, gab im Dezember 2006 ein Sprecher der TK zu bedenken. „Je höher das Brutto-Inlandsprodukt, desto geringer sind die Arzneimittelausgaben eines Bundeslandes. Mehr Wirtschaftskraft bedeute mehr Reichtum und Wohlstand und damit mehr Gesundheit“, fasst Professor Bertram Häussler, Direktor des Instituts für Gesundheits- und Sozial-

forschung und Autor des Arzneimittel-Atlas' die Ergebnisse einer Regionalstudie zur Verteilung von Arzneimittelausgaben in Deutschland zusammen. Berlin gehört im Jahr 2005 mit einem niedrigen Brutto-Inlandsprodukt (pro Kopf) von 23.470 Euro und hohen Pro-Kopf-Arzneimittelausgaben von circa 422 Euro neben Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen zu den ärmsten Ländern mit den höchsten Ausgaben für Arzneimittel. Zum Vergleich: Das reichste Flächenland Bayern mit einem Pro-Kopf-Bruttoinlands-



produkt von 32.400 Euro hat mit etwa 339 Euro pro Kopf die niedrigsten Arzneimittelausgaben.¹

Krankenhaus-Fallkosten

Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt, aber auch zu anderen Ballungsgebieten ist die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen in Berlin zu teuer. Mittlerweile liegt Berlin im Bundesdurchschnitt bei der Anzahl der Betten pro Einwohner und bei der Verweildauer in diesen Betten. Aber die Kosten pro Bett sind hoch: die durchschnittlichen Krankenhaus-Fallkosten liegen in Berlin mit 4.011 Euro etwa 25 Prozent über dem Bundesdurchschnitt (3.218 Euro).

¹ Ärzte Zeitung, Nr. 187, 19.10.2006



SEHSTERN

Weniger Personal in Krankenhäusern

...dafür aber mehr Patienten. In den Berliner Krankenhäusern waren nach Angaben des Statistischen Landesamtes am 31.12.2004 insgesamt 45.229 Mitarbeiter beschäftigt. Die Personalstärke ging gegenüber 2003 um 2.074 Personen bzw. 4,4 Prozent zurück. Das ist ein Ergebnis der weiteren Betteneinsparung seit 1990 durch Schließung, Zusammenlegung und Neueröffnung von Krankenhäusern. Trotz des Rückgangs der Bettendichte hat die Zahl der stationär behandelten Patienten 2004 gegenüber dem Vorjahr um gut 3.600 Fälle zugenommen. Auf 10.000 Einwohner kamen 2004 durchschnittlich 2.048 Krankenhausbehandlungen.

Beitragssätze der regionalen Krankenkassen

Die Beitragssätze der regionalen Krankenkassen in Berlin-Brandenburg liegen seit Jahren erheblich über dem Bundesdurchschnitt. Sie erhöhen massiv die betrieblichen Lohnzusatzkosten und verkürzen die Nettoeinkommen der Arbeitnehmer, da sie je zur Hälfte von den Versicherten und ihren Arbeitgebern getragen werden. So betrug zum Beispiel der Beitragssatz der AOK Berlin 15,5 Prozent, während der Beitragssatz der Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 2005 im Bundesdurchschnitt bei 14,2 Prozent lag. In den Gesamtausgaben der AOK Berlin im Geschäftsjahr 2004 entfielen von den vier größten Ausgabenblöcken etwa 42 Prozent auf die Krankenhausbehandlung (Bundesdurchschnitt: ca. 33 Prozent), etwa 15 Prozent auf Arzneimittel (Bundesdurchschnitt: ca. 14 Prozent), etwa 13 Prozent auf die ärztliche Behandlung (Bundesdurchschnitt: ca. 16 Prozent) und 5,3 Prozent auf die Heil-/Hilfsmittel (Bundesdurchschnitt: ca. 5 Prozent).

Die Gesundheit der Berliner Bevölkerung

Während sich Berlin also einerseits zu einer Hochburg der Gesundheitspolitik entwickelt und die Gesundheitswirtschaft in den kommenden Jahren zu einer Leitbranche in Berlin werden könnte, scheint es um den Gesundheitszustand der Berliner Bevölkerung nicht so gut bestellt zu sein. „In Berlin gibt es exzellente Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und -wissenschaft, ein sehr dichtes Netz ambulanter Angebote, es gibt Krankenhäuser sowohl für Hochleistungsmedizin wie für die wohnortnahe Grundversorgung. Hinzu kommt ein vielfältiges Angebot an Selbsthilfegruppen. Wer krank ist, kann also schnell die angemessene Hilfe bekommen“, beschreibt auch die Berliner Senatorin für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Katrin Lompscher (Linkspartei/PDS), die Situation in Berlin, merkt aber gleichzeitig an, dass „andererseits in Berlin überdurchschnittlich viele Menschen in armen Verhältnissen leben und deshalb besonders von Krankheitsrisiken betroffen sind“.

BERLIN IM ÜBERBLICK:

Verschuldung

Das Land Berlin ist mit 61,2 Milliarden Euro verschuldet (Stand Ende 2005)

Einwohner

In Berlin lebten 2004 laut Gesundheitsberichterstattung des Berliner Senats ca. 3,4 Millionen Menschen (gesamt 3.387.828, davon 1.734.771 Frauen und 1.653.057 Männer).

Ärzte

Rund 17.000 berufstätige Ärztinnen und Ärzte (Stand 2005)

Arbeitslosenquote Berlin

16,5 Prozent (Stand Oktober 2006) bedingt massives Einnahmeproblem bei den Berliner Krankenkassen

Gesundheitsausgaben des Jahres 2004 bundesweit

Im Jahr 2004 wurden in Deutschland insgesamt 234,0 Milliarden Euro für Gesundheit ausgegeben, das heißt 0,2 Prozent mehr als im Jahr 2003 (2002/2003: + 2,5 Prozent). Das waren 10,6 Prozent des Bruttoinlandsprodukts.

Im Durchschnitt entfielen im Jahr 2004 auf jeden Einwohner Deutschlands Krankheitskosten von rund 2.730 Euro. Die Pro-Kopf-Kosten der Frauen von 3.110 Euro lagen über denen der Männer (2.320 Euro). Mit dem Lebensalter der Betroffenen steigen die Krankheitskosten überproportional an: Am geringsten waren sie im Jahr 2004 bei den Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren mit 1.110 Euro pro Kopf. Bei den 45- bis 64-Jährigen lagen sie bei 2.910 Euro und bei den über 84-Jährigen bei 14.750 Euro pro Kopf.

Sozialhilfe (Ende 2004 an der Schwelle zu Hartz-IV)

Rund 8 Prozent der Berliner Einwohner waren Ende 2004 auf Sozialhilfe angewiesen, das waren 270.585 Sozialhilfeempfänger und -empfängerinnen. Darunter waren 96.112 Minderjährige. Hauptursache für Sozialhilfebedürftigkeit der Kinder ist die Arbeitslosigkeit der Eltern und damit ein nicht ausreichendes erworbenes Familieneinkommen. Ende 2004 war gut jeder dritte Arbeitslose auch gleichzeitig Sozialhilfeempfänger.

Hartz-IV

Rund 270.000 Berliner Haushalte beziehen Hartz-IV-Leistungen

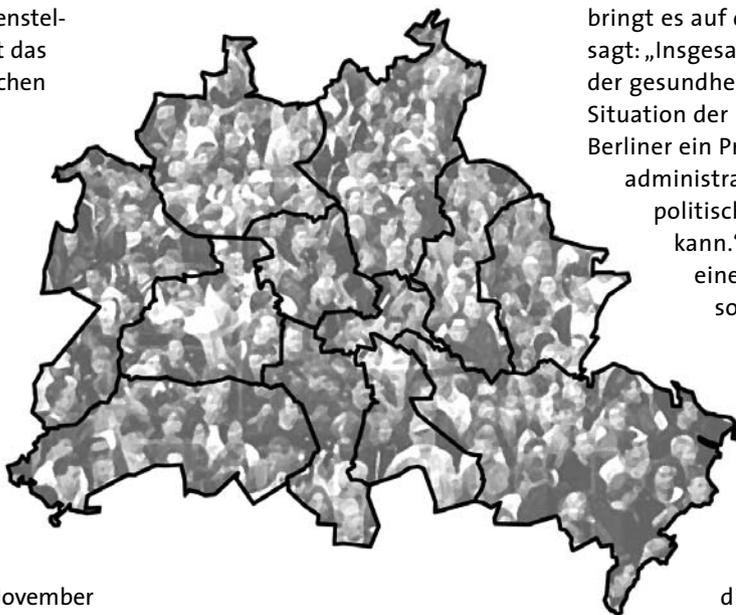
Armes Berlin – Krankes Berlin?

„Berlin ist so gesund wie die Gesundheitsressourcen der Menschen, die in dieser Stadt wohnen“, sagt Professor Ulrike Maschewsky-Schneider von der Berlin School of Public Health der Charité. Sie bestätigt auf Grundlage von Public Health-Studien, dass die Wirtschaftskraft und der Wohlstand eines Landes direkt mit der Gesundheit der Menschen verknüpft sind. Das Verhältnis sei wechselseitig: Haben die Menschen Arbeit und einen zufriedenstellenden Lebensunterhalt, fördert das ihre Gesundheit, sind die Menschen krank, können sie auch keinen Beitrag zur wirtschaftlichen Stärke ihrer Region leisten. Die Berliner Krankenkassen bekommen die hohe Arbeitslosigkeit in Berlin von derzeit 16,5 Prozent durch große Einnahmeprobleme zu spüren.

Bedenklich ist in diesem Zusammenhang vor allem auch ein Aspekt, auf den die Berliner Patientenbeauftragte Karin Stötzner in ihrem Tätigkeitsbericht für den Zeitraum November 2004 bis Sommer 2006 explizit hinweist: In der Hauptstadt kann man von 18.000 Personen ohne Krankenversicherung ausgehen. Bei Stötzner riefen in der Vergangenheit zunehmend Selbstständige und freiberuflich Tätige an, die Angst haben, sich künftig keine Krankenversicherung mehr leisten zu können. Ohne entsprechende Krankenversicherung besuchen die Betroffenen auch bei dringendem Bedarf keinen Arzt, sondern akzeptieren lieber eine medizinische Unterversorgung und eventuelle gesundheitliche Langzeitfolgen. Fachleute sind sich einig, dass die Dunkelziffer der nicht-krankenversicherten Menschen sogar wesentlich höher liegt.

Es ist bekannt, dass soziale und gesundheitliche Faktoren wie Arbeitslosigkeit, Sozialhilfebezug, Armut, Sterblichkeit,

Lebenserwartung und Bildung/Sprache sowie Kindergesundheit wechselseitig zusammenhängen. Armut und Arbeitslosigkeit gelten als hohes gesundheitliches Risiko, denn sie führen laut Maschewsky-Schneider „zu sozialer Ausgrenzung, zum Verlust von Selbstvertrauen in die eigenen Fähigkeiten und können zu seelischen- und Suchterkrankungen führen.“ Gesundheit ist jedoch eine entscheidende Voraus-



setzung zur Teilhabe an der Gesellschaft. Der circulus vitiosus lässt keine Möglichkeiten offen: Arbeitslosigkeit und Armut sowie fehlende soziale Einbindung und Anerkennung gefährden die Gesundheit – ein schlechter Gesundheitszustand bedeutet weniger Chancen auf dem Arbeitsmarkt, weniger soziale Einbindung und fehlende Anerkennung.

Ein Vergleich der Sozialstruktur Berlins zeigt, dass sich die soziale Ungleichheit in Berlin in den letzten Jahren verstärkt hat. So bestätigt etwa der Berliner Gesundheitsbericht 2005, dass die soziale Lage und der Wohnort einen entscheidenden Einfluss auf das Lebensalter haben. Seit Jahren liegt die Lebenserwartung der Menschen in Bezirken, deren Bevölkerung eine hohes Maß an

negativen Indizes aufweist wie zum Beispiel niedriger Schul- und Berufsabschluss, hohe Arbeitslosen- und Sozialhilfequoten, deutlich unter der Lebenserwartung der Berliner, die in Bezirken leben, denen eine vergleichsweise gute Sozialstruktur bescheinigt wird. So werden in Steglitz-Zehlendorf oder Treptow-Köpenick die Berliner bis zu 3 Jahre älter als in Mitte, Kreuzberg oder Neukölln.

Gesundheitssenatorin Lompscher bringt es auf den Punkt, wenn sie sagt: „Insgesamt ist die Verbesserung der gesundheitlichen und sozialen Situation der Berlinerinnen und Berliner ein Prozess, der weder administrativ verordnet, noch allein politisch gesteuert werden kann.“ Aus ihrer Sicht müssen eine vorsorgende Politik, ressort-übergreifende Zusammenarbeit, Transparenz und die Förderung von Bürgerbeteiligung künftig Schwerpunkte sein. Damit könne ein wirksamer Beitrag für eine soziale Stadtentwicklung und die Verbesserung der Lebenslagen vieler Menschen geleistet werden.

Ein ehrgeiziges Ziel verfolgt der Verein „Gesundheitsstadt Berlin“. Er will Berlin bis zum Jahr 2010 zur führenden Gesundheitsstadt in Deutschland machen. In dem Verein, dessen Vorsitzender der ehemalige Gesundheitssenator Ulf Fink (CDU) ist, engagieren sich Vertreter von Kliniken und Pharmazieunternehmen. Ob das Ziel, 70.000 neue Arbeitsplätze im Krankenwesen, in der Forschung und der Medizintechnik in Berlin entstehen zu lassen, realistisch ist, bleibt abzuwarten – das Potenzial dazu hätte Berlin sicherlich.

Ulrike Hempel
Medizinjournalistin

Gesundheit gezielt fördern

Endlich ist in der Politik angekommen, was Fachleute seit langem nicht müde werden zu verkünden und zu belegen: Armut ist das größte Gesundheitsrisiko – auch in Deutschland. Was jetzt zur Förderung der Gesundheit sozial Benachteiligter geplant und teils auch schon getan wird, erfuhr man auf dem 12. Kongress „Armut und Gesundheit“ in Berlin.

Die Lebenserwartung ist in den untersten Sozialschichten um durchschnittlich sieben Jahre geringer als in den obersten. Sozial benachteiligte Frauen sterben etwa fünf Jahre früher, Männer sogar zehn Jahre früher als die Menschen in den oberen Schichten. Sie sind häufiger und länger krank, öfter von Unfällen, Gewalt und Behinderung betroffen, und die erhöhten Gesundheitsrisiken beginnen schon in früher Kindheit. Ungesunde Lebensverhältnisse begünstigen auch gesundheitsgefährdendes Verhalten.

Die Schere zwischen Arm und Reich, Gesund und Krank öffnet sich immer weiter. In Berlin ist die Situation besonders kritisch: Berliner sterben ein bis zwei Jahre früher als der Durchschnitts-Bundesbürger, sagte Matthias Albrecht als Vertreter der Ärztekammer Berlin auf dem Kongress „Armut und Gesundheit“. Er entstand 1995 auf Initiative Berliner Studenten, wird jetzt von mehr als 20 Organisationen getragen und ist inzwischen die größte deutsche Public Health-Tagung.

„Der Kongress wird das Problem Armut und Gesundheit zwar nicht lösen, aber er stellt die richtigen Fragen“, sagte Albrecht. Mehrere Referenten gingen auf die Ottawa Charta ein, die programmatische Deklaration der WHO zur Gesundheitsförderung. Im Unterschied zur Prävention bestimmter Krankheiten zielt (bei fließenden Übergängen) Gesundheitsförderung auf die allgemeine Stärkung von Ressourcen ab: Durch eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik quer durch die Ressorts, die Entwicklung persönlicher Kompetenzen, das Schaffen gesundheitsförderlicher Lebenswelten (diesjähriges Schwerpunktthema des Kongresses) und die Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen.

Das WHO-Programm ist jetzt zwei Jahrzehnte alt, die Realisierung aber steckt noch in den Anfängen. „Der Fortschritt ist eine Schnecke – aber sie kriecht in die richtige Richtung“, sagte Rolf Rosenbrock (Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin). „Wir können auf diesem Kongress nur Zeichen setzen, nicht den Durchbruch bringen“. Er konstatierte, dass man bei uns „Mittelstandspolitik“ macht und die Ungleichheit gesundheitlicher Chancen verdrängt. Ebenso wie Albrecht und wie Hans-Jürgen Ahrens (AOK-Bundesverband) kritisierte er die neuesten Gesundheitsreformpläne in Grund und Boden; auch, weil sie die unterste Sozialschicht noch mehr benachteiligen.

Bei Befunderhebung und Diagnose blieb man auf diesem Kongress nicht stehen, sondern stellte das vor, was jetzt in Angriff genommen oder schon getan wird, um die Gesundheit von Menschen zu stärken, die in nicht nur ökonomischer, vielmehr auch kultureller und sozialer Armut und Ausgrenzung leben. Da ist vor allem der „Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ zu nennen, gegründet 2001 auf Initiative der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und vorgestellt von deren Leiterin Elisabeth Pott. Ihm gehören jetzt 42 Partner an darunter die Bundesärztekammer, alle Landesvereinigungen für Gesundheit (auch „Gesundheit Berlin“), Krankenkassen- und Wohlfahrtsverbände, Ministerien und wissenschaftliche Institute. Weitere Akteure sind zur Beteiligung eingeladen. Hauptziel des Verbundes ist es, gute Projekte bekannt zu machen und ihre Verbreitung zu fördern. Eine gemeinsame Datenbank dieses „Bündnisses für gesundheitliche Chancengleichheit“ enthält zur Zeit Informationen über etwa 2800 Projekte und Angebote. Vernetzungsstellen,

genannt „Regionale Knoten“, wurden in der Regel bei den Landesvereinigungen für Gesundheit eingerichtet. „Projekte guter Praxis“ (also qualitätsgesichert) werden im Internet unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de publiziert, außerdem in der Fachheftreihe „Gesundheitsförderung konkret“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Als Band 5 dieser Reihe erschien die BZgA-Broschüre „Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter. Ansatz – Beispiel – Weiterführende Informationen“. (2. Aufl. 2006, kostenlos erhältlich unter der Bestelladresse BZgA 51101 Köln oder über Internet: www.bzga.de)

Eine Liste von „Good Practice-Kriterien“ erarbeitete der beratende Arbeitskreis des Kooperationsverbundes. Die 33 bereits als gut bewerteten und zur Nachahmung empfohlenen Projekte stammen aus den Handlungsfeldern Frühe Hilfe, Alleinerziehende, Kitas, Schulen, Jugendfreizeit, Sucht und Migration. Als Beispiel nannte Elisabeth Pott unter anderem das Berliner Projekt „Fitness für Kids“, durch das die motorische Leistungsfähigkeit sozial benachteiligter Kinder innerhalb eines Jahres die der anderen Kinder erreichte.

Rosemarie Stein

Praxisschilder

Fahrstuhl 1.OG
Zahnarzt
 Dr. dent. Breitschaft
Sprechzeiten:
Mo - Fr 9.00 - 18.00 Uhr
u. nach Vereinbarung Telefon 84 10 90 50

Fahrstuhl 2.OG
Frauenarzt
 Dr. med. Henning
Sprechstunden nach Vereinbarung
Telefon 84 10 90 40

unverbindlicher Hausbesuch
in Berlin oder
Sie besuchen unsere ständige Ausstellung

InfoCard Tel. (030) 84 10 90 40
Fax (030) 84 10 90 41
Hindenburgdamm 68, 12203 Berlin-Steglitz

infocard@infocard-berlin.de

ANZEIGEN

Neuer Kammervorstand gewählt

In ihrer konstituierenden Sitzung hat die neue Delegiertenversammlung am 17. Januar den Vorstand der Ärztekammer Berlin gewählt. Dabei ist der neue Vorstand fast der alte: Ein neues Mitglied ist hinzugekommen. Die Koalition aus Marburger Bund, Liste Allianz und von Hausärzten in der Delegiertenversammlung, die seit zwei Legislaturperioden den Vorstand stellt, hat damit alle ihre Kandidaten durchbringen können. Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz und Vizepräsident Dr. med. Elmar Wille wurden deutlich in ihren Ämtern bestätigt. Für beide ist es die dritte Amtszeit.

Neues Vorstandsmitglied ist Dr. med. Hans-Detlef Dewitz (Liste Allianz), der für Hans-Peter Hoffert (Hausärzte) in den Vorstand gewählt wurde. Im Vorstand sind daneben wieder vertreten: Professor Dr. Vittoria Braun (Hausärzte), Dr. Dietrich Bodenstein, Dr. Rudolf Fitzner, Dr. Regine Held, Dr. Dittmar Kruska (alle Liste Allianz), Dr. Sigrid Kemmerling, Dr. Matthias Albrecht, Dr. Werner Wyrwich (alle Marburger Bund). Mit einem klaren Vorteil von 15 Stimmen (2003: 13 Stimmen) konnte die Koalition alle ihre Kandidaten durchbringen. Die Fraktion Gesundheit, die sich wieder in der Opposition befindet, konnte keinen ihrer insgesamt nur zwei Gegenkandidaten platzieren. „Der neue – alte – Vorstand wird getragen vom Marburger Bund, der Liste Allianz und von Hausärzten in der Delegiertenversammlung. Die konstruktive Zusammenarbeit von Haus-, Fach- und Krankenhausärzten wird damit erfolgreich fortgesetzt“, sagte Kammerpräsident Jonitz.

In der unmittelbar an die konstituierende Sitzung anschließende 2. Sitzung der Delegiertenversammlung befasste sich das Ärz-

teparlament mit der umstrittenen Wahlordnung zur Vertreterversammlung der Berliner Ärzteversorgung (BÄV) (siehe BERLINER ÄRZTE 01/2007). Die auf der Sitzung am 29. November 2006 verabschiedete Wahlordnung war zwischenzeitlich von der Senatsverwaltung abgelehnt worden. Die Senatsverwaltung legte ihrerseits eine Wahlordnung vor, die von den 29 Delegierten abgelehnt und von 15 befürwortet wurde (eine ungültige Stimme). Diese mehrheitliche Ablehnung wird der Senatsverwaltung nun mitgeteilt. *srd*

Dr. med. Günther Jonitz (Präsident)

Marburger Bund



(48), Facharzt für Chirurgie, seit 1999 Präsident der Ärztekammer Berlin und Mitglied im Vorstand der Bundesärztekammer (dort zuständig für die Qualitätssicherung ärztlicher Tätigkeit), zuvor 1995 bis 1999 Vizepräsident. Geboren am 19.6.1958 in

München, Studium der Medizin in Bochum und Berlin. Studienbegleitende Tätigkeit als Pflegehelfer. Ärztliche Tätigkeit als Rettungsstellenarzt im Krankenhaus Moabit und in der Abteilung für Pathologie des Behring-Krankenhauses in Berlin-Zehlendorf. Danach allgemeine chirurgische Weiterbildung mit Schwerpunkt minimal-invasiver Chirurgie und chirurgischer Endoskopie im Krankenhaus Moabit. Derzeit angestellt in der Elisabeth-Klinik im Bezirk Tiergarten. Facharzt 1994, Promotion zum Dr. med. 1996,



Gastarztstätigkeit in Japan 1990. Mitglied im Vorstand des Marburger Bund LV Berlin / Brandenburg, Vorsitzender des Gesellschafterausschusses der KTQ GmbH, stellvertretender Vorsitzender im Aktionsbündnis Patientensicherheit, Vorstandsmitglied EbM-Netzwerk, Mitglied im Präsidium des DIN e.V.

Dr. med. Elmar Wille (Vizepräsident)

Liste Allianz



(58), niedergelassener Augenarzt in Berlin-Mariendorf, Vizepräsident der Ärztekammer Berlin seit 1999, Mitglied in der Vertreterversammlung der KV Berlin, dort Ende der 90er Jahre zwei Jahre auch Vorstandsmitglied, Mitglied des Präsidiums der Deutschen

Ophthalmologischen Gesellschaft seit 2005. Geboren am 19.10.1948 in Varenseil bei Gütersloh, Medizinstudium in Köln und Erlangen, ärztliche Tätigkeit in verschiedenen Kliniken, ab 1974 in Erlangen, Lippstadt, Dortmund und Berlin, seit 1983 eigene Praxis für Augenheilkunde.

Dr. med. Rudolf G. Fitzner (1. Beisitzer)

Liste Allianz

(59), Arzt für Laboratoriumsmedizin. Seit 1995 Mitglied des Vorstandes der Ärztekammer Berlin (seit 1999 Schatzmeisterfunktion der ÄKB sowie Mitglied der Finanzkommission der Bundesärztekammer). Seit 1997 Vorsitzender des Hartmannbundes Landesverband Berlin. Seit Oktober 2003 Mitglied des Vorstandes der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-

Die vollständigen Wahlergebnisse finden Sie im Internet unter www.aerztekammer-berlin.de.

Die Delegiertenversammlung stellen wir Ihnen im nächsten Heft vor.

ANZEIGE

Moina Beyer-Jupe

Rechtsanwältin

Tätigkeitsschwerpunkte

- Arztrecht
- Vertragsarztrecht
- Arzthaftungsrecht



Claudio Jupe

Rechtsanwalt & Notar

Tätigkeitsschwerpunkte

- Arbeitsrecht
- Praxisverträge
- Gewerbemietrecht

10625 Berlin-Charlottenburg · Goethestraße 47 · Telefon: 030-3186100 · Fax: 030-3135313 · Internet: www.beyer-jupe.de



Organisationen (BAGSO) e.V., ab Oktober 2005 Mitglied des Geschäftsführenden Vorstandes des Hartmannbundes Deutschland.

Geboren am 14.9.1947 in Berlin. Zurzeit stellvertretender Direktor des Instituts für Laboratoriumsmedizin und

Pathobiochemie CBF/Charité Centrum 05 für diagnostische und präventive Labormedizin/Charité-Universitätsmedizin Berlin.

Dr. med. Dietrich Bodenstein (2. Beisitzer)

Liste Allianz



(66), Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychoanalytiker. Seit 1999 Vorstandsmitglied der Ärztekammer Berlin. Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie (DGPM), im DGPM-

Vorstand des Landesverbandes Berlin/Brandenburg und Vorstandsmitglied der Akademie für Psychotherapie (APM). Mitglied des Hartmannbundes.

Geboren am 14.7.1941 in Bad Gandersheim. Medizinstudium an der FU Berlin. Seit 1974 ärztliche Tätigkeit im Institut für psychogene Erkrankungen der AOK Berlin, seit 1984 dessen Leiter. Heute Ärztlicher Direktor des Centrums für Gesundheit der AOK Berlin.

Prof. Dr. med. Vittoria Braun (3. Beisitzerin)

Hausärztin



(58), niedergelassene Allgemeinmedizinerin in Köpenick und Professorin für Allgemeinmedizin an der Charité. Seit 2003 im Vorstand der Ärztekammer Berlin. Vizepräsidentin der Hochschullehrervereinigung Deutschlands. Geboren am 16.12.1948 in

Meiningen. Medizinstudium in Leipzig, Jena und an der Humboldt-Universität Berlin, 1973 Facharztweiterbildung im Ambulatorium Kietzerfeld in Köpenick, allgemeinmedizinische Tätigkeit in der Fachambulanz des Krankenhauses Kaulsdorf, der Ernst-Ludwig-Heim-Poliklinik in Marzahn und der Poliklinik im Krankenhaus Köpenick. Seit 1992 niedergelassen in eigener Praxis. Seit 1998 parallel dazu C3-Professur an der Charité.

Dr. med. Matthias Albrecht (4. Beisitzer)

Marburger Bund

(40), Facharzt für Kinderheilkunde, Schwerpunktbezeichnungen Neonatologie und ärztliches Qualitätsmanagement. Seit 2003 im Vorstand der Ärztekammer Berlin. Vorsitzender des Marburger Bundes, Landesverband Berlin/Brandenburg.



Geboren am 6.10.1966, Medizinstudium an der FU Berlin, Weiterbildung zum Kinderarzt / Neonatologen am Universitätsklinikum Benjamin Franklin. Seit 2003 zentraler Qualitätsmanager im Verein zur Errichtung Evangelischer Krankenhäuser.

Dr. med. Hans-Detlef Dewitz (5. Beisitzer)

Liste Allianz



(43), niedergelassener Orthopäde in Wilmersdorf. Neu im Vorstand der Ärztekammer Berlin. Geboren am 19.12.1963 in Berlin. Medizinstudium und Promotion an der FU Berlin. Facharztweiterbildung unter anderem in Hertfen/Westfalen. Danach 1. Ober-

arzt in der Rehaklinik Bad Lippspringe. Seit 1997 niedergelassen. Mitglied im Berufsverband der Orthopäden. Seit 2000 Mitglied in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin. Gründungs- und Vorstandsmitglied von Medi Berlin.

Dr. med. Regine Held (6. Beisitzerin)

Liste Allianz



(49), niedergelassene Hals-Nasen-Ohren-Ärztin aus Weißensee. Seit 1999 im Vorstand der Ärztekammer Berlin. Geboren am 4.6.1957 in Leipzig, in Berlin aufgewachsen und dort Medizinstudium, seit 1991 niedergelassen. In der Ärztekammer

Berlin zuständig für die Ausbildung medizinischer Fachangestellter. Vorsitzende des Ausschusses Medizinische Fachberufe und des Berufbildungsausschusses der Kammer.

Dr. med. Sigrig Kemmerling (7. Beisitzerin)

Marburger Bund



(64), Oberärztin in der Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie an den DRK-Kliniken Westend. Im Vorstand der Ärztekammer Berlin, Vorstandsmitglied im Marburger Bund, LV Berlin/ Brandenburg. Geboren am 21.11.1942 in

Berlin, Medizinstudium an der Humboldt-Universität Berlin. Von 1969-74 Facharztweiterbildung an der Kinderklinik des Bezirkskrankenhauses Potsdam und am Städtischen Kinderkrankenhaus Lindenhof in Berlin. Von 1974-76 Tätigkeit in der Abteilung Neonatologie des Städtischen Krankenhauses im Friedrichshain. Von 1976-2002 in der Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. An der Charité

Campus Mitte tätig, seit 1/2003 an den DRK-Kliniken Westend.

Dr. med. Dittmar Kruska (8. Beisitzer)

Liste Allianz



(73), Kinderchirurg. Seit 1993 Vorstandsmitglied der Ärztekammer Berlin und Gründungsmitglied des NAV Virchowbundes. Geboren am 10.12.1933 in Berlin, Medizinstudium an der Humboldt-Universität, ab 1969 Facharzt für Kinderchirurgie an der Kinderchirurgischen Klinik in

Berlin/Buch, dort später stellvertretender Chefarzt. Seit 1999 im Ruhestand.

Dr. med. Werner Wyrwich, MBA (9. Beisitzer)

Marburger Bund



(48), Unfallchirurg, geboren am 31.5.1958. Medizinstudium an der Ludwig-Maximilians-Universität München, Facharztweiterbildung am Klinikum-Großhadern der Ludwig-Maximilians-Universität und am Leopoldina-Krankenhaus in Schweinfurt, akad. Lehrkrankenhaus der Julius-Maximi-

lians-Universität, Würzburg. Forschungsaufenthalt an der Harvard Medical School, Boston. Berufsbegleitendes Studium zum MBA in Hannover und Neu-Ulm. Facharzt für Chirurgie, Schwerpunkt Unfallchirurgie. Bis 7/2005 Oberarzt in der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie am Campus Benjamin Franklin der Charité. Seitdem im Projektsteuerungsbüro der Charité tätig. Vorstandsmitglied im Marburger Bund, Landesverband Berlin/Brandenburg. Seit 2003 in der DV und im Vorstand, Mitglied der Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie des Qualitätsbüros Berlin (QBB).

Fotos: Renate Stiebitz

ARZT- UND MEDIZINRECHT

Dr. Marc Christoph Baumgart
Rechtsanwalt

Kurfürstendamm 42
10719 Berlin

Tel. 88 62 49 00

Fax: 88 62 49 02

www.ra-baumgart.de

m.c.baumgart@t-online.de

A
N
Z
E
I
G
E

Die Ankündigungen auf diesen beiden Seiten geben einen Überblick über die ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen, die von der Ärztekammer Berlin veranstaltet werden oder in Kooperation mit ihr stattfinden. Alle weiteren Fortbildungsveranstaltungen, die bepunktet wurden, können im **Online-Veranstaltungskalender** auf der Homepage der Ärztekammer unter www.aerztekammer-berlin.de (im Kapitel „Fortbildung“, „Veranstaltungskalender“) recherchiert werden. Hier sind auch – soweit verfügbar – nähere Informa-

tionen zu Unterthemen und Referenten sowie die Fortbildungspunktzahl und Kontaktdaten hinterlegt. Der Veranstaltungskalender ermöglicht eine Recherche nach Terminen, Fachbereichen oder auch nach freien Suchbegriffen. Damit bietet der Kalender in Abhängigkeit von der gewählten Suchstrategie sowohl einen umfassenden Überblick über sämtliche Fortbildungsveranstaltungen als auch eine an den individuellen Interessenschwerpunkten orientierte Veranstaltungsauswahl weit im Voraus.

Termine	Thema / Referenten	Veranstaltungsort	Information/ Gebühr	Fortbildungspunkte
<p>■ Semesterbegleitende Veranstaltungsreihe; jeweils donnerstags 20.00 – 21.30 Uhr</p>	<p>Fachspezifische Fortbildung Innere Medizin: Reise- und Tropenmedizin</p> <p>01.02.: Flavivirus-Infektionen: Dengue-Fieber, Japanische Enzephalitis und Gelbfieber</p> <p>08.02.: Gifttiere (An diesem Termin endet die Veranstaltungsserie zum Themenschwerpunkt „Reise- und Tropenmedizin“)</p>	<p>Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin</p>	<p>Information: E-Mail fobi-zert@aekb.de keine Teilnehmergebühr, Anmeldung nicht erforderlich</p>	<p>3 P pro Veranstaltungstermin</p>
<p>■ 26.02.2007 – 02.03.2007</p>	<p>Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Tele- und Brachytherapie sowie bei der Behandlung mit Röntgenstrahlen (Therapiekurs)</p>	<p>Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin</p>	<p>Information: Tel.: 40806-1301 E-Mail: aag@aekb.de Gebühr: 990 €</p>	<p>41 P</p>
<p>■ 02.03.2007 – 03.03.2007</p>	<p>Kombinierter Aktualisierungskurs nach Röntgenverordnung und Strahlenschutzverordnung</p>	<p>Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin</p>	<p>Information: Tel.: 40806-1301 E-Mail: aag@aekb.de Gebühr: 200 €</p>	<p>13 P</p>
<p>■ 9.3.2007</p>	<p>Sehprüfungen in der Arbeitsmedizin (unter Berücksichtigung des G 25, G 37 und der FeV)</p>	<p>Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin</p>	<p>Information: Tel.: 40806-1301 E-Mail: aag@aekb.de Gebühr: 160 € (inkl. Lehrbuch)</p>	<p>10 P</p>
<p>■ 9.3.2007</p>	<p>Theorie und Praxis der Psychometrie und Perimetrie bei arbeits- und verkehrsmedizinischen Untersuchungen</p>	<p>Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin</p>	<p>Information: Tel.: 40806-1301 E-Mail: aag@aekb.de Gebühr: 60 €</p>	<p>5 P</p>
<p>■ 9.3.2007</p>	<p>Verkehrsmedizinische Begutachtung – Qualifizierung gemäß Fahrerlaubnisverordnung Hinweis: Der Kurs beginnt erst nachmittags und kann daher in Verbindung mit dem Kurs „Theorie und Praxis der Psychometrie und Perimetrie“ (vomittags) gebucht werden.</p>	<p>Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin</p>	<p>Information: Tel.: 40806-1301 E-Mail: aag@aekb.de Gebühr: 220 € Kombipreis für diesen Kurs und den Kurs „Theorie und Praxis der Psychometrie und Perimetrie“ (s.o.): 260 €</p>	<p>16 P</p>

<p>■ Kursteil 1: 01.03. - 03.03.2007</p> <p>Kursteil 2: 22.03. - 24.03.2007 (jeweils Donnerstag ab 15 Uhr, Freitag ganztägig, Samstag in der 1. Woche: 9-18 Uhr, Samstag in der 2. Woche: 9-14 Uhr)</p>	<p>Qualitätsbeauftragter in der Hämotherapie (40 Stunden-Kurs)</p> <p>Hinweis: Der aktuelle Kurs ist zwischenzeitlich ausgebucht. Interessenten für einen wei- teren Kurs können sich gerne schon jetzt melden.</p>	<p>Ärzttekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin</p>	<p>Information: Tel.: 40806-1400 (Inhalte) Tel.: 40806-1202 (Anmeldung) E-Mail: fobi-zert@aekb.de Gebühr: 700 €</p>	40 P
<p>■ 30.03. - 01.04.2007</p>	<p>ACLS-Kurs (advanced cardiac life support) nach den Richtlinien der American Heart Association</p>	<p>Ärzttekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin</p>	<p>Information: Tel.: 40806-1204 E-Mail: i.hohm@aekb.de Gebühr: 450 €</p>	26 P
<p>■ 16.06.2007</p>	<p>Aktualisierungskurs nach Röntgenverordnung</p>	<p>Ärzttekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin</p>	<p>Information: Tel.: 40806-1301 E-Mail: aag@aekb.de Gebühr: 130 €</p>	9 P

Vorankündigung

Wie vermeide ich Risiken im Umgang mit Patienten? Wie gehe ich damit um, wenn etwas passiert ist?

Am 28. März 2007 findet von 17.00 – 20.00 Uhr die Fortbildungsveranstaltung
„Patientensicherheit“ in der Ärztekammer Berlin statt.

Namhafte Experten aus ganz Deutschland werden das Thema aus der Praxis heraus vorstellen und
mit den Teilnehmern konkrete Umsetzungsmöglichkeiten erarbeiten.

Das vollständige Programm mit Anmeldemöglichkeit erscheint in Kürze online
auf der Website der Ärztekammer Berlin und in Druckform in der nächsten Ausgabe von BERLINER ÄRZTE.

ANZEIGE

Sucht, Depression, Angst, Burn-out

Zurück ins Leben

Beratung und Information
0800 32 22 32 2
(kostenfrei)

Unsere privaten Akutkrankenhäuser:
Schwarzwald, Weserbergland,
Berlin/Brandenburg
www.oberbergkliniken.de

Sofortaufnahme – auch im akuten Krankheitsstadium.
Hochintensive und individuelle Therapien für Privat-
versicherte und Beihilfeberechtigte.
Wir helfen bei der Klärung der Kostenübernahme.


Oberberg
Psychotherapie · Psychiatrie · Psychosomatik

Patienten über Nutzen und Risiken aufklären

Wie sag' ich's den Patienten? Soll ich's ihnen überhaupt sagen? Muss wohl sein, denn immer öfter wollen sie ja mitentscheiden, in eigener Sache schließlich. Hab' ich's denn so gesagt, dass er oder sie es auch versteht? Und so ausführlich, dass die Patienten in der Lage sind, Nutzen und Risiken der vorgeschlagenen Therapie – oder auch Diagnostik – gegeneinander abzuwägen? Hab' ich das selbst sorgfältig genug getan? Gibt es womöglich gar keine sichere Aussage? Und soll ich auch das die Patienten wissen lassen, die doch immer Sicherheit wollen? Mit solchen Fragen schlug man sich zwei Tage lang auf einer Diskusstagung herum, an der Sie hier nachträglich teilnehmen können, zumindest cursorisch. (Wer live dabei war, bekam von der Kammer nicht weniger als 13 Fortbildungspunkte dafür.)

Ärzte und Patienten reden oft aneinander vorbei. Die Ärzte klagen über Mangel an Vertrauen, an Verständnis, an Compliance von Seiten der – oft fordernden – Patienten. Die dagegen klagen, der Arzt habe nie Zeit, höre nicht zu, kläre unzureichend und unverständlich auf. So skizzierte Günter Ollenschläger, Leiter des „Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin“, die Defizite in der Arzt-Patienten-Kommunikation. Ärzte, aber auch Vertreter der Kassen, der Politik und potenzielle Patienten waren zu Gast in der Bildungsstätte der Evangelischen Akademie auf Schwanenwerder. Das Thema: „Kommunikation von Nutzen und Risiken in der Medizin.“ Mitverantwortlich waren das Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, die Stiftung Warentest und das Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft.

Total überschätzte Gesprächszeit

„Ärzte schätzen ihr Kommunikationsverhalten immer zu positiv ein“, sagte Ollenschläger und wies auf die Ergebnisse ein-

schlägiger Studien in verschiedenen Ländern hin. Zum Beispiel überschätzen sie ihre Gesprächszeit um 900 Prozent. Die partnerschaftliche Entscheidungsfindung steckt offenbar noch in den Anfängen. Denn die Kommunikationsfähigkeit, eine ärztliche Schlüsselkompetenz, wird, vom Medizinstudium bis zur Gebührenordnung, sträflich vernachlässigt. Ollenschläger wünscht sich eine bessere Auswahl des Lehrpersonals und statt Wissensanhäufung eine vertiefte Denkschulung sowie die Entwicklung psychosozialer Fähigkeiten. Die Qualität der Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten könnte sich auch durch die Nationalen Versorgungsleitlinien verbessern, zu denen jeweils auch eine Patientenfassung gehört. (Siehe Titelthema in BERLINER ÄRZTE 11/06.)

Zahlreiche andere Leitlinien sind allerdings ebenso wenig valide wie vieles, was den Ärzten in der Fortbildung aufgetischt wird. Das erläuterte Thomas Kaiser vom „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)“ vor allem am Beispiel der Pharmakotherapie. Er fragte, wie gut die Ärzte selbst in die Lage versetzt werden,

Nutzen und Risiken gegeneinander abzuwägen. Denn die Wirksamkeit der Arzneimittel wird hochgespielt, die Nebenwirkungen werden verharmlost. (Siehe Titelthema in BERLINER ÄRZTE 12/06.) Das beginnt schon bei der Anlage, Ausführung, Interpretation und Veröffentlichung der – meist industriefinanzierten – Arzneimittelstudien (Beispiel Statine, Insulinanaloga, inhalative Insuline etc.).

Schief informierte Ärzte

Gesichertes Wissen aus unabhängigen Studien geht oft nicht in die Fortbildung ein, die noch immer von der Pharmaindustrie dominiert ist, wie Kaiser ausführte. Er erinnerte an die Untersuchung von 51 zufällig ausgewählten, als unabhängig angekündigten Fortbildungsveranstaltungen der Ärztekammer Nordrhein, von denen sich 53 Prozent als pharmagesponsert erwiesen. (Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 1999.93.569-579). Nur 16 Prozent der Teilnehmer gaben an, auf diesen Veranstaltungen etwas gelernt zu haben.

Noch fragwürdiger sind die Aussagen über Nutzen und Risiken eines Medikamentes in PR und Werbung (einschließlich der Vertreterbesuche), die aber laut Kaiser die Verschreibung am meisten beeinflussen. Systematische Analysen von Pharmaprospekten ergaben, dass die dort gemachten Angaben fast nie nachprüfbar waren. Nur in einem von zehn Fällen stimmte überhaupt der Literaturbezug. Die Lage dürfte sich spürbar verschlimmern, wenn erst, wie in den USA, selbst für verordnungspflichtige Medikamente direkt beim Patienten geworben werden darf. Schon heute, stellte Kaiser fest, hat die Industrie ihre Strategien dafür entwickelt und rekrutiert Selbsthilfegruppen als „Fußvolk der Pharmawerbung“.

ANZEIGEN

STEFAN DANIEL LITTNANSKI

Rechtsanwalt

Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht

Medizinrecht/Arztrecht

PF 740 140 · 13091 Berlin · Tel. 030/510 582 63 · www.ra-littnanski.de

Praxisschilder · Drucksachen · Stempel

Thomas Götz TE-GE · Über 35 Jahre Erfahrung

Kaiser-Friedrich-Str. 5 · 10585 Berlin · Mo-Do 10-17 Uhr u. n. Vereinb.

☎ 3 41 10 64 · Fax 3 41 90 25 · goetze-stempel.de

ANZEIGENSCHLUSS HEFT 3/2007: 6.2.2007

Ärzte wollen immer „was tun“

Einer der Gründe dafür, dass die Patienten schlecht über Nutzen und Risiken medizinischer Maßnahmen unerrichtet sind, ist also die unzulängliche oder verzerrte Information der Ärzte durch die Hersteller von Arzneimitteln, aber auch medizinischer Technik. Als ein anderer wichtiger Grund wurde die Sozialisation der Ärzte genannt: Sie wollen für die Patienten immer etwas tun, und das kann in blinde Betriebsamkeit ausarten, wenn der Grundsatz „Primum nil nocere“ missachtet wird. Das gilt für die Therapie, aber auch für die Diagnostik, ganz besonders für die Früherkennung, die deshalb einen Schwerpunkt der Tagung bildete. Und auch deshalb, weil die Aufklärung eines Gesunden (oder doch Symptomlosen) viel umfassender zu sein hat als die eines (Schwer-)Kranken.

Schon der Begriff „Vorsorge“ statt „Früherkennungs“-Untersuchung wurde als irreführend kritisiert, weil Laien ihn oft mit „Vorbeugung“ gleichsetzen. Und wie beurteilen Ärzte beispielsweise das Screening auf Prostatakarzinom? „Eine häufige Annahme ist: Früherkennung ist immer nützlich und wird zu einer Reduzierung der Sterblichkeit beitragen“, sagte Wolfgang Gaissmaier aus Gigerenzers Arbeitsgruppe im Max-Planck-Institut für Bildungsforschung. Wie er anhand von Studien zeigte, ist in diesem Fall ein Nutzen nicht nachgewiesen, wohl aber der Schaden durch Übertherapie (Inkontinenz und Impotenz). Der jedoch wird vernachlässigt. „Bloß nichts übersehen“ ist die Hauptsorge der Ärzte, meinte Gaissmaier. Von 9026 Männern, ermittelte die Cochrane Collaboration 2006, starben unter den 1494 der Screening-Gruppe 1,3 Prozent an Prostatakrebs, in der Kontrollgruppe von 7532 Männern ebenfalls 1,3 Prozent, aber ohne den massiven Schaden durch die Operation.

Prostata-Screening nutzlos und riskant

Mangels Evidenz empfiehlt die U.S. Prevention Services Task Force kein Routine-Screening, weder den PSA-Test noch die rektale Untersuchung. Aufklärung über

den fehlenden Nutzen und die beträchtlichen Risiken ist nach Gaissmaier daher dringend notwendig. Wie aber informieren Ärzte darüber? Er erwähnte eine Studie der Stiftung Warentest, die einen Sechzigjährigen zu 20 der 135 Berliner Urologen schickte. Zwei berieten ihn wirklich gut, 14 hielten sich nicht an die Leitlinien ihrer Fachgesellschaft. Zweidrittel glaubten anscheinend, der Nutzen des Screenings sei erwiesen.

Damit stehen diese Ärzte aber keineswegs allein da. Selbst Broschüren der Deutschen Krebshilfe oder einzelner Krebsgesellschaften suggerieren einen Nutzen, ohne ihn zu belegen und empfehlen das Screening noch, berichtete Gaissmaier; sogar den PSA-Test, obwohl die Kassen ihn aus gutem Grund nicht bezahlen. Er gehört also zu den individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL). Jürgen Windeler (Leitender Arzt des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen) kennt, wie er sagte, überhaupt keine evidenzbasierte IGeL-Leistung (mal abgesehen von der Reisemedizin). Und er schätzt, dass mindestens 80 Prozent dieser kostenpflichtigen Leistungen ohne ausreichende Aufklärung erbracht werden. In keinem der von der Stiftung Warentest geprüften IGeL-Fälle wurden die Patienten aufgeklärt, berichtete deren wissenschaftlicher Mitarbeiter, der Gynäkologe Hans-Joachim Koubenec. Eine Patientenvertreterin hört immer wieder, dass viele gar nicht mehr zum Arzt gehen: „Sie haben das Vertrauen verloren und den

Eindruck gewonnen, dass ihnen ein Kaufmann gegenübersteht, weil ihnen ständig IGeL aufgedrängt werden.“

Brustkrebs-Screening: Nutzen übertrieben, Schaden bagatellisiert

Auch über das Brustkrebs-Screening wird offenbar nicht verständlich und gründlich genug aufgeklärt. Die meisten Broschüren übertreiben den Nutzen, ebenso die Einladungen zum Mammographie-Screening, sagte Ingrid Mühlhauser (Universität Hamburg). Sie wies auf den Interessenkonflikt der Anbieter hin, die eine möglichst hohe Teilnahme anstreben, also eher werben als informieren. Gibt man die Reduktion der Brustkrebssterblichkeit durch das Screening in relativen Zahlen an, dann klingt das imposant: 30 Prozent – nach bisherigen Erkenntnissen. Nach der neuesten Cochrane-Studie sind es allerdings nur 20 Prozent. In absoluten Zahlen: Von 2000 zwischen 50 und 60 Jahre alten Frauen, die ein Jahrzehnt lang alle zwei Jahre zur Mammographie gehen, stirbt eine weniger an Brustkrebs – während die Gesamtsterblichkeit unverändert bleibt. Soweit der Nutzen des Screening, verständlich mitgeteilt. Nun zu den – oft bagatellisierten – Risiken: Bei zehn von diesen 2000 Frauen wird ein Tumor gefunden, der nie Beschwerden verursacht hätte, also eine überflüssige Behandlung nach sich zieht. Hinzu kommen pro 2000 Frauen, die sich über zehn Jahre screenen

ANZEIGE

Wöhlermann ♦ Lorenz & Partner

Rechtsanwälte

Sebastian Loewe Rechtsanwalt Tätigkeitsschwerpunkte: Arzthaftungsrecht, Handels-/ Gesellschaftsrecht Arbeitsrecht	Dr. Philipp Kadelbach LL. M. (Cape Town) Rechtsanwalt Tätigkeitsschwerpunkte: EDV-Recht Wettbewerbsrecht Medienrecht	Robin Klatt LL. M. (Houston) Rechtsanwalt Attorney at Law, New York Tätigkeitsschwerpunkte: Gewerbliches Mietrecht Praxisübernahmerecht Insolvenzrecht
--	---	--

Berlin Leipzig Magdeburg Torgau Herzberg Jessen Pöznán Barcelona Mallorca
DircksenstráÙe 40 · 10178 Berlin-Mitte · Tel.: 030 288830-0 · Fax: 030 288830-90

lassen, 400, die mindestens einen falsch-positiven Befund haben, sagte die Hamburger Professorin. Das belastet die Frauen psychisch enorm und führt zu weiteren, teilweise invasiven Untersuchungen. Auch falsch-negative Ergebnisse gibt es: von den 50- bis 60-jährigen Frauen einer Studie, die noch nicht beim Screening waren, haben 99,2 Prozent keinen Brustkrebs. Von den Frauen mit normalem Mammographiebefund haben 99,8 Prozent keinen Brustkrebs. Hundertprozentige Sicherheit bringt das Screening also auch nicht, sagte Ingrid Mühlhauser.

Gleich zwei Katastrophen

Trotz der schlechten Nutzen-Risiko-Relation solcher Reihen-Untersuchungen steht im Entwurf zum jüngsten Gesundheitsreformgesetz, dass für chronisch und Krebskranke, die nicht regelmäßig die Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen wahrnehmen, die Zuzahlung zur Therapie verdoppelt wird: auf bis zu zwei statt ein Prozent der Familieneinkommen. Das wurde auf der Tagung als „Katastrophe“ bezeichnet. Niemand hatte eine Erklärung dafür, dass die Politik, die jetzt für jede ärztliche Leistung Evidenz fordert, bei der Früherkennung überhaupt keinen Wert darauf legt.

Als Katastrophe empfand man auch die unzureichende Information über das Verhältnis von Nutzen und Risiken des Screening. Der Beratungsbedarf gerade vor der Mammographie ist enorm. Einige anbieterunabhängige Informationsquellen wurden auf der Tagung vorgestellt

oder erwähnt: eine vom Deutschen Krebsforschungszentrum empfohlene und von einigen Krankenkassen verteilte Broschüre, „Brustkrebs-Früherkennung – Informationen zur Mammographie – Eine Entscheidungshilfe“ ist abrufbar unter www.nationales-netzwerk-frauen-gesundheit.de, Rubrik Veröffentlichungen. Das Deutsche Krebsforschungszentrum hat eigens eine Hotline für die telefonische Information und Beratung zum Mammographie-Screening eingerichtet: 06211/42 41 42.

Patienten fordern klare Informationen

Patienten fordern zunehmend offene und genaue Informationen über das, was mit ihnen diagnostisch oder therapeutisch geschehen soll, sagte Berlins Patientenbeauftragte Karin Stötzner. Manche lassen sich sogar schon im kritischen Lesen von Studien schulen, einige sind in Leitlinien- und Gremienarbeit (Gemeinsamer Bundesausschuss) eingebunden. Im Oktober 2006 reichte eine Patientengruppe eine öffentliche Petition beim Bundestag ein. Sie fordert, die Aussagen von Behandlungsleitlinien und wissenschaftlichen Studien in verständlicher Sprache allgemein zugänglich zu machen, um die Patienten zur gemeinsamen Entscheidungsfindung („Shared Decision Making“) zu befähigen.

Unsicherheit nicht verschweigen

Was aber, wenn es gar keine sicheren Aussagen gibt? Als Ärztin weiß Jeanne Nicklas-Faust (Ev. Fachhochschule Berlin): Patienten wollen Sicherheit. Aber „in der Medizin sind viele vermeintliche Gewissheiten mit Unsicherheit behaftet“. Evidenzbasierte Medizin ist der Versuch, die Ungewissheit zu minimieren, was nicht immer gelingt. Wie also geht man als Arzt verantwortlich mit Ungewissheit um? Die Professorin schlug folgende Schritte vor: Sich die Begrenztheit des Wissens bewusst machen. Die eigenen Entscheidungsstrukturen reflektieren. Das Verhältnis zum Patienten stärker individualisieren und partnerschaftlich gestalten. Die Verantwortung mit dem Patienten teilen.

Aus ungetrübten Quellen schöpfen

Die Konsequenz für das Arzt-Patienten-Gespräch: Dem Patienten als Partner zuhören, seine Präferenzen herausfinden und ihn offen aufklären, ohne die Ungewissheit zu verschweigen. Besonders bei schlechter Prognose sind wiederholte Gespräche notwendig, wobei man sich vergewissern muss, was der Patient verstanden und behalten hat. (Nicht einmal 20 Prozent bleiben hängen, sagte Koube nec später in der Diskussion.) Den Kollegen empfahl Jeanne Nicklas-Faust, ihre Gesprächskompetenz zu schulen; entsprechende Kurse sind zum Glück stark nachgefragt. Den Patienten empfahl der Tübinger Wissenschaftsjournalist Christian Weymayr, mehrere Quellen zu Rate zu ziehen – „dann merken sie, dass es Unsicherheit gibt“. Man muss sie kennen und aushalten, als Arzt wie als Patient, und nach möglichst unabhängigen Informationen suchen. Erwähnt wurden zum Beispiel die des IQWiG, der Stiftung Waren-test, der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft; der telefonische Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums (Telefon 0800-420 30 40), ferner Periodica wie die Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, die drei unabhängigen Arzneimittel-Bulletins Arzneimittelbrief, arznei-telegramm und Pharma-Brief sowie das von diesen dreien herausgegebene Patienten-Blatt „Gute Pillen – Schlechte Pillen“.

In der Schlussrunde dieser außergewöhnlichen Tagung forderte Ollenschläger, die unabhängige Information von Ärzten und Patienten zu stärken, auch mit öffentlicher Unterstützung. In anderen Ländern werden zum Beispiel die Cochrane-Zentren staatlich gefördert, bei uns noch nicht. Auch gibt es noch keine Stiftung, die kritische Wissenschaftspublizistik unterstützt, sagte Weymayr. Karin Stötzner vermisst das aktive Engagement der Leistungsträger des Gesundheitswesens, ihre Qualität so kurz, klar und verständlich darzustellen, dass Patienten sich informiert und unabhängig entscheiden können.

Rosemarie Stein

A
N
Z
E
I
G
E

Steuerberaterin Veronika Leicht-Hüsgen

Standartleistungen:
Finanzbuchhaltung, Lohn
Steuererklärungen
Jahresabschluss
Gewinnermittlung
Beratung und Vertretung in allen
steuerlichen Angelegenheiten

Mescheder Weg 45, 13507 Berlin
Tel.: 43280-31/32, Fax: 43280-34
E-Mail: v.leicht-huesgen@t-online.de

Die verhinderte Forscherin – ein Charité-Roman

Martin Kluger: Die Gehilfin. DuMont Literatur- und Kunst-Verlag Köln 2006. 318 Seiten, 19,90 Euro. ISBN 9783832178451

Dieser Roman quillt über von Medizingeschichte. Alle kommen sie vor, die Forscher-Heroen des späten neunzehnten Jahrhunderts, als Berlin Welthauptstadt der Medizin war: Virchow vor allem mit seiner Zell-Theorie und seinem Beinhaus von Arbeitszimmer, und dessen Kontrahenten Koch, Ehrlich und Behring zum Beispiel. Die blutspuckenden Schwindsüchtigen aus dem drastisch geschilderten Zille-Milljöh sterben wie die Fliegen in ihren Hinterhoflöchern oder in der Charité. Die bakteriologische Forschung dort und im Kaiserlichen

Gesundheitsamt genießt allerhöchste Förderung.

Und doch ist dies kein historischer Roman. Denn die Hauptfigur ist fiktiv: Henriette Mahlow, Tochter des versoffenen Faktotums von Geheimrat Virchow, den das Kind Onkel Rudi nennen darf. „Die riesige rotsteinerne Krankenstadt, die Hallen und Säle, die endlosen Flure, die Verliese und Dachausgucke“ der Charité werden ihre Welt. Unersättliche Neugier, leidenschaftlicher Wissensdurst und furchtloser Forschergeist lassen sie zur unentbehrlichen Labor-Gehilfin der Bakteriologen werden, zu denen Virchows „Maskottchen“ überläuft. Gehilfin, mehr nicht, obgleich sie sogar wissenschaftliche Entdeckungen macht. Ihren sehnlichsten Wunsch, Zutritt zu einigen

Praktika, lehnt Robert Koch brüsk ab: „Frauen studieren nicht. Das ist abwegig.“ Nur zur Krankenschwester darf sie sich ausbilden lassen. (Erst 1900 ließ man die ersten Frauen zum Studium zu.)

So studierte sie mit gefälschtem Studentenausweis und als „Henry“ zurechtgemacht, fliegt auf, bekommt keine Chance. Ihre seltsame Liebe scheitert, einer bürgerlichen Ehe entflieht sie, landet als Betrügerin und Einbrecherin (sie hat Kochs bestes Mikroskop geklaut) wieder ganz unten in der Gosse, prostituiert sich, kommt ins Gefängnis. Am Ende aber erlebt sie noch die neue Zeit: Ihre Tochter wird Ärztin.

Das Buch hat poetische Qualitäten, ist nicht ohne Komik, ist virtuos und phantasievoll geschrieben und spannend zu lesen, auch wegen seiner kolportagehaften Züge. Zwischen Pathologie und Perversion geht es zuweilen recht brutal und krude zu – kein „Frauenroman“ auch kein „Arztroman“; einfach ein lesenswerter Roman. *R. Stein*

ANZEIGE

**Ultraschall-
Neuheiten
2007
zu Preisen von
2006**



SONORING

Medizintechnik Jendreyko
www.mtjendreyko.de - email: info@mtjendreyko.de

Sonothek Berlin
Paul-Junius-Str. 70
10369 Berlin

Tel. 030 - 9714030

Partner weltweit führender Hersteller:

GE Healthcare

TOSHIBA

ANALOGIC

Sonlight

SONY

MINDRAY

In Virchows Museum:

Antike Traum Therapien



Foto: Begleitbuch

Weihrelief aus dem Asklepien in Piräus (4. Jh. v. Chr.)

Hat sie's an der Halswirbelsäule? Ist der Halbgott in Marmorweiß, überlebensgroß Asklepios, hier manualtherapeutisch tätig? Hinter ihm Hygieia, die personifizierte Gesundheit; ganz links, klein wie mittelalterliche Stifterfiguren, die betenden Angehörigen der Kranken. Sie liegt im Tempelschlaf und träumt ihre Therapie. Dass der Heilgott selbst Hand anlegte, hat geholfen. Sonst wäre das kostspielige Marmor-Weihrelief dem Asklepios-Heiligtum in Piräus nicht gestiftet worden.

Das Original befindet sich im Museum von Piräus. Einen Abguss zeigt derzeit das Berliner Medizinhistorische Museum: in der Ausstellung „Wunderheilungen in der Antike – von Asklepios zu Felix Medicus“. Wunderheilungen mitten in Virchows Wissenschaftstempel voll anatomisch-pathologischer Präparate – wie symbolisch! Vor und neben der wissenschaftlichen Medizin gab und gibt es die magische Heilkunde, bis heute, allen Forderungen nach Evidenzbasiertheit zum Trotz. Von einer Parallelkultur schreiben im höchst instruktiven Begleitbuch Museumsdirektor Thomas Schnalke und HU-Präsident Christoph Marksches, in Kooperation mit

dessen Lehrstuhl für Ältere Kirchengeschichte die Ausstellung zustande kam. Gemeint sind hier nicht die tausend teils grotesken Facetten der alternativen Medizin; im Zentrum steht vielmehr die Mobilisierung der Selbstheilungskräfte durch Glaube und Hoffnung im rituellen Heilschlaf, der Inkubation, belegt schon bei den Hethitern im 2. Jahrtausend. Wie den Heilung suchenden Wallfahrern, denen nach Waschungs-, Fasten- und Gebets-Präliminarien der Gott in den Schlafhallen der Asklepios-Heiligtümer als Traumgesicht erschien, das versucht die Ausstellung nachzuinszenieren: Weihreliefs und Votive auch als Massenware von der Antike bis zur Gegenwart, Asklepios (bei den Römern Äskulap) und seine gleichfalls heilbegabten Kinder als Statuetten und auf Münzen.

Als eine Art umlaufender Fries an den Wänden Krankengeschichten. Heilungsberichte, zu Tausenden gefunden in vielen der 351 nachgewiesenen Asklepieien, von denen erst etwa ein Zehntel ausgegraben ist. Ein Beispiel aus Epidauros zeigt: Der Heilgott erwartet unbedingten Gehorsam und verordnet den Kranken oft, selbst etwas für ihre Gesundheit zu tun,

heilt also keineswegs immer über Nacht. „Kleimenes von Argos, am Körper gelähmt. Dieser kam in den Heilraum, schlief und sah ein Gesicht: Er träumte, der Gott wickle ihm eine rote wollene Binde um den Leib und führe ihn ein wenig außerhalb des Heiligstums zum Bad an einen Teich, dessen Wasser übermäßig kalt war. Als er sich feig benahm, habe Asklepios gesagt, er werde nicht die Menschen heilen, die zu feig seien, sondern nur die, welche zu ihm in sein Heiligtum kommen in der guten Hoffnung, dass er einem solchen nichts Übles antun, sondern ihn gesund entlassen werde. Als er aufgewacht war, badete er und kam ohne Leibschaden heraus.“

Auch damals wurden die Ergebnisse frisiert, und natürlich gab es den „publication bias“: Nichtgeheilte stifteten keine Weihegaben. Manche der kranken Pilger blieben trotz der Kurkosten monatelang im Heiligtum, und außerhalb gab es, wie zum Beispiel in Epidauros, auch Sterbehäuser.

„Asklepios ging – der Heiland kam“ heißt eine Ausstellungssektion. Aber der Heilgott hielt sich am längsten von allen alten Göttern, auch noch neben Jesus und den christlichen Heiligen, denen man ihre Kirchen oft in den seit eh und je heiligen Bezirken errichtete, so dass die Heilungsuchenden zum selben Ort pilgerten. Die Kirchenväter des 3. und 4. Jahrhunderts warfen dem Asklepios Geldgier vor. Die heiligen Ärzte Cosmas und Damian dagegen heilten der Legende nach unentgeltlich. Der Heilschlaf fand nun bei den Grübern von Heiligen statt, vereinzelt noch bis zum 10. Jahrhundert. Eine der bedeutendsten spätantik-frühchristlichen Wallfahrtsstätten, das Grab des heiligen Felix (genannt „Medicus“) in Cimitile nahe Neapel, wurde für die Ausstellung nachgebildet – ein eindrucksvolles Beispiel für die Kontinuität der Heilkulte.

Rosemarie Stein

Berliner Medizinhistorisches Museum, Charité, Campus Mitte. Bis 11. März, 10 – 17 Uhr (außer Mo), Mi bis 19 Uhr. – Noch bis zum 25. Februar ist außerdem die Ausstellung „Leben mit Ersatzteilen“ zu sehen.

BERLINER  ÄRZTE

2/2007 44. 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 Dücker
Dr. med. Daniel Sagebiel MPH

Anschrift der Redaktion:

Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-4100/-4101, FAX -4199
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: Melanie Bölsdorff
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. 7 vom 01.01.2007.

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

ISSN: 0939-5784