Demokratischer Fortschritt

Foto: LÄK-BW

Professor Dr. med. Friedrich-Wilhelm Kolkmann

... ist Ehrenpräsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg

Beim Stöbern im Antiquariat fiel mir kürzlich ein Nachdruck der Beschreibung des Großen Deutschen Bauernkrieges von W. Zimmermann aus dem Jahre 1856 in die Hände. Zimmermann, ein Theologe und Historiker, war radikaldemokratischer Abgeordneter des Paulskirchenparlamentes. Seine Beschreibung der Ereignisse des Bauernkrieges von 1525 liest sich auch nach 150 Jahren noch flüssig und informativ. Man findet, vordergründig bestätigt, was man schon in der Schule gelernt hatte. Das Mittelalter war ein finsteres, gewalttätiges Zeitalter, in dem Unfreiheit und Leibeigenschaft herrschten, Bauern und Bürger ausgeplündert und mit immer neuen Steuern und Abgaben belastet wurden. Bis zu 40 Prozent der Erträge aus Landwirtschaft, Handwerk und Gewerbe wurden von diversen feudalen Obrigkeiten konfisziert, die Untertanen rücksichtslos unterdrückt und althergebrachter Rechte beraubt. Initiatoren der Unruhen waren aber nicht ausgeplünderte, verarmte, sondern eher wohlhabende Bauern, Handwerker, Bergleute, Dorfschulzen und Dorfrichter, Gastwirte, auch Geistliche und niederer Adel. Einer der Anführer war Augenarzt. Es war der Mittelstand, der gegen eine angeblich von Gott gesandte Obrigkeit revoltierte, weil er alte Selbstverwaltungsrechte und Freiheiten erhalten, mehr persönliche Freiheit erringen und die Abgabenlast erträglicher gestalten wollte.

All das liegt fast 500 Jahre zurück. Der mittelalterliche Feudalismus ist nur noch eine ferne Erinnerung. Wir leben jetzt in einer parlamentarischen Demokratie. Wir sind keine Untertanen mehr, sondern mündige Bürger. Aber, hat sich tatsächlich so viel geändert? Sicher, die Leibeigenschaft ist abgeschafft. Dafür müssen Erwerbstätige heute gut die Hälfte des Jahres für staatliche Steuern und Abgaben arbeiten. Das übersteigt bei weitem das Arbeitspensum, das Leibeigene im Mittelalter unentgeltlich für ihre Herrschaft leisten mussten. Eine Abgabenlast von 40 Prozent gilt heute als nichts Besonderes, man ist froh, wenn es nicht 50 Prozent und mehr werden. Der Staat versucht, möglichst viel vom Kapital und vom Erbe der Staatsbürger an sich zu bringen. Kapital- und Erbschaftssteuern, sowie der so genannte kleine Zehnt, das heißt Abgaben auf alle möglichen Anlässe, Wein, Heu, Holz usw. waren wesentliche Ursachen des Bauernkrieges. Besonders unbeliebt war die so genannte Fastnachtshenne.

Regierung und Parlament sind auch heute unermüdlich dabei, neue Steuern und Abgaben zu erfinden. Die Abgabenpolitik ist konfiskatorisch. Die Finanzämter, moderne Zehntscheunen, treiben Steuerschuldner gnadenlos in den Ruin. Es gibt, wie im Mittelalter, Steuerprivilegien für Vertreter des Staates, zum Beispiel Parlamentarier. Die mündigen Bürger werden zunehmend überwacht und kontrolliert, persönliche Freiheitsrechte und freiberufliche Selbstverwaltung eingeschränkt. Kompetenz und Sachverstand spielen kaum eine Rolle, dafür um so mehr Gewinn und Erhalt von Macht und Einfluss von Politikern und Parteien. Siehe zum Beispiel die so genannte Gesundheitsreform, die elektronische Gesundheitskarte, die absurde Antiraucherdebatte oder die nicht minder hysterische Feinstaub- und Klimaschutzdiskussion. Man wartet geradezu darauf, dass irgendein parlamentarischer Populist eine Steuer auf das persönliche CO_2-Volumen der Atemluft vorschlägt. Kurz, es geht sehr mittelalterlich zu und das sollte uns doch zu denken geben.

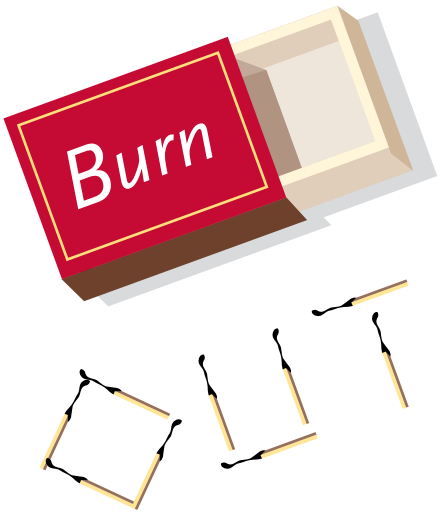
DIE OFFIZIELLE ZEITSCHRIFT DER ÄRZTEKAMMER BERLIN

44. JAHRGANG

BERLINER ÄRZTE

NR 04/2007

TITELTHEMA



BURNOUT – HOHES RISIKO FÜR ÄRZTE

Der Druck wird für Ärztinnen und Ärzte in ihrem Beruf immer größer, die Anforderungen immer vielfältiger. Viele Ärzte verbrennen regelrecht in ihrer aufopferungsvollen beruflichen Tätigkeit. Die Folgen dieses Burnouts können gravierend sein.

Von Thomas Bergner 14

MAßNAHMEN GEGEN BURNOUT

Von Susanne Weinbrenner 21

MEINUNG

Demokratischer Fortschritt
Von Friedrich-Wilhelm Kolkmann 3

BERLINER ÄRZTE *aktuell* 6

Rotaviruserkrankungen in Deutschland
Informationen des Robert Koch-Instituts 11

FORTBILDUNG

Sicherer verordnen 10

Fortbildungskalender
Fortbildungsveranstaltungen der Ärztekammer Berlin 24

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK

Ausschüsse der Kammer neu besetzt
Bericht von der Delegiertenversammlung am 21. Februar 2007.
Von Sascha Rudat 26

Ärzte im Nationalsozialismus
Erinnern und vorbeugen. Das Robert Koch-Institut und die Charité arbeiten verstärkt die eigenen Rollen während der NS-Zeit auf.
Von Rosemarie Stein 27

PERSONALIEN

Eberhard Zohlen zum Gedenken 30

Die Berliner Ärzteschaft trauert um ihre im Jahr 2006 verstorbenen Kollegen 31

BUCHBESPRECHUNG

Arzneimittelkursbuch
Unabhängiger Arzneimittelführer 35

FEUILLETON

Der Hypochonder – und seine Ärzte
Das Theater am Kurfürstendamm zeigt derzeit Molières „Eingebildeten Kranken". Auch wenn die Aufführung recht bieder daher kommt, so regt sie doch an, den vorzüglichen Originaltext zu lesen.
Von Rosemarie Stein 34

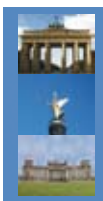
Impressum 42

EbM

Neuer Leitlinienglossar

In Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) hat das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) jetzt ein Leitlinienglossar erstellt und im Internet unter *www.versorgungsleitlinien.de/glossar* veröffentlicht. Die Begriffe aus der Leitlinienwelt umfassen den Erstellungsprozess und „Lebenszyklus" von Leitlinien, spezielle Begrifflichkeiten der evidenzbasierten Medizin sowie Erläuterungen zu Organisationen, die sich mit der Leitlinienerstellung, Verbreitung und Implementierung beschäftigen. Das Glossar enthält derzeit Erklärungen zu rund 200 Begriffen. Das ÄZQ strebt eine hohe Nutzerorientierung an. Von Interesse ist daher, welche Fragen Angehörige medizinischer Berufsgruppen, gesundheitspolitische Entscheidungsträger und Patienten in Verbindung mit Leitlinien haben. Diese möchte das ÄZQ beantworten und in das Glossar aufnehmen. Wer Fragen zum NVL-Programm oder Leitlinien hat, einen neuen Glossarbegriff vorschlagen oder einen vorhandenen Begriff kommentieren möchte, dem steht ein Online-Formular zur Verfügung unter *www.versorgungsleitlinien.de/glossar/kontakt*.

ANZEIGEN



KORTE
RECHTSANWÄLTE

Prof. Dr. Niels Korte**
Marian Lamprecht*
Constanze 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
**Rudower Chaussee 12
12489 Berlin-Adlershof

24-Stunden-Hotline:
030-226 79 226
www.studienplatzklagen.com

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

MEYER-KÖRING v. DANWITZ PRIVAT

DR. REINER SCHÄFER-GÖLZ
FACHANWALT FÜR MEDIZINRECHT

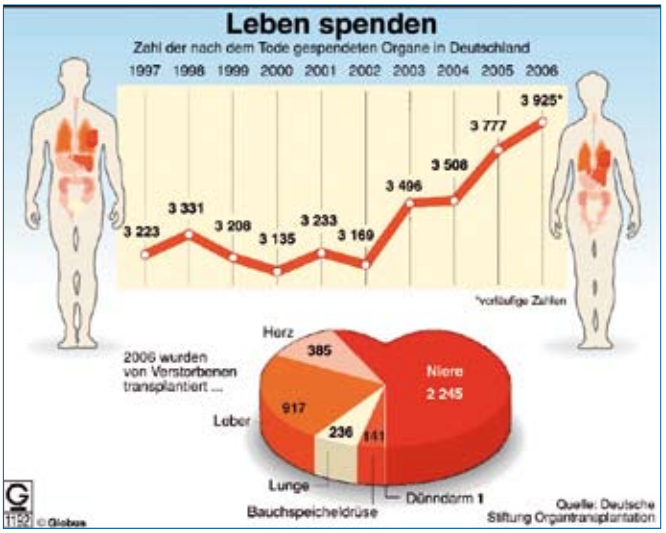
- Beratung und Vertretung von Ärztinnen und Ärzten vor und in der Niederlassung bei Gründung, Auseinandersetzung und Verkauf von Praxen, bei Eingehung von Kooperationen (insbesondere Berufsausübungs- und Organisationsgemeinschaften) sowie Gründung von Medizinischen Versorgungszentren
- Vertragsarztrecht, 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

Transplantationen

Zahl der Organspenden steigt

Im letzten Jahr sind aus Deutschland 3925 Organe für Transplantationen zur Verfügung gestellt worden - so viele wie nie zuvor. Allerdings tragen nach Angaben der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) nur rund zwölf Prozent der Bundesbürger einen Organspendeausweis bei sich. Rund 12.000 Menschen warten auf eine Niere, Leber oder ein anderes lebenswichtiges Organ. So starben 2006 an jedem Tag durchschnittlich drei Menschen auf der Warteliste, die mit einer Transplantation noch leben könnten.



ANZEIGE

♥ SYMPATHISCH
● ZUVERLÄSSIG UND FAIR
▶ ERFOLGREICH

Freuen Sie sich schon auf Ihren ALBIS Praxiscomputer?

ALBIS Berlin Praxiscomputer

... in Berlin-Grunewald: 030 / 80 99 710
... in Hoppegarten b. Berlin: 03342 / 368 430

Konzert

Berliner Ärzte-Orchester

Frühjahrskonzert

Das Berliner Ärzte-Orchester unter der Schirmherrschaft von Professor Dr. Roland Hetzer spielt am 22. April Werke von Mozart und Rachmaninow im Kammermusiksaal der Philharmonie. Auf dem Programm stehen die Sinfonia concertante Es-Dur KV 364 für Violine und Viola von Mozart und die Sinfonie Nr. 1 d-moll von Rachmaninow. Solisten sind Michael Rappoport, Violine, und Andrei Gridtchouk, Viola.

Kammermusiksaal der Philharmonie:
Herbert-von-Karajan-Str.1
10785 Berlin

Karten unter: Tel. 030/ 36 44 72 66
oder Fax: 030/36 44 72 65

E-Mail: info@aerzteorchester-berlin.de

Kartenpreise: 12 und 9 Euro
(ermäßigt 6 Euro)

Chefarztwechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet

Vivantes Klinikum im Friedrichshain

Prof. Dr. Dag Moskopp leitet seit dem 1. April die Klinik für Neurochirurgie. Moskopp, ehemals Oberarzt an der Neurochirurgischen Universitätsklinik in Münster, löst Priv. **Doz. Dr. Dieter Kintzel** ab, der in den Ruhestand verabschiedet wurde.

Vivantes Klinikum Am Urban

Nachfolger von **Prof. Dr. Uwe Baer**, Direktor der Klinik für Chirurgie, Visceral- und Gefäßchirurgie ist seit dem 1. April **Dr. Roland Raakow**. Raakow war Chefarzt der Abteilung für Allgemein- und Gefäßchirurgie am Ev. Waldkrankenhaus Spandau. Dr. Uwe Baer wurde in den Ruhestand verabschiedet.

HELIOS Klinikum Emil von Behring

Seit 1. März leitet **Dr. Uwe von Fritschen**, die Klinik für Plastische-, Ästhetische- und Mamma-Chirurgie. Ehemals Oberarzt am Markus-Krankenhaus Frankfurt/Main, trat er die Nachfolge von **Dr. Friedrich-Wilhelm von Hesler** an, der ans Städtische Krankenhaus St. Josef in Potsdam wechselte.

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

ANZEIGE

Auf der Jagd erspäht:

Besonderer qualitativer Versorgungsbedarf und Ermächtigungen von Krankenhausärzten

... zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung sind Anhaltspunkte, deren Betrachtung bei Anträgen auf Sonderbedarfszulassung lohnt.

Auch in überversorgten Gebieten besteht ein Anspruch des niedergelassenen Arztes auf ermessensfehlerfreie Entscheidung über seinen Sonderbedarfszulassungsantrag. Der Antrag kann gemäß § 101 Abs. 1 SGB V, Ziffer 24 der Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte begründet sein, wenn ein besonderer qualitativer Versorgungsbedarf besteht. Gegebenenfalls sollte der besondere qualitative Versorgungsbedarf herausgearbeitet werden.

Oft lohnt sich auch ein Blick auf Ermächtigungen von Krankenhausärzten. Die Ermächtigung ist nachrangig und gem. § 116 SGB V, § 31a Ärzte-ZV nur zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder die Kenntnisse dieser Krankenhausärzte nicht sichergestellt ist vgl. Beschl. d. BVerfG v. 17.08.2004 –1 BvR 378/00-. Die Ermächtigung ist daher zu befristen.

Sie ist von den niedergelassenen Ärzten durch Drittwiderspruch bzw. Klage anfechtbar. Aber auch nach Rechtskraft ist eine solche Ermächtigung im Falle der Ablehnung eines entsprechenden Sonderbedarfszulassungsantrags ein gewichtiger Anhaltspunkt dafür, dass Sonderbedarf besteht und ein justiziabler Beurteilungsfehler des Zulassungsausschusses vorliegt.

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

Auszeichnung

Berliner Praxis als Endometriosezentrum zertifiziert

Zertifizierung des Endometriosezentrum Gendarmenmarkt (Praxisklinik für Fertilität):

Doreen Jackisch (Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V.), Professor Dr. Karl-Werner Schweppe (Stiftung Endometriose-Forschung e.V.), Professor Dr. Andreas Ebert (Humboldt-Klinikum), Dr. Peter Sydow (Ärztlicher Leiter Praxisklinik für Fertilität), vorn: Dr. Gülden Halis (Leiterin des Endometriosezentrum Gendarmenmarkt), v.l.n.r.

Als erste Praxis in Deutschland wurde die Praxisklinik für Fertilität am Gendarmenmarkt als Endometriosezentrum der Stufe II zertifiziert. Das Zertifikat wird von der Stiftung Endometriose-Forschung e. V. (SEF) im Verbund mit der Europäischen Endometriose-Liga e. V. und der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. vergeben. Ärztliche Leiter sind Dr. med. David Peet und Dr. med. Peter Sydow. Die SEF plant ein deutschlandweites Netzwerk von Endometriosezentren. Ziel ist den Angaben zufolge die Gewährleistung von Qualität in Diagnostik, Therapie und Forschung. Endometriose werde in Deutschland nach wie vor erst nach sieben bis zehn Jahren diagnostiziert. Patientinnen mit entsprechenden Symptomen können sich auf der Homepage der SEF über bereits bestehende Zentren informieren. Berlin nimmt deutschlandweit mit nunmehr zwei zertifizierten Zentren (Praxisklinik für Fertilität am Gendarmenmarkt - Leiterin Dr. med. Gülden Halis - und Klinik für Gynäkologie und Geburtsmedizin im Humboldt-Klinikum - Leiter Professor Dr. med. Dr. phil. Andreas D. Ebert) eine Vorreiterrolle ein. In beiden Zentren besteht in der Betreuung der Endometriose-Patientinnen eine enge Kooperation mit verschiedenen Disziplinen wie Internisten, Chirurgen, Schmerztherapeuten, Urologen, Orthopäden und Physiotherapeuten.

Weitere Informationen im Internet

www.ivf-praxisklinik.de
www.endometriose-sef.de
www.endometriose-vereinigung.de

ANZEIGE

MedConsult
Wirtschaftsberatung für medizinische Berufe

Praxisverkauf
- Praxiswertermittlung
- Kauf- und Mietvertragsabwicklung
- Vermittlung von Kaufinteressenten
- Unterstützung bei Vertrags-Arztsitzausschreibungen

Praxiskauf
- Niederlassungsberatung
- Finanzierungsvermittlung
- Versicherungskonzepte

Praxiskooperation
- 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

Kindesmisshandlungen

DNEbM: Zwangsvorsorge ist falscher Weg

Verpflichtende Kindervorsorge-Untersuchungen sind nach Ansicht des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) der falsche Weg, um Misshandlung und Vernachlässigung zu verhindern. Es gebe keinen Beleg dafür, dass ein Zwang zu Vorsorgeuntersuchungen beim Kinderarzt eine wirksame Vorbeugung gegen Vernachlässigung oder Gewalt gegen Kinder ist. Solche eindeutigen Belege gebe es hingegen für die aufsuchende Fürsorge von Hochrisikofamilien durch ausgebildetes Personal.

Belgische Wissenschaftler haben im Jahr 2004 eine Analyse der internationalen Studien vorgelegt, in denen Frühprävention durch Aufsuchen von Hochrisikofamilien untersucht wurde. Diese Programme zeigten einen signifikanten Rückgang der Vernachlässigung von und der Gewalt gegen Säuglinge und Kinder durch diese Maßnahme.

Gegen Zwangsuntersuchungen spreche, dass misshandelnde oder vernachlässigende Eltern häufiger den Arzt wechseln, so dass ein einzelner Arzt sich kein solides Bild machen oder einen langjährigen Patienten-Arzt-Kontakt aufbauen könne. Dies wäre zur Entdeckung von Vernachlässigung oder von Gewalt gegen Kinder jedoch notwendig.

Der Vorschlag lässt den Angaben zufolge auch mögliche „Nebenwirkungen“ außer Acht. Die Vorsorgeuntersuchungen für Kinder würden heute von über 90 Prozent der Eltern akzeptiert. Diese Eltern bringen ihre Kinder zum Kinderarzt, weil sie ihm und seiner Kompetenz vertrauen, Entwicklungsdefizite rechtzeitig zu erkennen und betroffene Kinder optimal zu fördern. Dieses Vertrauen ginge verloren gegenüber einem Kinderarzt, der einen staatlich verordneten „Misshandlungs-Check“ durchführen müsste. Die Forderung, zwangsweise Vorsorgeuntersuchungen für Kinder einzuführen, ist laut DNEbM der nicht ausreichend durchdachte Versuch, ein soziales Problem auf medizinischem Weg zu lösen. Möglichst lückenlose Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern seien wünschenswert, aber nicht um Vernachlässigung, sondern um sich anbahnende medizinische Defizite zu erkennen und entsprechende Gegenschritte zu veranlassen.

ANZEIGE

ANZEIGE

Beratung für Ärzte

- Steueroptimierung
- Betriebsvergleich
- Praxisgründung/-kauf
- Vermögensplanung/ Altersvorsorge

Steuerberater
Wirtschaftsprüfer

Diplom-Kaufmann Andreas Vollmer
Hannoversche Straße 1
10115 Berlin (Mitte)
Telefon (030) 27 57 67 68
andreas.vollmer@wp-vollmer.de
www.wp-vollmer.de

Adalimumab

Disseminierte Tuberkulose

Nach Röntgenkontrolle der Lunge und Tuberkulin-Hauttest wurde einer 74-jährigen Frau mit rheumatoider Arthritis nach mehreren Versuchen mit anderen Basisantirheumatika – wie unter anderem Sulfasalazin, Methotrexat und Leflunomid – Adalimumab verordnet. Zwei Jahre später wurde sie mit einem Pleuraerguss und Lungen-/Leberinfiltraten stationär aufgenommen. Ihr Zustand verschlechterte sich schnell und sie verstarb. Die Autopsie ergab verkäsende Granulome in Lungen, Leber, Lymphknoten und Milz. Die Diagnose disseminierte Miliartuberkulose konnte nur aufgrund der Histologie gestellt werden, der Nachweis von Tuberkelerregern gelang nicht. Drei Schlussfolgerungen der Autoren:

1. Tests auf Tuberkulose können speziell bei immunsupprimierten Patienten falsch negative Ergebnisse zeigen.
2. Die Diagnose einer Tuberkulose mit PCR und Kulturen kann schwierig sein, histopathologische Untersuchungen sollten angestrebt werden.
3. Patienten unter der Therapie mit einem Tumornekrosefaktor-α-Inhibitor sollten bei Bestehen andauernder respiratorischer Symptome und bei leichtem Verdacht auf eine Tuberkuloseinfektion bereits prophylaktisch Tuberkulostatika erhalten, bevor das Ergebnis von Gewebeuntersuchungen vorliegt.

Quelle: Lancet 2007; 369: 162

Koronarstents

Beschichtet oder unbeschichtet?

Koronarstent-Thrombosen führen – im Gegensatz zu langsam progredienten Rezidivstenosen – rasch zu einem totalen Gefäßverschluss mit Myokardinfarkt oder akutem Herztod und sind damit von besonderer prognostischer Bedeutung. Studien, die mit harten Endpunkten eine Überlegenheit von Medikamente-freisetzenden Koronarstents (mit Sirolimus oder Paclitaxel) gegenüber unbeschichteten zeigen, fehlen bis heute. Im Gegenteil, zwei Metaanalysen weisen nach, dass beschichtete Stents das Risiko für Tod und Q-Zackeninfarkt erhöhen können. Nach einem Kommentar bleibt unklar, welche Patienten tatsächlich von beschichteten Stents profitieren können und wie lange eine additive Clopidogrelmedikation durchgeführt werden muss. Solange unbeantwortete Fragen und Diskrepanzen in neuen Studien nicht geklärt sind, begeht kein Arzt einen Fehler, wenn er keine medikamentenbeschichteten Stents einsetzt.

Quellen: Internist 2006; 1186; Med. Klinik 2007; 102:30

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

Nachdruck aus dem Rheinischen Ärzteblatt 4/2007

DURST
EXPRESS

Der Lieferservice
von Getränke Hoffmann

...mit der erfrischenden Auswahl für Haus und Büro.

kostenfreie Hotline 0800-440 22 00
kostenfreie Fax-Line 0800-440 33 00
E-Mail info@Durstexpress.de

Bestellungen bis 15.00 Uhr werden am nächsten Tag geliefert! Fordern Sie am besten gleich unsere aktuelle Preisliste an.

Durstexpress ist ein Serviceunternehmen der Getränke Hoffmann GmbH.

Rotaviruserkrankungen in Deutschland

Rotaviren (RV) sind in Deutschland – neben den Noroviren – häufig nachgewiesene Erreger von akuten Durchfallerkrankungen. Der Erkrankungsgipfel einer Infektion mit RV liegt in den ersten Lebensjahren. Bis zum 3. Lebensjahr sind über 90 % der Kinder infiziert, bis zum 5. Lebensjahr ist in der Regel bei allen Kindern eine RV-Infektion abgelaufen. Reinfektionen oder Infektionen mit anderen Serotypen sind möglich, verlaufen in der Regel jedoch klinisch weniger schwer. Infektionen können alle Altersgruppen betreffen. Schwere Krankheitsverläufe, die eine Krankenhausbehandlung notwendig machen, werden vorwiegend bei Säuglingen und Kleinkindern sowie bei älteren Personen beobachtet. Erkrankungen durch RV verlaufen in Deutschland aufgrund der gesicherten medizinischen Versorgung nur selten tödlich.

RKI info

Labordiagnostizierte Nachweise von RV sind nach Infektionsschutzgesetz § 7, Absatz 1 meldepflichtig. Dem Robert Koch-Institut werden jährlich zwischen 40.000 bis 60.000 RV-Erkrankungen gemeldet; dabei ist eine deutliche Untererfassung der tatsächlichen Krankheitslast wahrscheinlich, da bei Erkrankungshäufungen und bei schwer verlaufenden Erkrankungen eher eine Diagnostik durchgeführt wird.

In Deutschland stehen zwei RV-Impfstoffe zur Verfügung, deren Verträglichkeit, Wirksamkeit und Sicherheit in großen klinischen Studien nachgewiesen wurde. Beide Impfstoffe werden – je nach Impfstoff in 2 bzw. 3 Dosen – oral verabreicht. Die erste Gabe des Impfstoffs erfolgt ab der 6. Lebenswoche, die letzte Dosis sollte entsprechend des zugelassenen Impfschemas vor Vollendung der 24. bzw. 26. Lebenswoche verabreicht werden. Der eng umschriebene Zeitraum für eine Immunisierung gegen RV soll die Gefahr einer Invagination (Darmeinstülpung) minimieren. Invaginationen wurden im Zusammenhang mit der Gabe eines RV-Impfstoffs beschrieben, der 1998 in den USA zugelassen war und nach wenigen Monaten wegen der vermehrt beobachteten Invaginationen wieder vom Markt genommen wurde. In den Zulassungsstudien der aktuell in Deutschland zugelassenen RV-Impfstoffe konnte gezeigt werden, dass das Risiko einer Invagination nach Gabe der Impfstoffe nicht erhöht ist. Die Wirksamkeit (Effektivität) beider RV-Impfstoffe ist für die geimpften Säuglinge hoch. In den Zulassungsstudien konnte für die Verhinderung einer schweren RV-Erkrankung eine Effektivität von 96 bis 98 % nachgewiesen werden. Über 90 % aller Krankenhausbehandlungen wegen RV-Infektionen können durch die Impfung gegen RV verhindert werden. In den Zulassungsstudien wurde eine Reduktion von 74 bis 87 % aller RV-Erkrankungen – unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung – bei geimpften Säuglingen beschrieben. Derzeit wird davon ausgegangen, dass nach einer vollständigen Immunisierung gegen RV ein Schutz für mindestens 2 bis 3 Jahre besteht. Aussagen über eine Herdenimmunität bei angenommener hoher Durchimpfung gegen RV im Säuglingsalter sind derzeit nicht möglich. Es können jedoch indirekte positive Effekte in definierten Bevölkerungsgruppen – wie bei immunsupprimierten oder älteren Personen – oder in bestimmten Settings – wie auf einer Säuglingsstation – vermutet werden.

Die Ständige Impfkommission (STIKO) hat die Impfung gegen RV für Säuglinge bisher nicht generell empfohlen. Auf Grundlage der Meldedaten am RKI sowie von nationalen und internationalen epidemiologischen Studien kann die Relevanz von RV-Erkrankungen – insbesondere für Säuglinge und Kleinkinder – eingeschätzt werden. Die Krankheitslast von RV-Erkrankungen in Deutschland ergibt sich dabei aus der Häufigkeit der Erkrankung und der Anzahl der Hospitalisierungen jedoch nicht aus der Schwere der Erkrankung.

Die Impfung gegen RV bietet einen Schutz des Individuums – in diesem Fall des geimpften Säuglings – vor RV-Erkrankungen. Eine generelle Impfung gegen RV könnte zwar zu einer Reduktion der entstehenden Kosten im Zusammenhang mit RV-Erkrankungen (z. B. ambulante Arztbesuche, Therapie- und Laborkosten, Krankenhausaufenthalte, Arbeitsausfallzeiten) führen; sie ist aber bei den derzeitigen Impfstoffkosten nicht kostenneutral. Entsprechend der individuellen Situation des Säuglings und in Absprache mit den Eltern kann eine Impfung gegen RV erwogen werden. Eltern sollten bei ihrer Krankenkasse fragen, ob die Kosten übernommen werden.

ANZEIGE

Ultraschall erleben: SONOLINE Center Berlin

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

Rohrdamm 85
13629 Berlin
Tel: 030/386 33 548
sonoline-center.med@siemens.com
www.siemens.de/ultraschall

SIEMENS
medical

Gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen der ÄKB und der Apothekerkammer Berlin

1. Von prädiktiver Gendiagnostik zur maßgeschneiderten Pharmakotherapie - Realität oder Vision?

Gentests – vor allem, wenn sie als prädiktive Tests angelegt sind - beruhen meist auf dem Nachweis von relativ „unscheinbaren“ Mutationen, die oft nur durch den Austausch einer einzelnen Base an einer bestimmten Stelle der DNA entstehen. Aus technischer Sicht sind solche Nachweisverfahren inzwischen unproblematisch und äußerst effizient. Diese Tests zielen zum einen darauf ab, genetische Veränderungen zu identifizieren, die sich nicht unmittelbar, sondern zukünftig auswirken können. Entweder kommt es wegen der Genommutation zu einem späteren Zeitpunkt mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu einer Krankheit, zum Beispiel im Fall einer Chorea Huntington, oder das Eintreten einer bestimmten Krankheit, zum Beispiel von familiärem Brustkrebs oder Morbus Alzheimer, wird zu einem bestimmten Grad wahrscheinlicher als das normalerweise der Fall wäre.
Zum anderen bieten genetische Untersuchungen in ausgewählten Fällen der Arzneimitteltherapie bereits heute einen großen Nutzen. Durch eine möglichst umfassende prädiktive, „vorsorgliche“ Gendiagnostik des Metabolisierungsinventars eines Menschen ließen sich vermutlich viele Probleme bei der individuellen Arzneimittelwirksamkeit und -verträglichkeit weitgehend vermeiden.
Die beiden Referenten werden in dieser Fortbildungsveranstatung den Bogen von der prädiktiven Gendiagnostik bis zur maßgeschneiderten Therapie spannen und das enorme Potenzial der Gendiagnostik zur verbesserten Erkennung von Krankheiten aus ärztlicher und zur optimierten Auswahl von Arzneimitteln aus apothekerlicher Sicht präsentieren.
Im Anschluss an die Vorträge wird der gesamte Themenkomplex mit den Referenten diskutiert.

Referenten

Prof. Dr. Theo Dingermann
Institut für Pharmazeutische Biologie, Biozentrum Frankfurt am Main

Prof. Dr. Reinhold Kreutz
Institut für klinische Pharmakologie und Toxikologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Moderation

Dr. Christian Heyde
Apotheker, Vorsitzender der Kommission Arzt/Apotheker der Apothekerkammer Berlin

Termin

18.04.2007,
19.30 bis 21.30 Uhr

Ort

Großer Hörsaal, Eingang Bettenhochhaus, Charité Universitätsmedizin Berlin, Campus Charité Mitte
Luisenstr. 65, 10117 Berlin

Die Veranstaltung ist ein gemeinsames Projekt der Apothekerkammer Berlin und der Ärztekammer Berlin zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit; die Teilnahme an der Veranstaltung ist mit 3 Fortbildungspunkten für das Fortbildungszertifikat anrechenbar.

2. Harninkontinenz – Workshop für Ärzte und Apotheker

In der Bundesrepublik leiden etwa fünf Millionen Männer und Frauen an einer behandlungsbedürftigen Inkontinenz.
11 Prozent der über 60-Jährigen und 30 Prozent der über 80-Jährigen sind von einer behandlungsbedürftigen Harninkontinenz betroffen. Auch wenn Inkontinenz nicht immer heilbar ist, so gibt es eine Reihe therapeutischer Möglichkeiten, die Lebensqualität der Betroffenen entscheidend zu verbessern. Das konservative Therapiespektrum reicht vom Beckenbodentraining über Elektrostimulation und Biofeedback-Verfahren bis zur pharmakologischen Behandlung.
Darüber hinaus ist Vertrauen ein Schlüsselwort bei der Beratung, Betreuung und Versorgung.
Die Patienten müssen der Versorgung trauen können. Die aufsaugenden und ableitenden Systeme müssen nach Geschlecht und Stärke der Inkontinenz gewählt werden, sicher sitzen und die Saugstärke von Anfang an passen.

Folgende Schwerpunkte werden für den Workshop gesetzt:

- Ätiologie, Einteilung und Therapie der Harninkontinenz aus somatischer Sicht
- Operative Therapie – Bandeinlagen, Kolposuspension, Neosphinkter
- Physiotherapie – Beckenbodentraining und Rüttelplatte
- Medikamentöse Therapie – Anticholinergika, Hormone, Botox, Phytotherapeutika und Alternativpräparate
- Praktische Vorstellung saugender Systeme
- Demonstration verschiedener Medizinprodukte
- Kostenerstattung

Die Themen werden mit ärztlichen Kollegen und Apothekern aus der öffentlichen Apotheke und dem Krankenhaus gemeinsam erarbeitet und Ansätze der Zusammenarbeit diskutiert. Für Ärzte und Apotheker stehen je 15 Seminarplätze zur Verfügung. Zu den Anmeldeformalitäten beachten Sie bitte die Angaben im Textkasten unten.

Referenten

Rugard Hovermann, Romberg-Apotheke, Recklinghausen

Dr. med. Annett Gauruder-Burmester, St. Hedwig Kliniken Deutsches Beckenbodenzentrum, Fachbereich Urogynäkologie, Berlin

Moderation

Dr. Matthias Brockstedt, Ernst-von-Bergmann-Akademie für ärztliche Fortbildung in der Ärztekammer Berlin

Termin

12.05.2007, 15.00 bis 18.30 Uhr

Ort

Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Anmeldung erforderlich!
Ärztekammer Berlin
Tel. 40 80 6-1207
E-Mail: fobi-zert@aekb.de
Gebühr: 50,00 EUR

Die Veranstaltung ist ein gemeinsames Projekt der Apothekerkammer Berlin und der Ärztekammer Berlin zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit. Die Teilnahme an dem Workshop ist mit 5 Punkten für das Fortbildungszertifikat anrechenbar.

Titel Harninkontinenz Juni 2005

Allgemeinmedizin

Weiterbildungsstammtisch gegründet

In Berlin hat sich ein neuer Stammtisch für Weiterbildungsassistenten gegründet. Er wird unterstützt von Dr. med. Werner Wyrwich (Marburger Bund), Dr. med. Hans-Peter Hoffert (BDA) und Professor Dr. med. Ulrich Schwantes (Institut für Allgemeinmedizin der Charité). Ziel ist es den Angaben zufolge, die Struktur und den Ablauf der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin zu verbessern. Um die Interessen besser zu bündeln und Erfahrungen auszutauschen, will man sich einmal im Monat treffen. Der Stammtisch findet immer am 2. Mittwoch jedes Monats um 19.30 Uhr in der Buchkantine Moabit (Essener/Ecke Bochumer Str., Nähe U9 Turmstraße) statt.

Ansprechpartner sind
Tanja Oppermann,
Dr. Marcus Schmidt und
Malte Schneiders.

Die Organisatoren bitten um Anmeldung unter:
t.oppermann@d-oppermann.de.
Informationen gibt auch eine Homepage, die sich noch im Aufbau befindet:
www.wabe.opteryx.de.

Letzte Meldung

Helios: Nur Fachärzte für Anästhesien

Der Klinikkonzern Helios hat sein Konzept für Medizinische Assistenten für Anästhesie (MAfA) gestoppt. Ab sofort dürfen Anästhesien auch bei kleineren und leichteren Operationen nur noch von Fachärzten durchgeführt werden. Dies geht aus einem Brief des Helios-Hauptgeschäftsführers Ralf Michels und des Fachgruppenleiters Anästhesie Dr. med. Gerald Burgard an die Klinikleitungen hervor. Der Brief liegt BERLINER ÄRZTE vor.

Die Helios-Führung reagiert damit auf die wachsende Kritik von Ärztekammern, Fachgesellschaften und Medien an ihrem Konzept, das den Einsatz von speziell ausgebildeten Pflegekräften bei Narkosen vorsieht. Auch konzernintern war das Projekt, das vor zwei Jahren gestartet war, teils auf erheblichen Widerstand gestoßen. So hatten sich im Berliner Klinikum Emil von Behring Anästhesisten geweigert, MAfA einzusetzen, weil sie die Verantwortung für deren Arbeit nicht übernehmen konnten. Die Ärztekammer Berlin hatte frühzeitig vor möglichen Gefahren durch den Einsatz von Pflegepersonal bei Narkosen und dem damit verbundenen Verlust des fachärztlichen Qualitätsstandards gewarnt. Bereits im September 2005 hatte die Delegiertenversammlung der Kammer dazu eine Erklärung verfasst (siehe BERLINER ÄRZTE 11/2005).

Die neue Konzernregelung sieht vor, dass die MAfA den Anästhesisten bei der Durchführung von Narkosen helfen. „Art und Umfang dieser Hilfe wird ausschließlich durch den zuständigen Anästhesisten vor Ort unter Beachtung und im Rahmen der als verbindlich anerkannten Grundsätze der Fachgesellschaften oder Berufsverbände bestimmt“, heißt es in einem Anhang des Briefes. Konzernweit hatte Helios 22 MAfA ausgebildet und in unterschiedlicher Form in sieben Kliniken eingesetzt. Den Vorwurf, beim Einsatz der Anästhesiepfleger hätten Kosteneinsparungen im Mittelpunkt gestanden, weist die Helios-Führung zurück. Bei der Qualifizierung des Pflegepersonals sei es vielmehr um die Verbesserung der Patientenversorgung gegangen, heißt es. Kunstfehlerprozesse und Aussagen von Anästhesisten belegen dies nicht. Helios will MAfA im Rahmen der neuen Konzernregelung auch weiterhin einsetzen.

Helios-Klinikum Berlin-Buch

BURNOUT

Hohes Risiko für Ärzte

Ärztinnen und Ärzte stehen heutzutage unter einem immensen Druck. Ein immer enger werdender Rahmen aus Patientenansprüchen, wirtschaftlichen Einschränkungen durch die Kassen und Vorschriften von Seiten der Politik verschärfen die Berufsbedingungen zusehends. Dieser Druck kann unterschiedliche Auswirkungen haben – eine besonders gravierende Folge kann Burnout sein. BERLINER ÄRZTE zeigt Ursachen, Symptome und Gegenmittel. (Die Red.)

Von Thomas M.H. Bergner

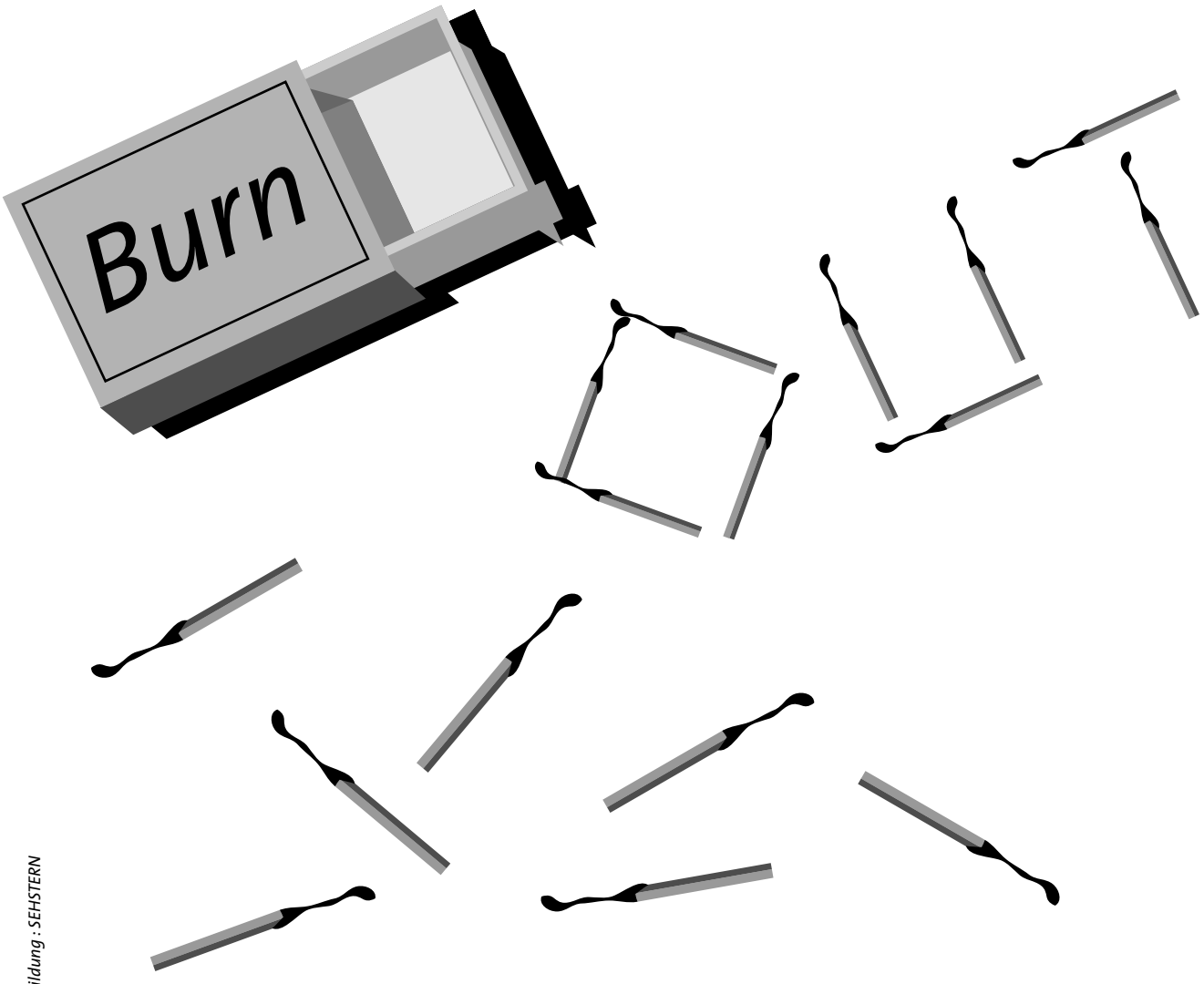


Abbildung: SEHSTERN

Burnout – die individuelle Ebene

Ein typischer Arbeitstag von Dr. med. Muster ist gerade vorbei: Ungezählte Patienten haben seinen Rat gesucht, dazwischen mussten Telefonate geführt werden. Als Streitschlichter für zwei seiner Mitarbeiter wurde er auch noch tätig. Nun freut er sich schon auf seine Vorstandstätigkeit in einem gemeinnützigen Verein. Kein Zweifel, Dr. Muster ist gefragt und beliebt. Trotzdem fühlt er sich nur scheinbar wohl. In einer ruhigen Minute empfindet er Unzufriedenheit – nur wann hat er schon mal eine ruhige Minute? Und wenn er doch ins Grübeln kommt, dann findet er „gute" Gründe für seine Erschöpfung und seine Unzufriedenheit: Die KV, die Vorschriften, manche unverschämte Patienten, die Krankenkassen, von der Gesundheitsministerin ganz zu schweigen. Viele Gründe werden im Außen gesucht und gefunden, die von der immer größer werdenden Unzufriedenheit mit sich selbst ablenken. Dr. Muster ahnt noch nicht um die Brisanz dessen, was sein Leben immer mehr beeinflussen wird, wenn er jetzt die Weichen nicht in eine andere Richtung stellt, denn er hat bereits Burnout. Etwa 25 % aller niedergelassenen „Dr. Muster" stellen die Weichen falsch oder nicht rechtzeitig und etwa 20 % aller Klinikärzte tun es auch nicht. Burnout ist für Ärzte inzwischen ein „high risk", sie stellen nach Lehrern die am häufigsten betroffene Berufsgruppe – Tendenz weiter steigend. Trotzdem gibt sich die Ärzteschaft bisher wenig betroffen. Es ist, als würden die Ärzte Burnout bei sich selbst und ihren Kollegen „übersehen", als ginge das Thema im hektischen Alltag unter. Allein der Begriff Burnout führt bei vielen Ärzten zur Abwehrreaktion. Burnout, wenn überhaupt haben es immer die anderen. Ein wesentliches Problem dabei ist, dass Burnout in der Anfangsphase anders ist als viele denken. In dieser Zeit fühlen sich die Betroffenen noch wohl in ihrer Rolle des Helfers, des Gefragten, des Wissenden, des immer zur Verfügung Stehenden. Das Hamsterrad hat sich bereits in Gang gesetzt und der Arzt beginnt darin seinen Lauf, der zunächst scheinbar erfolgreich ist.

Das 3 x 3 des Burnout
Drei Hauptmerkmale

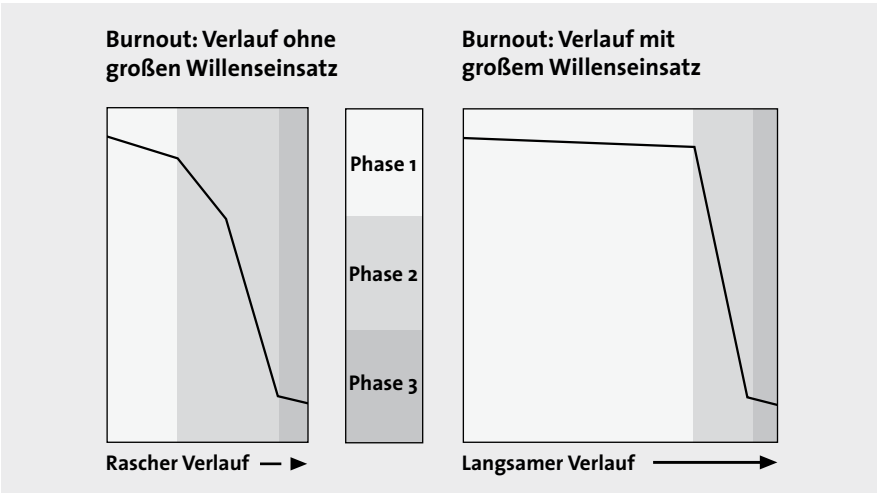
Drei zentrale Merkmale führen zur Diagnose Burnout:

1. Emotionale Erschöpfung
Ohne emotionale Erschöpfung kein Burnout. Aussagen wie
„Mir fehlt inzwischen jede Kraft"
„Ich kann nicht mehr"
„Was soll das alles?"
legen den Verdacht auf emotionale Erschöpfung nahe.

2. Depersonalisation
Sie bedeutet ein reduziertes Engagement für seine Patienten und eine negative Einstellung zu ihnen und für andere allgemein. Depersonalisation äußert sich durch eine wenig gefühlvolle, gleichgültige, zynische oder sarkastische Einstellung. Weiterhin bewirkt sie einen gesellschaftlichen Rückzug und wird davon begleitet, perfekt sein zu wollen.

3. Abnehmende Leistungsfähigkeit
Die Leistungsfähigkeit vermindert sich anfangs fast unmerklich. Sie ist bei Ärzten das schwächste der drei Hauptkriterien. Durch den in der Regel unbemerkten Einsatz von Willen können sie in der Lage sein, auch längere Zeit – das kann mehr als ein Jahrzehnt sein – nicht abzustürzen (*Abb. 1*). Wer weniger willensstark ist, bei dem schreitet Burnout schneller voran.

Abbildung 1: Willensabhängiger Verlauf von Burnout



Drei Phasen

Burnout läuft in drei Phasen ab, die fließend ineinander übergehen. Nur in der Anfangsphase ist die Diagnose Burnout relativ leicht und zuverlässig zu stellen. Danach wird es von begleitenden Phänomenen wie Depression, Sucht oder Angsterkrankungen maskiert.

1. Phase
Ärger und Aggression prägen den Anfang, an dem kaum einer glauben mag, was sich daraus entwickeln wird. Nur wenige Ärzte geben rasch auf, denn sie sind darauf trainiert, sich zurückzunehmen und ihr Letztes zu geben. Sie akzeptieren Stress als Belohnung dafür, Arzt sein zu dürfen. Anfangs verschaffen sich die Betroffenen das Gefühl der Unentbehrlichkeit, zugleich verleugnen sie ihre eigenen Bedürfnisse. Wirklicher Leidensdruck ist selten. Oftmals beginnt bereits der vermehrte Ge- und Missbrauch von Alkohol, Nikotin, Beruhigungs- oder Aufputschmitteln. Das sind vergebliche Hilfsmaßnahmen, genauso wie die Kompensation über vermehrte Einnahmen oder darüber, sich etwas zu „gönnen“ (Frustkäufe, Autos, Reisen, Geliebte/r).

2. Phase
Das Gefühl, immer weniger Zeit zu haben, nimmt zu. Eine Art Fluchtverhalten beginnt: Distanz zu anderen und auch zu sich selbst schafft scheinbar Ruhe und Schutz und dient als Enttäuschungsprophylaxe. Der Betroffene nimmt sich selbst nicht mehr richtig wahr, der Kontakt zum Patienten wird minimiert – was nach außen nicht auffallen muss. Das Leitsymptom in der zweiten Phase ist die Furcht, die Leitreaktion ist die Flucht.

3. Phase
Oft steigt erst in der Endphase das Leidensbewusstsein so an, dass Hilfe gesucht wird. Das eigenmotivierte Handeln schwächt sich zusehends ab. Sucht oder Abhängigkeit spielen spätestens jetzt eine Rolle. Depression wird offensichtlich; innere Befriedigung fehlt praktisch völlig. Eventuell kommen Suizid-Ideen auf. Nicht selten wird zunächst sogar dieses dritte Stadium als Zweckpessimismus fehl gedeutet. Das Leitsymptom in der dritten Phase ist die Isolation, das Verhalten erscheint passiv oder wie gelähmt.

Drei Ebenen

Burnout betrifft die drei Ebenen des Menschen:

Die **körperlichen** Symptome sind sehr vielfältig wie vermehrte Banalinfektionen, „Bandscheibenvorfall“, Enge in der Brust, Tachykardie, Kopfschmerzen, Müdigkeit, Muskelschmerzen, Rückenschmerzen, Schlafstörungen, Schulter-Arm-Syndrom, Schwindel, abnehmende sexuelle Lust, Tinnitus, Übelkeit, Verdauungsstörungen (Diarrhoe oder Obstipation) und Zähneknirschen.

Die **Gefühlsveränderungen** sind je nach Phase verschieden. Zunächst entstehen das Gefühl der Unentbehrlichkeit und zu wenig Zeit zu haben. Es treten Stimmungsschwankungen, vermindertes Selbstwertgefühl, Gereiztheit, Misstrauen, Ungeduld und Unzufriedenheit auf. In der zweiten Phase von Burnout kommt es zusätzlich zu Abstumpfen, Arbeitsunlust, Bitterkeit, Erschöpfung. Das Gefühl ausgebeutet zu werden, ist bei Ärzten häufig. Das Empfinden innerer Leere beginnt. Die Betroffenen fühlen sich überfordert, ihr Idealismus verliert sich. Angst, depressive Episoden, Schuld- und Versagensgefühle können auftreten. In der letzten Phase dominieren Einsamkeit, existenzielle Verzweiflung, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Leeregefühl. Die eigenen Emotionen verflachen. Auch das **Verhalten** spiegelt die Phasen wider, wie bereits geschildert. In der ärztlichen Praxis sind die folgenden Verhaltensweisen auffällig:

- überdurchschnittliche Mitarbeiterfluktuation
- Erleichterung des Arztes über ausgefallene Termine
- Klagen über die eigene Arbeit
- Missmutige Stimmung zum Beispiel vor der nächsten Arbeitswoche
- Neue Apparate anschaffen oder Methoden etablieren
- Vergrößerung oder Verlegung der Praxis

Gibt es die Burnout-Persönlichkeit?

Burnout entsteht nicht einfach so. Auch wenn es mit äußeren Faktoren zusammenhängt, basiert es auf der individuellen Persönlichkeit, obgleich es keine Eigenschaft gibt, die Burnout sicher auslöst und keine, die es sicher verhindert. Folgende Persönlichkeitseigenschaften, Einstellungen oder Verhaltensweisen sind mit Burnout verbunden:

Emotionale Labilität (Neurotizismus)
Neurotizismus scheint die wesentliche Prädisposition für Burnout zu sein. Wer emotional labil ist, neigt zu emotionaler Erschöpfung und Depersonalisation. Lesen Sie kursiv unterlegt Charakteristika für emotionale Labilität:

Frau Dr.med. Neuroth war immer sehr strebsam, bereits früher waren ihr gute Noten wichtig. Ihr *Bedürfnis nach Erfolg* wurde während ihrer beruflichen Laufbahn eher stärker. In der Klinik machte sie schnell Karriere. Dabei hatte sie in ihrem Chefarzt eine wesentliche Stütze. Auf dessen *Bestätigung* und auf die verbalen *Belohnungen* auch durch den Dank von Patienten war Frau Dr. Neuroth angewiesen. Wenn die oder Behandlungserfolge ausblieben, sank ihr *Selbstwertgefühl* ab, es war instabil. Nur mühsam gelang es ihr, den Schein zu wahren, letztlich schwankten ihre Launen stetig. Als ihr

Chef an eine andere Klinik wechselte, stieg sie auf. Sie wurde Vertreterin der neuen Chefärztin und hatte nun Personalverantwortung zu tragen und mehr Verwaltungsentscheidungen zu treffen. Mit dieser Situation kam sie kaum zurecht, fühlte sich immer *hilfloser* und *sehnte* sich danach, von *außen angeleitet zu werden*. Ihre ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter fühlten sich nicht geführt. Wenn diese einmal einen Fehler machten, *übernahm* Frau Dr. Neuroth sofort *innerlich deren Schuld oder Verantwortung*.

Emotionale labile Menschen arrangieren ihr Leben um die eigenen Schwächen herum: Änderungen und wirksame Einschnitte werden gemieden („Ich kann meine Praxis doch nicht verlegen oder verkaufen", „Ich kann keinen Assistenzarzt einstellen, weil ..."). Neurotizismus treibt in eine Enge, in der das eigene Leistungs-, Erlebens- und Fähigkeitsspektrum nur unzureichend ausgeschöpft wird. Das wird begleitet von einer eher depressiven Grundstimmung und vom Gefühl, einsam zu sein. Asymmetrische Beziehungen werden gesucht, in denen der Arzt einseitig gibt. Wer aber nur gibt und das Angebotene nicht nimmt, brennt aus.

Helfersyndrom

Menschen mit Helfersyndrom richten einen Gutteil ihrer Tätigkeiten darauf aus, Anerkennung zu erringen: Stetig höhere Hierarchiepositionen, mehr Einnahmen, ständiges Heischen um Lob. Die innerliche *Abhängigkeit* von Anerkennung ist das typische für diese Menschen. Sie können mit Kritik schlecht umgehen und leben, um für das geliebt zu werden, was sie *tun* und nicht dafür, wie und wer sie *sind*. Meister in Beziehungen sind sie entsprechend nicht, was ihr Burnout-Risiko steigert. Ärzte mit Helfersyndrom versuchen mittels der Patienten, ihre eigenen Probleme zu lösen.

Verkopfung

Bauch und *Kopf* in Einklang zu bringen, ist eine sehr effektive Möglichkeit, Burnout zu vermeiden. Gefahr droht vorrangig bei der so genannten Verkopfung. Solche Menschen

- wollen alles genau wissen
- bestehen ausschließlich auf wissenschaftlichen Fakten
- analysieren gerne
- denken viel nach
- haben eher Angst vor Gefühlen und leben in Distanz zu ihren eigenen Gefühlen
- wollen Recht haben

Kohärenzsinn

Fehlender Kohärenzsinn öffnet Burnout die Türen. Er meint eine innerliche Einstellung, eine Art Urvertrauen, sich zusammensetzend aus drei Hauptinhalten:

1. Die Ereignisse in mir und in meiner Umgebung sind vorhersehbar und erklärbar – *die Verstehbarkeit*.
2. Ich verfüge über genügend Ressourcen oder kann mir diese holen, um den Anforderungen begegnen zu können – *die Machbarkeit*.
3. Es lohnt sich und ist sinnvoll, die Anforderungen anzunehmen – *die Sinnhaftigkeit*.

Omnipotenzanspruch

Ärzte, die einen Omnipotenzanspruch haben, verbeißen sich in Ziele, die sie nicht korrigieren können und wollen *unbedingt* Wirkung auf ihre Patienten oder Kollegen erzielen und sie *unbedingt* in ihrem eigenen Sinne beeinflussen. Burnout fördernd wirkt die Unbedingtheit.

Abbildung : Berliner Ärzte 3/2002

Idealismus

Im Arztberuf wird Idealismus nahezu verlangt; aber der Schaden durch Idealismus ist in der Regel größer als der Nutzen, der nur scheinbar existiert.

Ärzte – von wegen gesund!

Es ist inzwischen wissenschaftlich belegt, dass bereits vor dem Beginn des Medizinstudiums die zukünftigen Ärzte eine schlechtere physische und psychische Ausgangssituation haben als der Durchschnitt. Scheinbare Fehler, Schwierigkeiten als Kind und vermeintliche Niederlagen können eine Basis für das Interesse am Medizinstudium sein. Daraus, aus ärztlichen Vorbildern und aus dem, was der Einzelne seit seiner Kindheit mit dem Arztsein verbunden hat, entwickelt sich die individuelle Rolle als Arzt.

Die Rollenerkenntnis und -sicherheit sind deshalb zentrale Ansatzpunkte für die Prävention von Burnout.

Sucht

Burnout kann eine Suchterkrankung begleiten und Sucht kann Folge von Burnout sein. Verlässliche Daten für die Häufigkeit suchtkranker Ärzte liegen für Deutschland nicht vor, was Nachholbedarf für dieses Thema aufzeigt. Es gibt aussagekräftige Zahlen aus internationalen Studien:

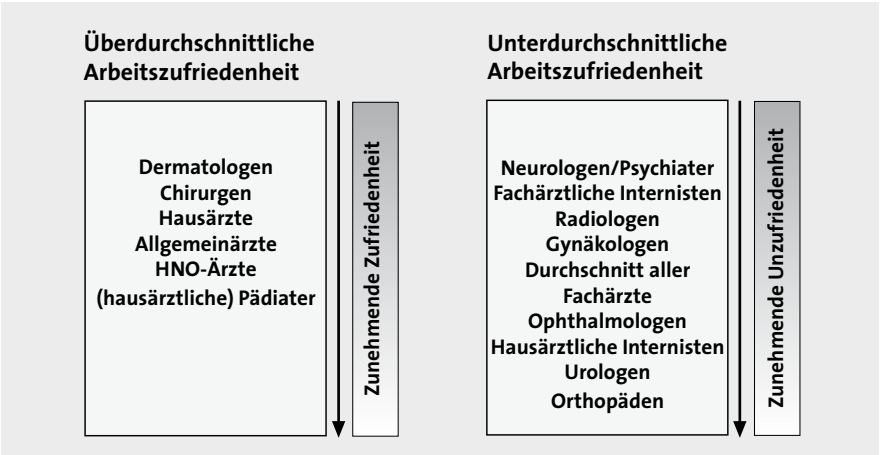
- 48 % der männlichen und 38 % der weiblichen Medizinstudenten trinken zu viel Alkohol (das Problem stellt sich also nicht erst mit der ärztlichen Berufsausübung ein).
- 93 % der Assistenzärzte trinken Alkohol, mehr als 60 % von ihnen zu viel.

Bei diesen Zahlen bekommt der Witz, ein Alkoholiker sei ein Patient, der mehr trinkt als sein Arzt, eine greifbare Bedeutung.

Suizid

Suizid ist ein Phänomen von fortgeschrittenem Burnout. Er ist die zweithäufigste Todesursache bei Medizinstudenten und der häufigste Grund für vorzeitigen Tod bei Ärzten. 6,5 % aller Ärztinnen versuchen sich im Laufe ihres Lebens zu suizidieren. Die tatsächliche ärztliche Suizidquote dürfte höher sein als offiziell bekannt: Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung wird die Quote für Ärzte als zwei- bis dreimal so hoch und für Ärztinnen als fünf- bis sechsmal so hoch angegeben. Die Zahlen schwanken jedoch je nach Studie.

Abbildung 2: Arztgruppen und deren Zufriedenheit



Bevorzugt Burnout bestimmte Arztgruppen?

Es gibt keine Klarheit, ob Fachärzte oder Allgemeinmediziner eher von Burnout betroffen sind; auch fehlen Untersuchungen, ob eine bestimmte Fachrichtung zu Burnout prädestiniert. Die vorliegenden Zahlen sind ohne systematischen Vergleich unsicher. Indirekt lässt sich über die für Fachgruppen getrennt vorliegenden Werte der Arbeitsunzufriedenheit – als Leitgefühl für Burnout – jedoch vermuten, welche Ärzte besonders selten (wie Pädiater) und welche besonders häufig betroffen sind (*Abb. 2*).

Mikrotraumen – oder: Weshalb Burnout so häufig Ärzte betrifft

Minimal- oder Mikrotraumen sind Ereignisse, die für sich genommen nicht der Rede wert wären, aber im Zusammenwirken, der Kontinuität und der Vielfalt eine zentrale Burnout ebnende Rolle spielen. Menschen haben einen unterschiedlich wirksamen persönlichen Schutzwall gegen Burnout (*Abb. 3 a, b*). In der Regel sind es viele kleine Verletzungen, die am Schutz nagen bis Burnout Realität ist (*Abb. 3 c, d*). Einzelne, heftige Schicksalsschläge wie ein Kunstfehlerprozess oder der so genannte Praxisschock (das erstmalige Tätigwerden als Arzt nach dem Studium) lösen nur im Einzelfall Burnout aus. Am häufigsten sehen sich Ärzte heute neben der immerwährenden Belastung durch den Beruf bestimmende Inhalte (Krankheit, Leiden und Tod) u. a. mit folgenden Mikrotraumen konfrontiert:

- Zwang zur Wirtschaftlichkeit
- hoher und weiter steigender Verwaltungsaufwand
- Leistungsdenken im Gesundheitswesen
- Aggressionen gegen den Berufsstand versus Glorifizierung („Nur Sie können mir noch helfen“)

- Neid („Was Ärzte verdienen“) inklusive gleich lautender Kommentare der Gesundheitsministerin

In der Regel wird *nicht* der direkte Arzt-Patienten-Kontakt als Stress und als stark belastend empfunden, sondern das, *was den tatsächlichen Kontakt mit Patienten verhindert*:

- Zeitmangel und Zeitdruck
- Beschränkung der Berufsfreiheit über Gesetze
- Angst vor juristischer Verfolgung
- Unterbrechung der Arzttätigkeit egal durch wen oder was (Telefonate)
- mangelnde Sicherheit der Anstellung und der Finanzen

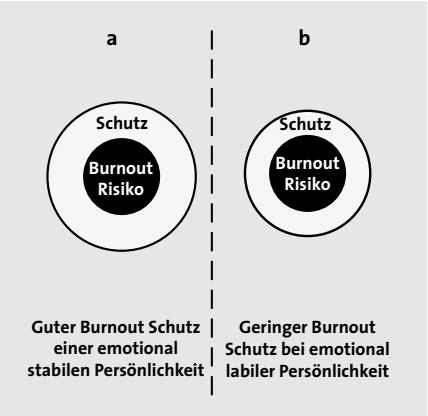


Abbildung 3a, b: Burnout und Mikrotraumen

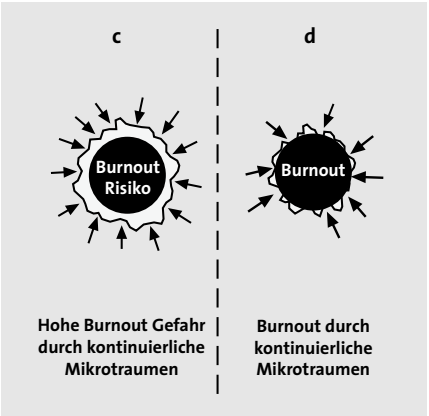


Abbildung 3c, d: Burnout und Mikrotraumen

Im Krankenhausbereich kommt hinzu, dass Ökonomen sich der Krankenhäuser bemächtigt haben. Sie sorgen für eine Beschleunigung der Zeittakte und damit für noch mehr Stress. Vorrangig ist es der Zeitdruck, der zu schaffen macht. Er fördert das Gefühl, nicht mehr nach den hohen eigenen Ansprüchen behandeln zu können. Die Patientenzahl ist deshalb ein Hauptfaktor für Burnout bei somatisch tätigen Ärzten; sie bestimmt das Zeitfenster je Patient.

Eine geringe Patientenzahl vermindert beim Vertragsarzt seine Einnahmen stark. Es ist die Katze, die sich in den eigenen Schwanz beißt: Nur eine Veränderung des Abrechnungssystems mit adäquater Honorierung der ärztlichen Zuwendung kann letztlich Abhilfe schaffen. Auch eine hohe wöchentliche Arbeitszeit fördert das Risiko, an Burnout zu erkranken. Bei einer wöchentlichen Mehrarbeit von jeweils 5 Stunden über der 40-Stunden-Marke steigt es um jeweils 12-15 Prozent. 65 Stunden Wochenarbeitszeit verdoppeln so das Risiko.

Ein souveräner Umgang mit der Zeit und den Terminen wirkt deshalb Burnout präventiv. Ebenso ist es sinnvoll, den Umgang mit anderen Stressoren zu optimieren.

Die grundsätzliche, Burnout fördernde Situation lautet: Hohe Belastung bei niedrigem Eigeneinfluss (*Abb. 4, Seite 20*). Genau so wird der Arztberuf heute auch empfunden.

Situationstoleranz zu erlernen bedeutet deshalb eine weitere Chance zur Prävention von Burnout.

Die Erfahrung mit Burnout bei Ärzten zeigt sieben Hauptgruppen von auslösenden und unterstützenden Mikrotraumen im beruflichen Alltag:

1. **Alles selbst machen** wie Arztbriefe oder die Steuererklärung.
2. **Runter vom Sockel - gesellschaftliches Ansehen sinkt**, es mangelt der Gesellschaft am Gespür für den Wert der ärztlichen Arbeit.
3. **Berufsstruktur**: Autonomieverlust durch Versicherungen und Standesorganisationen, verstärkte externe Kontrollen verbrämt als Qualitätsmanagement.
4. **Berufsinhalte:** Herausfordernde Themen, oftmals auch fehlende Erfolge.
5. **Risikozeiten:** Alter zwischen 30 und 50, Ersttätigkeit als Arzt, die ersten 10-15 Jahre als niedergelassener Arzt.
6. **Persönlichkeit:** s.o.
7. **Art der Ausbildung:** s.u.

Burnout und Unzufriedenheit

Unzufriedenheit ist das Leitgefühl für Burnout – 78 % aller niedergelassenen Vertragsärzte sind unzufrieden mit ihrer Arbeit. Knapp 60 % würden unter keinen Umständen mehr Vertragsarzt werden und 36 % überlegen, ihre Praxis aufzugeben. Die Ursachen der Unzufriedenheit sind vielfältig:

- unzureichende Möglichkeiten der Kinderbetreuung
- Netz der eigenen sozialen Sicherung zu schwach
- Arztbild in den Medien und der Gesellschaft zu negativ
- Budgetierungen
- Einführung anderer Abrechnungsprinzipien (Fallpauschalen)

Deshalb ist es für die Prävention von Burnout von höchster Wichtigkeit, an einem konstanten Level von Zufriedenheit zu arbeiten, das von Außenfaktoren weitgehend unabhängig ist.

Burnout-Risiko durch das System

Bereits im Medizinstudium gibt es kein Angebot, mit dem sich der zukünftige Arzt das menschliche, persönliche Rüstzeug aneignen und ausbauen kann, das er brauchen wird.
Fortsetzung nächste Seite

Das wird verstärkt dadurch, dass eine umfassende, die Gesamtheit des menschlichen Wesens abbildende, innere Wissensstruktur verhindert wird.

Schon im Studium lernen Ärzte, ihre eigenen Wünsche hintanzustellen und eigene Bedürfnisse und Emotionen zu missachten. Sie lernen, in einem Obrigkeitssystem zum Beispiel in der Klinikhierarchie oder mit den Krankenkassen zu leben. Ärzte werden zu Einzelkämpfern ausgebildet. Es ist damit ein leichtes Spiel für Interessensverbände, die Arztgruppen gegeneinander auszuspielen. Umgestaltungen des Studiums unter Burnout präventiven Gesichtspunkten sind dringlich erforderlich.

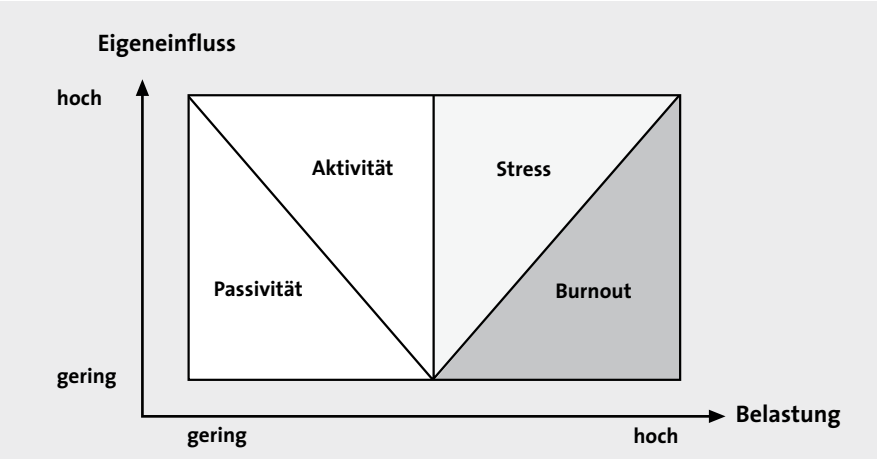


Abbildung 4: Burnout. Hohe Belastung bei geringem Eigeneinfluss

Dazu gehören mehr Praxisnähe, die Veränderung der vermittelten Wissensmenge und -inhalte und die Integration berufstypischer, patientenfreier Inhalte.

An Kliniken werden zentrale, über die Patientenversorgung hinausgehende Punkte noch immer autoritär bis erwürgend geregelt. Tatsächlich bekommen Chefärzte praktisch kein Burnout: Je stärker autonom in einer Klinik entschieden werden kann, umso geringere emotionale Entwertungen müssen verkraftet werden und das Burnout-Risiko sinkt. Die höhere Verantwortung für das Ganze zu tragen macht kein Burnout. Ärzte in Deutschland erhalten ein offenkundig nicht funktionierendes System künstlich am Leben. Das deutsche Gesundheitssystem hat ein sehr hohes Versorgungsniveau und bewegt sich bei den Kosten im Mittelfeld. Die Ärzte sind es, die einen guten Teil dieser Differenz zahlen. Einer ihrer Preise heißt Burnout. Ein Beispiel hierfür sind Vorschriften wie das DRG-System. Damit wird massiv in die berufsprägende Dyade zwischen Arzt und Patient eingegriffen. Solche Systemeingriffe werden als Entmündigung empfunden und verursachen zusätzlichen Stress. De facto führen sie nachgewiesen zu Burnout bei Ärzten.

Noch suchen Ärzte ihre Rolle zwischen einem sich weiter aufopfernden Helfer und den zukunftsorientierten „Verbrauchern“ von Gesundheitsdienstleistungen. Wenn Ärzte ihre Rolle nicht neu definieren, wird deren Burnout-Quote weiter steigen. Ärzte müssen ihre persönlichen Interessen und Werte erkennen, nennen und verteidigen, wenn sie persönliche und berufliche Zufriedenheit anstreben.

Zugleich haben Ärzte an ihrem Selbstbewusstsein zu arbeiten, indem sie ihre Macht anerkennen und nutzen statt in Opferrollen zu schlüpfen.

Burnout ist eine Diagnose für den einzelnen Arzt und zugleich ein Symptom für die Ärzteschaft. Es hat auch den Sinn, eine Wertediskussion neu zu entfachen: Menschliche Gesundheit – und Krankheit – sind höchste Güter: Sie sind nicht direkt ökonomisierbar. Eine Bezahlung, welche einen Drei-Minuten-Rhythmus erzwingt, ist unethisch und Aufforderung, ein vollkommen neues Honorierungssystem aufzubauen.

Heilung – für Ärzte und für deren Patienten – braucht Zeit, denn Zeit heilt Wunden. Diese Zeit hat der Arzt heute nicht und er kann sie sich für seine Patienten auch nicht mehr nehmen. Das führt beim Bemühen des Arztes, helfend und heilend zu wirken, zu dessen seelischer Auslaugung mit der Folge von Burnout. Das ist die Kernaussage: Burnout wird ausgelöst durch den zunehmenden Materialismus der Gesellschaft.

Literatur

Bergner TMH. Burnout bei Ärzten. Arzt sein zwischen Lebensaufgabe und Lebens-Aufgabe. Stuttgart: Schattauer 2006

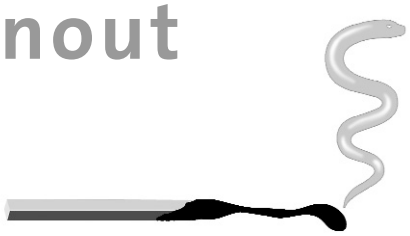
Bergner TMH. Burnout Prävention. Stuttgart: Schattauer, erscheint 2007

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Thomas M.H. Bergner
Hackerstraße 8 b
82067 Ebenhausen
www.burnout-bei-aerzten.de
info@ bergner.cc

Maßnahmen gegen Burnout

Von Susanne Weinbrenner



„Gerade, weil wir engagiert sind, fallen wir in die Burnout-Falle."

Freudenberger 1974

Unter den gegenwärtigen Arbeitsbedingungen gelangen viele Ärztinnen und Ärzte an ihre Belastungsgrenzen (*1,2,3*). Immer enger werdende gesundheitspolitische Rahmenbedingungen, zunehmende Reglementierungen der Arbeitsabläufe einhergehend mit immer schmaleren Entscheidungsspielräumen und hoher Arbeitsbelastung führen gerade auch im ärztlichen Bereich zu einem Anstieg überlastungsbedingter Erkrankungen wie Burnout, Depression oder Substanzabhängigkeit (*3,7,9,12*). Das ist alarmierend, da nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen darunter leidet, sondern auch die Qualität der Patientenversorgung (*7*).

Der amerikanische Psychiater Herbert J. Freudenberger beschrieb Mitte der 70er Jahre als Erster das Phänomen des Burnouts bei unbezahlten, freiwilligen Helfern in alternativen Versorgungseinrichtungen für psychisch Kranke (*6*). Er hatte selbst in diesen Kliniken gearbeitet, ein Burnout erlebt und sehr plastisch beschrieben: „Das Wörterbuch definiert das Wort burn-out folgendermaßen: versagen, ermüden oder sich durch exzessive Anforderungen an seinen Energiehaushalt, seine Kräfte oder seine Ressourcen erschöpfen. Und das ist auch genau das, was passiert, wenn ein Mitarbeiter in einer alternativen Institution ausbrennt und unbrauchbar wird... Es ergibt sich ein Gefühl der Erschöpfung und Müdigkeit, der Unfähigkeit eine leichte Erkältung abzuschütteln, ein Leiden an immer wiederkehrenden Kopfschmerzen.... Weitere Zeichen sind schnelles Aufbrausen, sowie sofortige Irritation und Frustration... Er bricht leicht in Tränen aus, der leichteste Druck gibt ihm ein Gefühl der Überlastung... Ein weiterer Verhaltensindikator ist die total negative Einstellung, die verbalisiert wird... Alles ... wird total schlecht geredet" (*15*).

Der ICD-10 beschreibt „Burnout" als „Ausgebranntsein" oder „Zustand der totalen Erschöpfung". In der wissenschaftlichen Literatur findet sich keine allgemein anerkannte Definition für Burnout (*4,15, 16*). Auch die Abgrenzungen von anderen Erkrankungen wie Depression oder Chronic Fatigue Syndrom ist schwierig (*4,14,15*). Aus diesem Grund wird Burnout meist mit Hilfe der Dimensionen beschrieben, die durch das gängigste Instrument zur Erfassung des Burnouts, das Maslach Burnout Inventory (MBI), gemessen werden. Wesentliche Kennzeichen der Erkrankung sind demnach emotionale Erschöpfung, Entmenschlichung und Zynismus sowie reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit und Erfüllung (*12*).

Wer ist gefährdet und wodurch?

Bei der Entstehung des Burnout lassen sich vielfältige Faktoren identifizieren, die ein Auftreten der Erkrankung fördern. Dazu gehören bestimmte Persönlichkeitsmerkmale in Kombination mit prädisponierenden sozialen und organisationspsychologischen Ursachen (*4*). Konflikte in der Balance zwischen Arbeit und Privatleben oder Rollenprobleme sind dabei wesentliche Aspekte. Auch mangelnde Ressourcen wie unzureichende Regulationsmöglichkeiten im Job oder fehlende soziale Unterstützung von Kollegen, Vorgesetzten und im privaten Umfeld wirken sich ungünstig auf die Dynamik des Erkrankungsprozesses aus. Im Sinne der Prävention gilt es entsprechende Faktoren frühzeitig zu erkennen beziehungsweise ihr Entstehen zu verhindern.

Menschen, die Burnout gefährdet sind, zeichnen sich oft durch hohe Leistungsbereitschaft, Idealismus und Ehrgeiz aus. Gleichzeitig sind sie oft eher introvertiert, und neigen zu depressiven Stimmungen (*4,6,7*). Sie haben ein eher labiles Selbstwertgefühl und neigen zu unrealistisch hohen Zielen. Es fällt ihnen schwer Kompromisse einzugehen. Im Umgang mit Belastungssituationen ist ihr Repertoire an Copingstrategien eher begrenzt (*11*). Betroffene Ärzte verstehen den Beruf zu Anfang meist noch als Berufung, der Wunsch nach Leistung und Altruismus ist groß (*3,7,8*). Im Laufe der beruflichen Sozialisation steigen zunächst das Engagement aber auch das Belastungsempfinden an. Das Erleben der Betroffenen wird immer stärker durch die Wahrnehmung eines erhöhten Energieeinsatzes bestimmt, der meist mit unrealistischen Erwartungen an die eigene Person und die Erfüllung durch die Arbeit einhergeht.

Fortsetzung nächste Seite

Eine dauerhafte Unausgewogenheit zwischen Einsatz und Ertrag, Anstrengung und Belohnung, die als ständiges „Zuviel" wahrgenommen wird, ist der Nährboden für die sich entwickelnde Erschöpfung. *„ I've done too much, for too many for too long with too little regard for myself" (19)*. Die berufliche Sozialisation von Ärzten trägt ihren Teil dazu bei, ein Burnout zu fördern, indem auch heute noch in Studium und zu Beginn der Berufsausübung Ideale vermittelt werden, die unter den heutigen Arbeitsbedingungen nur zu einem hohen Preis realisiert werden können. Gleichzeitig besteht gerade bei Ärzten sowohl internal als auch external der Anspruch fehlerfrei zu arbeiten und unendlich belastbar zu sein. Auch das berufliche Umfeld von ÄrztInnen weist viele Charakteristika auf, die ein Burnout begünstigen, wie unregelmäßige Arbeitszeiten, hohe Arbeitsbelastung und begrenzte Entscheidungsspielräume. In Kliniken sind Teams und unterschiedliche Fachbereiche durch Konkurrenz und mangelnde Kommunikation gekennzeichnet, gleiches gilt für in der Praxis niedergelassene Kollegen.

Was kann man tun?

An erster Stelle ist es wichtig, ein Bewusstsein für die Gefahren des Burnouts zu schaffen und dafür zu sorgen, dass die Erkrankung aus der Tabuzone herausgeholt wird. Dies ist insbesondere bei ÄrztInnen wichtig, da das Eingestehen eigener Grenzen und Fehlbarkeiten im klinischen Umfeld nicht nur nicht gefördert, sondern oft sogar massiv bekämpft wird. Die Enttabuisierung erleichtert es den Betroffenen Hilfe aufzusuchen, was besonders ÄrztInnen erst sehr spät gelingt (*7*). Darüber hinaus sollte bereits während des Medizinstudiums den angehenden ÄrztInnen ein realistisches Bild des ärztlichen Tuns und seiner Grenzen vermittelt werden, um überhöhte Erwartungen zu vermeiden. In den Organisationen des Gesundheitswesens, insbesondere in Kliniken ist die Anerkennung der Erkrankung und ihrer möglichen Ursachen die Voraussetzungen dafür, die Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass das Auftreten einer solchen Erkrankung unwahrscheinlich wird. Leider gibt es, ebenso wie in den anderen Bereichen der Burnout-Forschung, keine gut gesicherten Erkenntnisse zu Prävention und Therapie. Idealerweise sollten Maßnahmen der Gesundheitsförderung während des Medizinstudiums, der Facharztausbildung und später dauerhaft im Rahmen der Berufsausübung offeriert werden. Solche Angebote müssten entsprechend der oben dargestellten multifaktoriellen Genese des Burnout viele Aspekte berücksichtigen.

Die Burnout-Forschung ist sich darin einig, dass Stress und seine Auswirkungen auf physischer und psychischer Ebene eine der wesentlichen Determinanten der Entstehung des Burnouts sind. Deshalb besteht eines der Elemente, mit deren Hilfe einem Burnout vorgebeugt werden kann darin, gutes Stressmanagement zu beherrschen. Dies bedeutet einerseits das Erlernen bestimmter Techniken wie Zeitmanagement oder Prozessmanagement. Andererseits sollte durch Erlernen einer Entspannungstechnik bewusst der Wechsel von Anspannung auf Entspannung vollzogen werden können, damit sich nicht auf der Stufe der Generalisierten Adaptation des Organismus an Daueranspannung (*17*) erste Manifestationen des Burnout etablieren.

Ein weiterer Ansatzpunkt ist die individuelle Wahrnehmung und Bewertung von Situationen, in denen Konflikte mit der eigenen Rolle, mit Erwartungen an sich selbst oder Erwartungen von außen erfahren werden. Hier gilt es eigene Reaktions- und Bewertungsmuster sowie dysfunktionale Copingstrategien zu erkennen (*18, 19*). Auch das Erkennen und Modifizieren eigener Antreiber wie: *„Sei perfekt!"*, *„Streng dich an!" „Beeil Dich!"* sind gerade für ÄrztInnen wichtig und können einen wesentlichen Schritt zur Änderung burnoutfördernder Verhaltensmuster sein.

Die Wahrnehmung der eigenen Grenzen und die Sorge um das eigene Wohlbefinden sollten selbstverständlicher Bestandteil der Persönlichkeitspflege sein. Die Bearbeitung dieser Themen kann im Rahmen eines Coachings oder in psychotherapeutischer Behandlung erfolgen.

Wenn es nicht gelingt, den Umgang mit Stress, die Bewertung der eigenen Situation und das Repertoire an Copingstrategien zu vergrößern und ein Burnout manifest wird, sind die Betroffenen auf professionelle psychotherapeutische oder psychosomatische Interventionen angewiesen. Welche die Therapie im Einzelnen zu empfehlen ist, darüber gibt es leider noch wenig gesicherte Erkenntnisse (*4*).

Auf der Organisationsebene spielen der Einfluss einer hohen Arbeitsbelastung, geringe Entscheidungsspielräume, unklare Zielstellung, mangelndes Feedback und Unterstützung sowie fehlender Rückhalt im Team und von Vorgesetzten eine wichtige Rolle. Entsprechend sind Maßnahmen zur Organisationsentwicklung wie strukturierte Einarbeitung neuer Mitarbeiter, Optimierung und Transparenz der Arbeits- und Entscheidungsabläufe, Vermeidung hoher Arbeitsspitzen etc. wesentliche Voraussetzungen ein Burnout zu vermeiden (*5*).

Die Folgen des Ausgebranntseins sind für die Betroffenen und das Umfeld beträchtlich. Deshalb gilt es durch frühzeitige, gezielte Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention auf Ebene der Organisation ebenso wie auf individueller Ebene, das heißt durch Kombination von Verhältnis- und Verhaltensprävention diese Erkrankung zu verhindern beziehungsweise ihre Warnsignale frühzeitig zu erkennen und zu behandeln.

Weitere Informationen bei der Verfasserin:
Dr. med. Susanne Weinbrenner, MPH
c/o Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), Wegelystr. 3, 10623 Berlin
E-Mail: susanne.weinbrenner@gmx.de

Hilfreiche Links und Adressen

Hotline: www.sozialnetz-hessen.de/go/id/wau/Startaufruf

Balintgruppen: www.aerztekammer-berlin.de/25_Aerztl_Fb/10_Ernst_v_Bergmann_Akad/index.html

Berufsverband deutscher PsychologInnen: Adressen von Psychologinnen und Psychologen: www.bptk.de/patienten/therapeuten_suche/index.html

Coachingdatenbank: www.rauen.de/coaching/angebot.htm

Selbsttest: www.hilfe-bei-burnout.de/nano.cms/Messung/-MBI/

ANZEIGE

Literatur

1. Abele, A. E. (2001): Zwischen Erwartung und Realität. Dtsch. Ärztebl.; 98 (46): A 3008–3011.

2. Bauer, J., Häfner, S., Kächele, H., Dahlbender, R. W. (2003): Burnout und Wiedergewinnung seelischer Gesundheit am Arbeitsplatz. Psychother Psychosom Med Psychol; 53: 213–222.

3. Bergner, Thomas (2004) Burn-out bei Ärzten: Lebensaufgabe statt Lebens-Aufgabe. Deutsches Ärzteblatt; 101 (33): A2232-2234.

4. Burisch, M. (2006): Das Burnout-Syndrom. 3. Auflage, Springer, Heidelberg.

5. Cherniss, C. (1999): Jenseits von Burnout und Praxisschock. Beltz, Weinheim.

6. Freudenberger, H. J. (1974): Staff burn-out. Journal of social issues 30 (1), 156-165.

7. Graham, J., Potts, H. W. , Ramirez, A.: Stress and burnout in doctors. Lancet 2002; 360: 1975–1976.

8. Haas, J. S. et al. (2000): Is the professional satisfaction of general internist associated with patient satisfaction? J Gen Intern Med 15(2), 122-8.

9. Hobfoll, S. E. & Buchwald, P. (2004). Die Theorie der Ressourcenerhaltung und das multiaxiale Copingmodell – eine innovative Stresstheorie. In P. Buchwald, C. Schwarzer & S. E. Hobfoll (Hrsg.), Stress gemeinsam bewältigen (S. 11-26). Göttingen: Hogrefe, 1953

10. König, F. (2001): Suizidalität bei Ärzten- Kein Tabuthema mehr? Deutsches Ärzteblatt, 98 (2001), A3110-11

11. Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.

12. Mäulen, B. (2005): Depression und Suizid bei Ärzten - Barriere aus Schuld und Scham. Deutsches Ärzteblatt, 102 (2005), B24

13. Maslach, C., Jackson, S. E. (1981): The Maslach Burnout Inventory. Research Edition. Palo Alto, CA. Consulting Psychologists Press.

14. Mundle, G. (2005): Depression und Burn-out bei Ärzten. Ärzteblatt Baden-Württemberg, (5) 2005

15. Rösing, Ina (2003): Ist die Burnout-Forschung ausgebrannt? Asanger, Heidelberg, Kröning.

16. Schaufeli, Wilmar B., Enzmann, D. (1998). The burnout companion to study and practice. London: Taylor and Francis.

17. Selye, Hans, „Einführung in die Lehre vom Adaptionssyndrom“, Georg Thieme Verl.

18. Shanafelt, T. D., Sloan, J. A., Habermann, T. M.: The well-being of physicians. Am J Med 2003; 114: 513–519.

19. Sotile, Wayne M., Sotile, Mary O.: Beyond physician burnout: keys to effective emotional management. J Med Pract Manage 2003; 18: 314–316

Allgemeiner Hinweis

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 Informationen 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 Interessensschwerpunkten orientierte Veranstaltungsauswahl weit im Voraus.

Termine	Thema / Referenten	Veranstaltungsort	Information/ Gebühr	Fortbildungspunkte
17.04.2007 / Auftaktveranstaltung 18:00 - 20:00 Uhr	**Geschlechtsspezifische Aspekte in der medizinischen Diagnostik und Therapie** Veranstaltungsreihe im Sommersemester 2007 17.04.: Kardiologie: Schlagen Frauenherzen anders? 15.05.: Unfallmedizin: Geschlechtergerechte Versorgung aus Sicht der Unfallmedizin 29.05.: Allgemeinmedizin: Unterschiedliche Symptomatiken bei Frauen und Männern und differenzierte Herangehensweise 12.06.: Pharmakologie: Rosa Pillen für Frauen, blaue Pillen für Männer - welche Unterschiede gibt es in der Pharmakotherapie? 26.06.: Rheumatologie: Rheumatische Erkrankungen - alles nur Erkrankungen alter Frauen? 10.07.: Psychiatrie: Weinerliche Frauen, aggressive Männer?	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1207 E-Mail: fobi-zert@aekb.de Teilnahme kostenlos, Anmeldung nicht erforderlich	3 P pro Veranstaltungstermin
18.04.2007 19:30 - 21.30 Uhr	Gemeinsame Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin: **Von prädiktiver Gendiagnostik zur maßgeschneiderten Pharmakotherapie - Realität oder Vision?** (Näheres s. Seite 12)	Charité Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte, Großer Hörsaal, Eingang Bettenhochhaus Luisenstr. 65, 10117 Berlin	Information: Tel.: 40806-1207 E-Mail: fobi-zert@aekb.de Teilnahme kostenlos, Anmeldung nicht erforderlich	3 P
Pädiatrie Berufsbegleitender 3-Monatskurs, Beginn: 19.04.2007	Berufsbegleitender 3-Monatskurs, bestehend aus: 40 Stunden Hospitation in Kinderarztpraxis/ 60 Stunden Hospitation in Erste-Hilfe-Stelle der KV/ 9 Stunden Theoriekurs Beginn: 19.04.2007	(s. Spalte Thema/ Referenten)	Information: Tel.: 40806-1205 E-Mail: r.raimbault@aekb.de Gesamtgebühr: 550 €	9 P
Semesterbegleitende Fortbildungsreihe 14-tägig dienstags; **NEU:** jeweils **19:00-20:30 Uhr;** Beginn: 24.04.2007	**Interdisziplinäre Fortbildungsreihe der Ärztekammer Berlin** Termine im Sommersemester 2007: 24.04.2007: Atemnot / 08.05.2007: Der Zeckenbiss/ 22.05.2007/ 05.06.2007/ 19.06.2007/ 03.07.2007 Die jeweiligen Themen entnehmen Sie bitte auch der ausführlichen Ankündigung der Fortbildungsreihe auf der Website der Ärztekammer Berlin (www.aerztekammer-berlin.de)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1200 oder 40806-1207 E-Mail: fobi-zert@aekb.de Teilnahme kostenlos, Anmeldung nicht erforderlich	3 P pro Veranstaltungstermin
Semesterbegleitende Veranstaltungsreihe jeweils donnerstags; 20:00 - 21:30 Uhr Beginn: 26.04.2007	**Semesterbegleitende Fortbildungsreihe: Innere Medizin/ Allgemeinmedizin; Schwerpunktthema im Sommersemester 2007: Ernährungstherapie versus Pharmakotherapie** 26.04.: Historischer Überblick der Ernährungstherapie bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts. Ist die Ernährungstherapie danach eine Stiefkind in der Medizin? 03.05.: Warum ersetzt heute die Pharmakotherapie die Ernährungstherapie? 10.05.: Rheuma: Klinik/ Ernährung/ Pharmakotherapie	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1202 E-Mail: fobi-zert@aekb.de Teilnahme kostenlos, Anmeldung nicht erforderlich	3 P pro Veranstaltungstermin
28.04.2007 09:00 - 18:00 Uhr	**Impfungen in der Praxis** 10-Stunden Grundkurs nach den Empfehlungen der Bundesärztekammer und KBV (mit Zertifikat)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1205 E-Mail: r.raimbault@aekb.de Anmeldung erforderlich, begrenzte Teilnehmerzahl Gebühr: 100 €	9 P
12.05.2007 15:00 - 18:30 Uhr	Gemeinsame Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin **Harninkontinenz - Workshop für Ärzte und Apotheker** (Näheres s. Seite 12)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information/Anmeldung: Tel.: 40806-1207 E-Mail: fobi-zert@aekb.de Anmeldung erforderlich, begrenzte Teilnehmerzahl Gebühr: 50 €	5 P

ANZEIGE

Moina Beyer-Jupe
Rechtsanwältin

Tätigkeitsschwerpunkte
· *Arztrecht*
· *Vertragsarztrecht*
· *Arzthaftungsrecht*

§

Claudio Jupe
Rechtsanwalt & Notar

Tätigkeitsschwerpunkte
· *Arbeitsrecht*
· *Praxisverträge*
· *Gewerbemietrecht*

10625 Berlin-Charlottenburg · Goethestraße 47 · Telefon: 0 30-3 18 61 00 · Fax: 0 30-3 13 53 13 · Internet: www.beyer-jupe.de

30.6.2007	**Aktualisierungskurs nach Röntgenverordnung**	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1301 E-Mail: aag@aekb.de Gebühr: 130 €	9 P
Kursteil 1: 06.–08.09.2007 **Kursteil 2: 27.–29.09.2007** (jeweils Donnerstag ab 15 Uhr, Freitag ganztägig, Samstag in der 1. Woche: 9–18 Uhr, Samstag in der 2. Woche: 9–14 Uhr)	**Qualitätsbeauftragter in der Hämotherapie** (40 Stunden-Kurs)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1400 (Inhalte) Tel.: 40806-1202 (Anmeldung) E-Mail: fobi-zert@aekb.de Gebühr: 700 €	40 P
27.08. – 01.09.2007 **08.10. – 13.10.2007** **26.11. – 01.12.2007**	**Weiterbildungskurs „Ärztliches Qualitätsmanagement" nach dem Curriculum der Bundesärztekammer** (Weiteres s. Textkasten unten)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information/Anmeldung: Tel.: 40806-1400, -1207 E-Mail: QM-Kurs2007@aekb.de	50 P pro Modul
Modul I: 30.11./01.12.2007 **Modul II.: 25./26.01.2008** **Modul IV: 22./23.02.2008** **Modul III: 04./05.04.2008** freitags jeweils 15 – 20 Uhr, samstags jeweils 9 – 13 Uhr	**„Grundlagen der medizinischen Begutachtung" in 4 Modulen, basierend auf dem Curriculum der Bundesärztekammer** (Weiteres s. Textkasten unten)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1203 E-Mail: begutachtung@aekb.de	10 P pro Modul

Kursangebot zur Zusatzweiterbildung

„Qualitätssicherung / Ärztliches Qualitätsmanagement"

Der 200 Stunden-Weiterbildungskurs „Qualitätssicherung/Ärztliches Qualitätsmanagement" nach dem Curriculum der Bundesärztekammer findet in der Ärztekammer Berlin im Jahr 2007 als Kompaktkurs innerhalb von vier Monaten statt. Dabei werden alle drei Stufen des Curriculums im Rahmen dieser vier Monate absolviert. Die drei intensiven Wochen der Präsenzphase werden durch eine 50-stündige Phase des Selbststudiums ergänzt. Die Teilnahme am Kurs, zuzüglich einer Prüfung, bildet eine Voraussetzung für den Erwerb der in der neuen Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin enthaltenen Zusatzweiterbildung „Ärztliches Qualitätsmanagement".

Für eine vertrauensvolle Arbeitsatmosphäre und die effektive Beteiligung jedes Einzelnen ist die Teilnehmerzahl auf insgesamt 22 Personen (Ärzte und Angehörige weiterer med. Berufsgruppen) begrenzt. Das methodisch-didaktische Konzept der Veranstaltungsreihe sieht eine Ausrichtung der theoretischen Inhalte auf die praktischen Tätigkeiten und Erfahrungen der Teilnehmer vor. Im Kurs werden wesentliche Kenntnisse über die Instrumente des Qualitätsmanagements, die Steuerungselemente in Gesundheitssystemen sowie über ökonomische Modelle und Theorien und deren wirksame Anwendung vermittelt. Die Teilnehmer werden in die Lage versetzt, die strategische Bedeutung des Faktors Qualität in Gesundheitssystemen einzuschätzen und mit den im Kurs vorgestellten Instrumenten der Qualitätsplanung, Qualitätsregelung, Qualitätsmessung, Qualitätsverbesserung und Qualitätspolitik Projekte im Rahmen der Qualitätssicherung methodisch zu bearbeiten.

In den drei Präsenzphasen findet der Lehrgang jeweils montags bis freitags von 9 bis 19 Uhr und samstags von 9 bis 14 Uhr statt.

Termine und Inhalte:

27.08.2007 bis 01.09.2007

Inhalte z.B.: Einführung in das Qualitätsmanagement; Gesetzliche Regelungen; Qualitätsmanagement-Instrumente/Zertifizierung; Budgetierung/Controlling; Qualitätsberichte; Projekt-/Veränderungsmanagement

08.10.2007 bis 13.10.2007

Inhalte z.B.: Training zum TQM-Assessor nach EFQM (European Foundation for Quality Management); Gesundheitsökonomie; Externe Qualitätssicherung; Moderations-/Präsentationstechniken; EbM, Leitlinien/Behandlungspfade; Gesundheitsökonomie (I)

26.11.2007 bis 01.12.2007

Inhalte z.B.: Patientensicherheit; Fehlermanagement; Vorstellung erfolgreicher Praxisprojekte, Gesundheitsökonomie (II)¨

Weitere Informationen erhalten Interessenten:

- telefonisch unter Tel.: 40806-1207 (Organisatorisches) und Tel.: 40806-1400 (Inhaltliches) oder
- per E-Mail: QM-Kurs2007@aekb.de

40-Stunden-Curriculum „Grundlagen der medizinischen Begutachtung"

4 Module, basierend auf dem Curriculum der Bundesärztekammer

Termine: **Modul I: 30.11./01.12.2007**
Modul II: 25./26.01.2008
Modul IV: 22./23.02.2008
Modul III: 04./05.04.2008
freitags jeweils 15 – 20 Uhr, samstags jeweils 9 – 13 Uhr

Ort: **Konferenzsaal der Ärztekammer Berlin**

Die Erstellung von medizinischen Gutachten gehört zur ärztlichen Berufsausübung. Beauftragt werden Gutachter von privaten und gesetzlichen Versicherungsträgern sowie Gerichten. Bereits im Rahmen ihrer Weiterbildung sind von Ärztinnen und Ärzten Gutachten anzufertigen.

Basierend auf dem Curriculum der Bundesärztekammer bietet die Ärztekammer Berlin ab November 2007 für alle in Weiterbildung befindliche Kolleginnen und Kollegen und für Interessierte aus Klinik und Praxis das Curriculum „Grundlagen der medizinischen Begutachtung" an. Allgemeine Grundlagen zur Begutachtung und Anforderungen an Gutachten sowie spezielle Fragestellungen der Versicherungs- und Sozialleistungsträger bilden Schwerpunkte des Curriculums. Dabei werden nicht nur medizinisch-fachliche Fragen, sondern auch juristische, sozialversicherungsrechtliche und rechtsmedizinische Aspekte der Begutachtung in deren Grundlagen behandelt. Anhand von Fallvorstellungen diskutieren ausgewiesene Experten fachspezifische Fragen der Begutachtung. In den freien Intervallen zwischen den Präsenzveranstaltungen erstellen die Teilnehmer zwei Gutachten, die Ergebnisse werden im Plenum zusammengefasst.

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. med. P. Marx (ehemals Neurologische Klinik, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin)

Bei Teilnahme an allen 4 Modulen wird das Zertifikat „Curriculäre Fortbildung" ausgestellt. Das Zertifikat „Curriculäre Fortbildung" ist ankündigungsfähig.

Auf das Fortbildungszertifikat werden insgesamt 40 Fortbildungspunkte (10 pro Modul) angerechnet.

Die Teilnehmergebühr für die Module I-IV beträgt insgesamt 400,00 € (100,00 € pro Modul).
Weitere Informationen erhalten Sie unter der E-Mail: begutachtung@aekb.de

ANZEIGE

RUGE & CHERIF
Rechtsanwälte und Arzt

Dr. med. Dietrich Ruge
Rechtsanwalt und Arzt

Dr. jur. Sylvia El Cherif
Rechtsanwältin

Medizinrecht und Arbeitsrecht
www.rae-ruge-cherif.de

Xantener Str. 15A (Am Olivaer Platz) • 10707 Berlin • Tel. 030 88722831

Ausschüsse der Kammer neu besetzt

Bericht von der Delegiertenversammlung am 21. Februar 2007

Die Delegiertenversammlung der Kammer hat in ihrer Sitzung am 21. Februar die Delegierten für den 110. Deutschen Ärztetag gewählt. Außerdem wurden 18 Ausschüsse der Ärztekammer neu besetzt.

Von Sascha Rudat

Die Delegierten hatten sich am 21. Februar mit einer überschaubaren Tagesordnung zu befassen. Zunächst wählten sie die 16 Delegierten für den 110. Deutschen Ärztetag, der vom 15. bis 18. Mai in Münster stattfindet. Die Namen der Delegierten sowie die Aufteilung nach Listen können Sie der Tabelle entnehmen. Der Beschluss wurde einstimmig bei einer Enthaltung verabschiedet.

Im Block abgestimmt

Anschließend befassten sich die Delegierten mit der Neubesetzung von 18 Ausschüssen der Kammer, darunter die Weiterbildungsausschüsse. Der Ältestenrat hatte sich zuvor in mehreren gemeinsamen Gesprächen mit der Besetzung der Ausschüsse befasst. Über 16 Ausschüsse, bei denen man sich im Ältestenrat auf die Besetzung geeinigt hatte, sollte im Block abgestimmt werden. Den Antrag von Volker Pickerodt (Fraktion Gesundheit), über die Ausschüsse einzeln abzustimmen, zog dieser wieder zurück. Man verständigte sich darauf, über den Gemeinsamen Weiterbildungsausschuss einzeln abzustimmen. Die Delegierten stimmten mehrheitlich für die Besetzung des Gemeinsamen Weiterbildungsausschusses (Vorsitz: Dietrich Bodenstein, Stellvertreter: Werner Wyrwich, Michael Berliner). Die Abstimmung über die 15 Ausschüsse im Block erfolgte einstimmig. Daneben gab es noch Einzelabstimmungen über die Weiterbildungsausschüsse III und IV, bei denen sich der Ältestenrat nicht auf die Besetzung des Stellvertreters beziehungsweise Vorsitzenden hatte einigen können. Die Delegierten stimmten mehrheitlich für Christian Handrock als stellvertretenden Vorsitzenden des WbA III und für Walter Schaffartzik als Vorsitzenden des WbA IV. Volker Pickerodt hatte zuvor seine Kandidatur für den Ausschuss zurückgezogen. Eine Übersicht über die Ausschüsse der Kammer finden Sie im Internet.

	Liste	Delegierter	Stellvertreter
1.	Niedergelassene Ärzte	Frau Prof. Dr. med. Vittoria Braun	Herr Dr. med. Georgi Wassilew
2.	Fraktion Gesundheit	Frau Dr. med. Maria Birnbaum	Herr Dr. med. Stefan Hochfeld
3.	Fraktion Gesundheit	Herr Dr. med. Rüdiger Brand	Herr Hermann Brehme
4.	Fraktion Gesundheit	Herr Dr. med. Volker Pickerodt	Herr Dr. med. Sebastian Dieckmann
5.	Fraktion Gesundheit	Frau Dr. med. Charlotte Lutz	Herr Dr. med. Andreas Grüneisen
6.	Fraktion Gesundheit	Herr Dr. med. Wolfram Singendonk	Herr Dr. med. Julian Veelken
7.	Marburger Bund	Herr Dr. med. Matthias Albrecht	Herr Dr. med. Günther Jonitz
8.	Marburger Bund	Frau Dr. med. Sigrid Kemmerling	Herr Dr. med. Kilian Tegethoff
9.	Marburger Bund	Herr Dr. med. Werner Wyrwich	Herr Dr. med. Peter Bobbert
10.	Hausärzte im BDA	Frau Dr. med. Angelika Prehn	Herr Dr. med. Hans-Peter Hoffert
11.	Hausärzte im BDA	Frau Annette Nießing	Herr Michael Janßen
12.	Allianz Berliner Ärzte	Frau Dr. med. Svea Keller	Herr Dr. med. Bernd Müller
13.	Allianz Berliner Ärzte	Herr Dr. med. Roland Urban	Herr Dirk Rehbein
14.	Allianz Berliner Ärzte	Herr Dr. med. Rudolf Fitzner	Frau Dr. med. Thea Schirop
15.	Allianz Berliner Ärzte	Herr Dr. med. Christian Handrock	Frau Dr. med. Sabine Krebs
16.	Allianz Berliner Ärzte	Herr Dr. med. Hans-Detlef Dewitz	Herr Burkhard Bratzke

Stellung der Ausschüsse

Des Weiteren kritisierte Pickerodt, dass Beschlüsse der Wb-Ausschüsse durch den Kammervorstand in der Vergangenheit in Einzelfällen aufgehoben worden seien. Er betonte, dass die Ausschüsse in ihrer Entscheidung frei seien und nicht einer Kontrolle durch den Vorstand unterlägen. Die Zulassung oder Ablehnung zu einer Prüfung sei autonome Entscheidung des jeweiligen Ausschusses. Kammerpräsident Günther Jonitz (Marburger Bund) und Harald Mau (Liste Allianz) widersprachen dem mit Hinweis auf die Weiterbildungsordnung und das Berliner Kammergesetz. Pickerodt forderte daraufhin ein Gutachten über die rechtliche Stellung der Ausschüsse.

Daneben informierte Kammerpräsident Jonitz die Delegierten darüber, dass Axel Ekkernkamp (Marburger Bund) von seinem Amt als Delegierter zurückgetreten ist. Für ihn rückt Bettina Jäger nach, die bereits in der vergangenen Legislaturperiode DV-Mitglied war. *srd*

Erinnern und Vorbeugen

Ärzte im Nationalsozialismus

In Berlin nahm das Unheil seinen Anfang – Wannseekonferenz, Aktion T 4 –, in Berlin begann aber auch, nach allzu langer Latenzzeit, das Erinnern an das, was nach 1933 Ärzten angetan wurde und an das, was Ärzte anderen antaten. 1980 hieß das Eröffnungsthema des erstens Gesundheitstags (eine Art Gegen-Ärztetag) „Medizin im Nationalsozialismus. Tabuisierte Vergangenheit – Ungebrochene Tradition". 1984 gehörte zu Christian Pross' und Rolf Winaus Moabit-Buch „nicht misshandeln" eine Ausstellung, die dann sogar nach New York ging. Eine spätere Ausstellung – „Der Wert des Menschen. Medizin in Deutschland 1918 – 1945" konnte die Ärztekammer Berlin 1989 beim Deutschen Ärztetag zeigen und das Begleitbuch (von Götz Aly und Christian Pross) zusammen mit der Bundesärztekammer herausgeben. Nur pauschal erwähnen können wir hier die zahllosen anderen Bemühungen der Berliner Kammer um Erinnern und Vorbeugen, wie der Teilnahme an Tagungen und Mitherausgabe von Publikationen über Menschenrechtsverletzungen.

Wissenschaftshistorische Forschungsprojekte in jeweils eigener Sache begannen später, wie 1999 das der Max Planck-Gesellschaft, danach das der Deutschen Forschungsgemeinschaft. 2005 zog die KV Berlin nach, mit ihrem Projekt „Anpassung und Ausschaltung – Die Berliner Kassenärztliche Vereinigung im Nationalsozialismus".* Die beiden folgenden Beiträge befassen sich mit zwei aktuellen Vorhaben: dem Projekt des Robert Koch-Instituts zur Aufhellung der eigenen Rolle 1933-1945 und mit einem Vortrag einer Ringvorlesung der Charité, die das gleiche Ziel verfolgt.

ROBERT KOCH-INSTITUT
Schuld und Verstrickung

Fast immer waren es einzelne Mitarbeiter, die anfingen, sich mit der dunklen Vergangenheit ihrer Arbeitsstätte zu befassen, die vergilbte Akten in Kellern oder auf Dachböden sichteten, in Archiven nachgruben oder gar emigrierte Ärzte aufsuchten und eine Ausstellung, eine Dokumentation oder ein Buch zustande brachten. Das war so in Krankenhäusern – in Moabit und das war so im Robert Koch-Institut (RKI) wie auch im Bundesgesundheitsamt, zu dem es zeitweise gehörte. Vor fast zwei Jahrzehnten wurde dort auf Initiative von Mitarbeitern eine Ausstellung gezeigt, die exemplarisch zwei Aktivitäten der Vorgängerin beleuchtete: Zum einen die Verfolgung der Sinti und Roma, deren „rassische Minderwertigkeit" die „Rassenhygienische und Erbbiologische Forschungsstelle" im Reichsgesundheitsamt mit ihrer „Zigeunerforschung" angeblich belegt hatte. Zum anderen die Beteiligung des RKI an den teils letalen Fleckfieberversuchen in Konzentrationslagern. Zur Ausstellung erschien ein Sonderheft des Bundesgesundheitsblattes (Jg 32, März 1989). Im Editorial liest man: „Im Verlauf der Arbeiten zu dieser Ausstellung wurde immer wieder die Frage aufgeworfen, wie Wissenschaftler und Mitarbeiter einer staatlichen Institution durch wissenschaftliche Neugier, durch den Verlust wissenschaftlicher Ethik und Moral oder einfach durch unreflektierte Pflichterfüllung letztlich mitschuldig werden konnten an den Unrechtstaten gegen gesellschaftliche Randgruppen."

Wo Ärzte gefoltert wurden

Ein Jahrzehnt später merkten RKI-Mitarbeiter in der Außenstelle Papestraße, dass dort die grüne Idylle des kaiserzeitlichen Kasernengeländes auch eine „Topographie des Terrors" ist. Im März 1933 hatte die „Feldpolizei" der SA-Gruppe Berlin-Brandenburg dort ein „Wildes Konzentrationslager" eingerichtet. In ihren Folterkellern wurden auch viele der in „Schutzhaft" genommenen linken und jüdischen Ärzte, Gesundheitspolitiker, Wissenschaftler und Literaten gequält; auch jene Ärzte des Krankenhauses Moabit, die SA-Leute direkt vom Arbeitsplatz weg auf Lastwagen in die Papestraße gekarrt hatten. Aus anderen Kliniken und aus Praxen waren den Nazis nicht genehme Ärzte ebenfalls hier konzentriert worden; auch Erich Simenauer, damals Chirurg im Urban-Krankenhaus. Eine Prügelorgie der SA, die mehrere ihrer Opfer zu Tode knüppelte, überlebte er als einziger unverletzt: Einer der Bewacher, den er kurz zuvor appendektomiert hatte, schrieb ihm auf den Laufzettel „nicht misshandeln". So kam Christian Pross, dem Simenauer dies später erzählte, zum Titel des Buches über das Krankenhaus Moabit und die Verfolgung der jüdischen und sozialmedizinisch engagierten Ärzte Berlins. Mitarbeiter der RKI-Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung waren betroffen vom Schicksal ihrer Vorgänger (und auch der im Keim zerstörten innovativen Gesundheitswissenschaften, die, als „Public Health" reimportiert, erst langsam in Deutschland

ANZEIGE

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

* *Ein Zwischenergebnis hat Rebecca Schwoch vorgelegt: „Jüdische Kassenärzte rund um die Neue Synagoge", erschienen 2006 bei Hentrich und Hentrich als Bändchen 54 der schönen kleinen Reihe Jüdische Miniaturen.*

wieder Fuß fassen). Zusammen mit Medizinhistorikern recherchierten sie exemplarische Biographien und erarbeiteten eine kleine Ausstellung, die unter dem Titel „Verfolgte Ärzte im Nationalsozialismus“ am Ort der Misshandlungen in der Papestraße gezeigt und in einer 1999 vom RKI herausgegebenen Broschüre dokumentiert wurde.

Forscher als Forschungsobjekt

So viel zu diesem schrecklichen, wenn auch „nur“ topographischen Detail aus der Geschichte des RKI im Nationalsozialismus. Für dessen Direktor Reinhard Kurth war die Ausstellung, wie er bei der Eröffnung sagte, auch „eine Willensbekundung, sich mit der Vergangenheit auch weiterhin auseinanderzusetzen“. Es blieb nicht bei diesen Worten. Mit einer systematischen Bestandsaufnahme wurde 2006 eine Arbeitsgruppe beauftragt, die im Medizinhistorischen Institut der Charité angesiedelt ist. Auf deren erstem Workshop hob Kurth ihre völlige Unabhängigkeit hervor: „Wir finanzieren zwar das Projekt ‚Das Robert Koch-Institut im Nationalsozialismus‘, aber wir werden Sie in keiner Weise beeinflussen“, sagte er zu den Wissenschaftlerinnen der Arbeitsgruppe, Marion Hulverscheidt, Anja Laukötter, Annette Hinz-Wessels. Eine internationale historische Kommission unter Leitung des Charité-Medizinhistorikers Volker Hess und des HU-Wissenschaftshistorikers Rüdiger vom Bruch bietet die Gewähr für die Unabhängigkeit und die Qualität des zweijährigen Forschungsprojekts. Dessen Ziel ist es, das Handeln der RKI-Wissenschaftler in der Zeit des Nationalsozialismus „so vollständig wie möglich, rückhaltlos und ohne institutionelle Befangenheit zu erforschen“. Einige der auf dem Workshop vorgestellten Befunde:

1933 wurden nicht etwa nur fünf RKI-Wissenschaftler aus „rassischen“ oder politischen Gründen entlassen, wie noch 1991 in einer Jubiläumsschrift zu lesen, sondern 18 (darunter mindestens 12 Juden), also zwei Drittel des 28-köpfigen akademischen Personals, ermittelte der Wiener Medizinhistoriker Michael Hubenstorf. Es gab also einen totalen, bisher gar nicht reflektierten Entwicklungsbruch. Die vielfältigen und innovativen bakteriologischen und serologischen Forschungsprojekte wurden nicht fortgeführt, zumindest nicht in Deutschland.

Mitwisser – Mittäter?

Die Versuche zur Tb-Immunisierung, seit Robert Koch immer wieder gescheitert, wurden im Zweiten Weltkrieg forciert. Man erprobte Wirksamkeit und Risiken der BCG-Impfung und suchte nach anderen Möglichkeiten (Totvakzine). Von den teilweise tödlichen Menschenversuchen, vor allem an Kindern, mussten die RKI-Wissenschaftler Kenntnis haben, sagte der Berliner Medizinhistoriker Thomas Beddies.

Die Verstrickung war institutionell. Man kann also nicht das RKI als Ganzes exkulpieren und allein die beiden Abteilungsleiter Gerhard Rose und Claus Schilling in den Fokus nehmen, die eindeutig an den lebensgefährlichen Fleckfieberversuchen mit KZ-Häftlingen beteiligt waren. Um an dies „Menschenmaterial“ heranzukommen, schaltete man die SS ein, sagte Thomas Werther (Marburg): Als im Krieg das Fleckfieber grassierte, entwickelte I.G. Farben mehrere Impfstoffe (die natürlich nur „deutsches“ Blut schützen sollten). Sie waren aber noch nicht am Menschen erprobt. Man einigte sich bei einer Besprechung am 29. Dezember 1941 unter Beteiligung von Vertretern der Heeresmilitärinspektion, des RKI, der Regierung des besetzten Polen und der I.G. Farben. Schon wenige Tage danach begannen in Buchenwald die potenziell letalen Experimente. Thomas Werther zu den Folgen für die Schuldigen: „Gegen alle Beteiligten wurde durch die Bundesrepublik 1960 ein Strafverfahren eingeleitet. Es wurde nach einem Jahr Ermittlungstätigkeit eingestellt, weil sich angeblich nach so langer Zeit kein ‚eindeutiges‘ Bild mehr gewinnen ließ.“

CHARITÉ
Forschen ohne Skrupel

Der angesehene Direktor der Anatomie an der Berliner Universität, der bekannte Fortpflanzungsforscher Professor Dr. Dr. Hermann Stieve (1886-1952) publizierte einen Aufsatz „Über Wechselwirkungen zwischen Keimdrüse und Nebennierenrinde“ in der Zeitschrift „Das deutsche Gesundheitswesen“ (Heft 18 vom 15.9. 1946) – nach dem Krieg. Er habe die Nebennierenrinde von 421 gesunden Erwachsenen seziert, schreibt er da, und keines der Präparate sei „länger als höchstens drei Stunden nach dem Tode fixiert worden“. Stieve schildert auch den Fall einer 22-jährigen Frau:

„...Nachdem die Menstruation 11 Monate ausgeblieben war, trat plötzlich im Anschluss an eine Nachricht, die die Frau sehr stark erregte (Todesurteil) eine Schreckblutung ein. Am folgenden Tag starb die Frau an äußerer Gewalteinwirkung.“

Sie hieß Cato Bontjes van Beek und wurde am 5. August 1943 zusammen mit 15 anderen deutschen Widerstandskämp-

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 Poznan Barcelona Mallorca
Dircksenstraße 40 · 10178 Berlin-Mitte · Tel.: 030 288830-0 · Fax: 030 288830-90

fern in Plötzensee hingerichtet, weil sie an einem Flugblatt mitgearbeitet hatte. Daran erinnerte ein Vortrag über Stieves Forschungen an Leichen hingerichteter Nazi-Opfer von Andreas Winkelmann (Centrum für Anatomie der Charité) im Rahmen der Ringvorlesung „Die Charité Berlin im Nationalsozialismus und die Nürnberger Ärzteprozesse 1946/47". Im Zentrum stehen nicht die bekannten medizinischen Verbrechen, sondern die „fast durchgehende" unterstützende Rolle der „willfährigen" Wissenschaftler sowie jene Grenzüberschreitungen, zu denen enthusiastische Forscher auch heute noch tendieren.

Todesangst wissenschaftlich ausgewertet

Der hier exemplarisch herausgegriffene Vortrag über Hermann Stieve hatte genau dies zum Thema. „Ein Fall Stieve sagt heutigen Forschern viel mehr als ein Fall Mengele", meinte Winkelmann. Stieve wollte einfach nur forschen. Er begann natürlich mit Tieren. Winkelmann zitiert unter anderem aus dem Kapitel „Die Verarbeitung des deutschen Widerstands zu Gewebeschnitten" in Ernst Klees Buch „Auschwitz – Die NS-Medizin und ihre Opfer" (Frankfurt/M. 1997). Dort liest man, dass Stieve 1918 über die Oogenese beim Haushuhn arbeitete. „Um Todesangst unter den Hühnern zu erzeugen, stellt er einen Käfig mit einem lebenden Fuchs in den Hühnerstall. An den danach getöteten Hühnern studiert er die Auswirkung der Todesangst auf die Eierstöcke". Dass auch psychische Faktoren, etwa Angst, die mikroskopische Struktur der Eizellen schädigen können, konstatiert er in der Publikation „Der Einfluss des Nervensystems auf Bau und Leistungen der weiblichen Geschlechtsorgane des Menschen" (Leipzig 1942). In einem Brief hatte er 1931 geklagt, dass es „ungemein schwer ist, Eierstöcke von wirklich gesunden Menschen aufzutreiben". Die Leichen von Unfallopfern und Hingerichteten wurden damals zwar der Anatomie überlassen, berichtete Winkelmann, aber Hinrichtungen waren in der Weimarer Republik selten; 1930 gab es in ganz Deutschland nur eine.

Das änderte sich nach Hitlers Machtergreifung, denn alle, denen man „Widerstand" vorwarf, konnte die Todesstrafe treffen. 1938 wurden allein in Berlin 55 Menschen hingerichtet, 1943 fast 1000, davon 250 Frauen. Darunter waren viele junge Widerstandskämpferinnen wie Cato Bontjes van Beek. Stieve, der fleißige Forscher, ließ sich über die bevorstehenden Hinrichtungen informieren und schickte den Institutsdiener mit dem Leichenwagen nach Plötzensee. An den Wissenschaftsminister schrieb er: „Durch die Hinrichtungen erhält das Anatomische und Anatomisch-biologische Institut einen Werkstoff, wie ihn kein anderes Institut der Welt besitzt. Ich bin verpflichtet, diesen Werkstoff entsprechend zu bearbeiten, zu fixieren und aufzubewahren." Stieve war kein Nazi, kein PG (nur deutsch-national), betonte Winkelmann. Aber er war ein Forscher, der damals wie andere Forscher ohne Skrupel das „Menschenmaterial" benutzte, das ihm das nationalsozialistische Regime lieferte.

Winkelmann teilt die Einschätzung von Udo Schagen (zusammen mit Sabine Schleiermacher Veranstalter der Ringvorlesung des Medizinhistorischen Instituts, die im Sommersemester fortgesetzt werden soll): Stieve hat wohl die ethischen Grenzen seiner Zeit nicht überschritten. Aber diese Grenzen waren sehr weit gezogen. Damals hätte wahrscheinlich kein Anatom die Leichen solcher Willküropfer abgelehnt, die durch die Verwertung als „Werkstoff" und die wissenschaftliche Auswertung ihrer Todesangst zusätzlich gedemütigt wurden. „Vielleicht ergreifen auch wir mal die günstige Gelegenheit zum Forschen, und in fünfzig Jahren wirft man uns das vor", sagte Winkelmann.

Stieves Forschungsergebnisse sind in Lehrbücher eingegangen, seine Präparate wurden sehr lange noch benutzt. Er wurde mehrfach befragt und verhört (nie vor Gericht) und beteuerte immer, nur Leichen von Schwerverbrechern verwendet zu haben. Auf eine Art Anklagebrief, den ein Student nach dem Krieg an die Universitätsleitung richtete, schrieb er eine ellenlange Antwort und verlangte die Entfernung dieses Studenten. Stieve starb 1952, überhäuft mit Ehren, als großer Wissenschaftler.

Rosemarie Stein

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

Hochintensive und individuelle Therapien für Privatversicherte. Aufnahme jederzeit - auch im akuten Krankheitsstadium. Speziell für suchtkranke Mediziner bietet Oberberg ein anerkanntes Programm zur beruflichen Wiedereingliederung: das Oberberg-Curriculum.

Oberberg
Psychotherapie · Psychiatrie · Psychosomatik

Eberhard Zohlen zum Gedenken

Foto: privat

Am 29. Dezember 2006 ist ruhig und abgeklärt im Kreise seiner Familie Dr. med. Eberhard Zohlen in Berlin gestorben. Er wurde 98 Jahre alt, hat bis zu seinem Ende geistig frisch am Leben teilgenommen.

Die von ihm beschriebene Untersuchungstechnik der Chondropathia pataelle ist bei entsprechend positivem Befund als Zohlen-Zeichen in die deutschsprachige Literatur eingegangen und sollte nach dem Willen des Autors helfen, die wegen des einfachen Zuganges so beliebte Meniskusoperation indikatorisch besser zu differenzieren.

Die Arbeit „Chondropathia pataelle, über ihre Bedeutung und ihr Wesen" erschien in Bruns Beiträgen zur klinischen Chirurgie Band 174 (1943) auf den Seiten 69 – 88.

„Das Zohlen-Zeichen besteht in einer vorsichtigen Querpalpation der Patella unter leichtem Druck auf die Trochlea."

Eberhard Zohlen wurde 1908 in Wittenberge/Prignitz geboren. Schule, Medizinstudium mit Staatsexamen 1934 und Weiterbildung zum Facharzt für Chirurgie in Berlin, Facharzt für Chirurgie und Promotion im Auguste-Viktoria-Krankenhaus Berlin-Wilmersdorf. Während des Krieges war er Marinestabsarzt, anschließend arbeitete er in einem Lazarett in Wilhelmshaven. 1950 kehrte er nach Berlin zurück, wo er in Spandau eine chirurgische Praxis eröffnete, die er bis 1987 betrieb. Bis 1978 war er Chirurgischer Belegarzt im Ev. Krankenhaus Johannesstift in Spandau. Er hat sich sehr aktiv in die Berliner Chirurgische Gesellschaft eingebracht. Der großgewachsene, hagere, körperlich wie geistig immer sehr aktive Mann pflegte ein intensives Familienleben und war auch dem Sport sehr zugetan – besonders dem Rudersport.

Von der Verbreitung seines „Zohlen-Zeichens" hat er eher beiläufig, leicht amüsiert, jedoch wohl-gefällig und bescheiden Kenntnis genommen. Weitere Veröffentlichungen hierzu hat er nicht angestrebt.

Professor Dr. med. Peter Hertel
Martin-Luther-Krankenhaus Berlin

ANZEIGE

Berufsunfähigkeitsschutz in Zeiten des Alterseinkünftegesetzes

KLUG VERSICHERN BRINGT BARES GELD

„Kümmern Sie sich möglichst früh um eine Berufsunfähigkeitsversicherung. Je jünger und gesünder Sie sind, desto leichter bekommen Sie einen guten Vertrag zu einem akzeptablen Preis" – das ist der eindringliche Rat, den die Verbraucherzeitschrift „Finanztest" den Lesern mit auf den Weg gibt. Ein wichtiger Hinweis der Verbraucherschützer, den übrigens seit vielen Jahren bereits die Fachleute aus der Versicherungsbranche propagieren. Denn sie kennen die Statistik genau: Immer mehr Menschen müssen sich vorzeitig aus ihrem Berufsleben verabschieden – Krankheiten am Bewegungsapparat, Herz-/Kreislaufsystem, psychische Erschöpfung und, vor allem bei jungen Menschen, Sportunfälle sind die häufigsten Ursachen.

Nun ist bekanntlich jeder Arzt über seine Pflichtmitgliedschaft im ärztlichen Versorgungswerk im Falle der Berufsunfähigkeit versichert. Allerdings sind diese Leistungen in Umfang und Höhe nicht ausreichend, den Einkommensverlust zu kompensieren. Man spricht von einer Grundversorgung. Beispielsweise zahlt das Versorgungswerk erst dann, wenn der Arzt gar nicht mehr in der Lage ist, ärztlich tätig zu sein und seine gesamte ärztliche Tätigkeit einstellt. Die private Berufsunfähigkeitsversicherung (BUV) bezahlt bereits bei einer Teil-Berufsunfähigkeit von z.B. 50 Prozent. Dies und noch eine Reihe weiterer Vorteile machen eine BUV zu einer idealen Ergänzung zu den Leistungen des Versorgungswerkes.

Doch Vorsicht: Mit der Einführung des Alterseinkünftegesetzes zum 1. Januar 2005 wurde das System der einkommenssteuerrechtlichen Behandlung von Altersvorsorgeaufwendungen und Altersbezügen komplett umgestellt. Doch nicht nur das. Es ist nunmehr auch wichtig geworden, die BUV in dieser neuen „Vorsorgewelt" zu beurteilen. Hier klug zu sein, bringt bares Geld.

Was ist aus steuerlicher Sicht eine günstige Variante? Die Frage beantwortet Jörg Dobersch von der Repräsentanz Buntebart & Dobersch OHG der Deutschen Ärzte Finanz:

„Es ist richtig, dass es seit dem 1. Januar 2005 möglich ist, eine BUV zu einer Basisrente, also in der 1. Schicht, mit steuerlicher Förderung der Beiträge abzuschließen. So kann es also für einen Arzt interessant sein, eine bestehende BUV, die er in der 3. Schicht, also in der „Privaten Vorsorge", bereits früher abgeschlossen hat, nun zu kündigen und als BUV zu einer neuen Basisrente in der 1. Schicht mit minimaler Sparleistung neu abzuschließen. Was sehr technisch klingt, lässt sich auf eine Formel reduzieren: Sie senken weiter deutlich Ihre Steuerbelastung und verbessern gleichzeitig die private Altersvorsorge.
Ein Beispiel: Bei einem Steuersatz von 40 Prozent kommen Sie in den Genuss
- *einer erstklassigen Rendite von rund 9,23 Prozent*
- *profitieren mit Steuervorteilen von rund 13.000 Euro und*
- *eines zusätzlichen Rentenkapitals von rund 30.000 Euro."*

Was ist konkret zu tun? Passen Sie die bestehende BUV den neuen Bedingungen an und profitieren Sie dadurch von den steuerlichen Fördermöglichkeiten. Einen steueroptimierten Vorschlag können Sie unverbindlich unter E-Mail: buntebart.dobersch@aerzte-finanz.de, Telefon 030 29449150 oder reinhard.schulz@aerzte-finanz.de, Telefon 030 8334994 anfordern.

Die Berliner Ärzteschaft trauert um ihre im Jahr 2006 verstorbenen Kolleginnen und Kollegen

	*	†
Dr. Dr. Benjamin Andoh	16.8.1923	23.4.
Dr. med. Heinz Arnold	1.10.1925	2.3.
Dr. med. Manfred Bahr	7.8.1934	3.12.
Dr. med. Hans-Joachim Blüthgen	16.2.1917	6.12.
Dr. med. Carl Heinrich Bossen	21.12.1951	5.2.
Dr. med. Jürgen Brauer	30.5.1949	14.7.
Dr. med. Helene Braun	16.7.1926	25.7.
Dr. med. Ursula Djubrini	7.2.1935	7.11.
Dr. med. Günther Dorka	17.12.1918	23.9.
Dr. Dr. med. Wolfgang Düe	24.10.1956	17.4.
Dr. med. Wilhelm Engert	6.8.1920	5.1.
Dr. med. Gisela Faulenbach	21.2.1920	23.6.
Dr. med. Horst Frey	17.11.1922	14.1.
Prof. Dr. Dr. med. Joachim Gabka	25.2.1926	9.3.
Horst Goßow	7.12.1934	26.10.
Dr. med. Günter Grave	24.3.1912	21.9.
Günter Gründler	11.12.1940	12.7.
Gabriele Guttenberger-Pleier	13.1.1946	6.12.
Dr. med. Ulrich Gück	16.8.1917	9.4.
Dr. med. Folker Haase	24.9.1943	23.9.
Dr. med. Franz Hanney	27.11.1921	5.3.
Dr. med. Christian Havestadt	26.1.1949	9.5.
Dr. med. Ernst Hils	15.1.1921	7.8.
Dr. med. Rupprecht Hoffmann	24.11.1915	19.8.
Dr. med. Margrit Hofmeister	8.9.1925	22.7.
Moritz Horn	6.1.1922	16.4.
Dr. med. Günter Häfele	23.5.1945	5.6.
Dr. med. Klaus Jessenberger	19.7.1940	12.8.
Erwin Kiekheben-Schmidt	16.11.1948	25.1.
Dr. med. Ursula Kimmel	10.4.1950	19.7.
Dr. med. Michael Klein	30.6.1939	8.6.
Dr. med. Harald Klingler-Mandig	29.4.1920	30.11.
Dr. med. Gisela Koberg	25.8.1921	16.4.
Prof. Dr. med. Meinrad Koch	5.4.1930	16.1.
Dr. med. Renate Kohlheim	4.8.1941	27.5.
Dr. med. Tamara Kopte-Rottloff	2.7.1935	12.9.
Dr. med. Charlotte Kosmehl	7.9.1909	30.4.
Dr. med. Claus Kraft	12.9.1929	11.1.
Dr. med. Erich Kuhn	6.1.1916	20.7.
Ulrich Kuss	10.2.1925	30.6.
Dr. med. Alfred Köhler	26.2.1920	16.10.
Dr. med. Herbert Köhler	3.2.1915	1.9.
Dr. med. habil. Lutz Ladstätter	20.12.1923	27.2.
Dr. med. Inge Laude	21.3.1933	12.5.
Dr. med. Paul Lorenz	11.6.1938	23.4.
Dr. med. Rolf Ludwig	7.7.1953	14.8.
Dr. med. Stefan Lundt	14.10.1953	18.2.
Dr. med. Annegret Lübker	27.1.1931	9.7.
Gabriele Matthai	25.4.1946	26.1.
Dr. med. Günter Maurer	13.10.1919	16.6.
Dr. med. Hans-Walter Mente	6.4.1921	12.2.
Dr. med. Ingeborg Miethner	16.6.1920	25.8.
Ignace Mugaragu	21.5.1966	25.5.
Bernd Müller	9.2.1954	3.5.
Dr. med. Eva Nieder	12.9.1912	2.2.
Dr. med. Ilse Pannhorst	18.12.1910	25.4.
Dr. med. Ulrich Peek	13.6.1935	4.8.
Eva Plewa-Schlomka	20.8.1930	25.2.
Baruch Poetke	23.11.1932	19.2.
Dr. med. Lothar Pohl	14.11.1920	7.9.
Dr. med. Wilfried Polzin	14.12.1958	17.11.
Dr. med. Gisela Rack	3.1.1942	16.10.
Dr. med. Dorothea Raube	22.9.1933	5.4.
Dr. med. Martin Reinsch	28.4.1922	4.9.
Sigrid Reinsperger	19.9.1935	3.8.
Luise Roane	23.12.1950	17.4.
Dr. med. Dieter Roll	15.10.1932	13.6.
Prof. Dr. med. Geert Rücker	21.11.1927	5.3.
Dr. med. Hella Saling	2.10.1925	18.9.
Dr. med. Gertraut Schettler	21.7.1919	3.2.
Dr. med. Gottfried Schmidt	5.1.1932	20.2.
Dr. med. Joachim Schmidt	8.3.1944	16.2.
Dr. med. Peter Schmidt-Peter	12.10.1933	13.7.
Dr. med. Arno Schulz	1.12.1911	11.3.
Ursula Schönherr	29.6.1929	9.4.
Dr. med. Bärbel Seraphin	10.2.1939	15.5.
Dr. med. Erika Sieber	2.2.1942	31.1.
Dr. sc. med. Frank Sielaff	28.11.1944	1.11.
Dr. med. Ingeborg Siewert	9.9.1943	20.2.
Dr. med. Birgit Sowade	23.10.1964	27.9.
Dr. med. Tilman Spencker	6.8.1941	20.11.
Dr. med. Cecilie Strelka	9.12.1914	27.3.
Sagarbant Talybova	30.7.1950	14.10.
Dr. med. Marie Taubert	15.4.1936	22.1.
Dr. med. Heinz Terletzki	9.3.1920	17.8.
Prof. Dr. med. Werner Thies	24.7.1921	14.5.
Dr. med. Andrew Thornton-Bauder	28.5.1917	28.10.
Dr. med. Mechthild Venz	9.10.1928	9.3.
Dr. med. Ursula Waldeyer	12.6.1919	16.7.
Dr. med. Soraya Wenig	15.4.1957	28.12.
Dr. med. Hansgeorg Weyer	25.5.1929	26.9.
Helga Wiese-Schmidt	26.5.1920	29.10.
Reinhold Wiesner	25.1.1940	18.1.
Dr. med. Kurt Wilschke	21.2.1924	6.10.
Prof. Dr. med. Dr. phil. Rolf Winau	25.2.1937	15.7.
Brigitte Windisch	17.12.1940	10.4.
Dr. med. Horst Wittenbecher	26.5.1939	11.6.
Prof. Dr. med. Gunther Wittig	8.2.1911	10.11.
Dr. med. Karl-Jürgen Wollmann	6.5.1938	28.5.
Dr. med. Hilmar-Arno Wuthe	28.6.1944	19.10.
Najiba Yusofie	22.11.1944	13.2.
Dr. med. Gerhart Zeller	4.7.1922	14.5.
Dr. med. Raimund Zemann	26.3.1915	31.7.
Dr. med. Gisela Zimmermann	11.9.1920	2.10.
Dr. med. Eberhard Zohlen	2.1.1908	29.12.

ANZEIGEN

Geteilte Freude ist doppelte Freude: Lebensqualität, das bedeutet in Entwicklungsländern: genug zu essen, ein festes Haus und Schulbildung für die Kinder. Wenn Sie Produkte aus fairem Handel kaufen, tragen Sie dazu bei.
„Brot für die welt" Postbank 500 500-500 BLZ 370 100 50 www.brot-fuer-die-welt.de

Praxisschilder · Drucksachen · Stempel
Thomas Götze 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

Der Hypochonder

und seine Ärzte

Monsieur Argan rechnet nach: Acht Arzneien und zwölf Klistiere hat er diesen Monat nur genommen. „Vorigen Monat waren es zwölf Arnzeien und 20 Klistiere. Da ist's freilich kein Wunder, wenn ich mich diesen Monat nicht so wohlauf fühlte wie im vergangenen."

Im Jahre 2007, in das Molières „Eingebildeter Kranker" sich mit viel Theaterdonner schon in der ersten Szene versetzt sieht, sind die Klistiere durch Spritzen, die Seizième-Kulissen durch hygienisch-weiß verhängte Wände und das barocke Ärzte- und Apotheker-Ballett durch ziemlich albernes Musical-Gehampel ersetzt.

Man hätte sich für die Übertragung ins Gegenwärtige mehr intelligenten Witz und eine intimere Kenntnis des modernen Gesundheitswesens gewünscht, um es mit Molièreschem Tiefgang karikieren zu können. Die Aufführung der Version „Ein eingebildeter Kranker" im Theater am Kurfürstendamm hat aber einen unschätzbaren Vorzug: Sie regt dazu an, den originalen, originellen Molière-Text wieder zu lesen.

Es macht einen Heidenspaß, wie alle hier ihr Fett wegkriegen: Der Hypochonder, die erbschleichende Gattin, die geldgierigen schwarzen Schafe unter Ärzten und Apothekern. Schon immer passten offenbar Hypochondrie und Disease mongering ineinander wie Schlüssel und Schloss.

Hypochondrie: Wer hat nicht als Anfänger in der Medizin (oder im Medizinjournalismus) die eine oder andere Krankheit am eigenen Leibe zu spüren geglaubt? Nur weil ein Professor oder das Lehrbuch sie so eindringlich schilderte. („Ich habe solche Kopfschmerzen – es wird doch kein Hirntumor sein?") Und erst das Fernseh-Publikum! Erinnern Sie sich an die montäglichen Fälle von „Morbus Mohl", nachdem der vorzügliche Medizin-Moderator des ZDF, Hans Mohl, am Sonntag wieder eine neue Krankheit vorgestellt hatte?

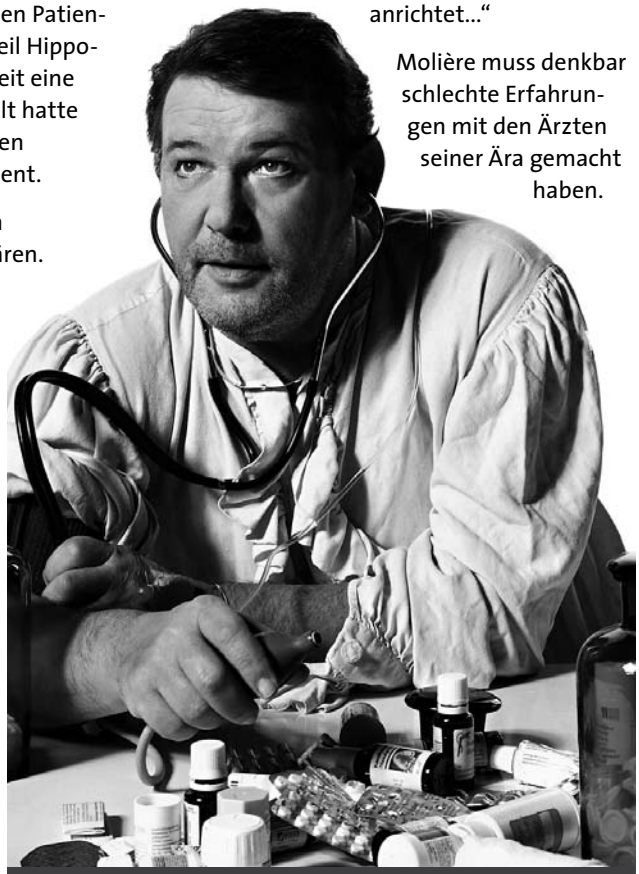
Der Hypochonder war zu Molières Zeiten (und auch später) eine beliebte literarische Figur, ebenso wie der unfähige Arzt – was Wunder, beim Stand der damaligen Medizin! Viel mehr als Purgieren, Schröpfen und Aderlass gab's ja nicht. Molière hat drei Komödien mit ärztlichen Protagonisten verfasst: „Der fliegende Arzt", „Der Arzt wider Willen" und „Die Liebe als Arzt". In der letzteren weigert sich der professionelle Doktor strikt, einen verstorbenen Patienten für tot zu halten, weil Hippokrates für diese Krankheit eine andere Prognose gestellt hatte – Schulmedizin, die diesen (Schimpf-)Namen verdient.

Womit wir wieder beim „Malade imaginaire" wären. Der geizige Hypochonder will seine Tochter gegen deren Willen mit einem Jungmediziner und Arztsohn verheiraten (quasi als Krankenversicherung). Dessen Vater preist den Filius, einen studierten Deppen, an:

„Was mir am allermeisten an ihm gefällt, und darin bin ich ein beispielhaftes Vorbild: Er verbeißt sich blindwütig in die Anschauungen unserer Vorläufer und hat nie das Geringste von den Gründen und Erfahrungen der vorgeblichen Entdeckungen unserer Zeit wissen und begreifen wollen; er hat den ganzen Schwindel mit dem Blutkreislauf und ähnlichen Unsinn nie mitgemacht." Er handelt also streng eminenzbasiert, der Junge, würden wir heute sagen, und zudem sind die Emienzen lange tot.

In einer Schlüsselszene – 3. Akt, 3. Auftritt –, dem Disput des medizinhörigen Hypochonders mit seinem medizinkritischen Bruder (Molières alter ego) über Macht und Ohnmacht der Heilkunst beschreibt Argans Bruder dessen vor jedem Selbstzweifel gefeiten Hausarzt Purgon: „Für ihn gibt es in der ärztlichen Kunst nichts Dunkles, nichts, was zweifelhaft ist, nichts Schwieriges. Mit dem ganzen Starrsinn des Selbstvertrauens, der ganzen Rücksichtslosigkeit, die sein grobschlächtiger Mutterwitz und sein Durchschnittsverstand zeitigen, geht er mit Purgieren und Aderlassen forsch ins Zeug und überlegt keinen Augenblick, was er damit anrichtet..."

Molière muss denkbar schlechte Erfahrungen mit den Ärzten seiner Ära gemacht haben.



„Ein eingebildeter Kranker": Walter Plathe (Theater am Kurfürstendamm)

Er selbst – kein Hypochonder – spielte bei der Uraufführung in Paris die Rolle des eingebildeten Kranken. In der vierten Vorstellung, am 17. Februar 1673, erlitt er auf der Bühne einen Blutsturz. Wenige Stunden später war er tot.

Rosemarie Stein

Unentbehrlicher und unabhängiger Arzneimittel-Führer

Alles im grünen Bereich bei Ihren Verordnungen? Rational und obendrein rationell? Dann sind Sie vielleicht schon lange Benutzer des Arzneimittelkursbuches, und dann wissen Sie: Grün unterlegt sind in diesem – 14 500 Medikamente umfassenden – Kompendium die Mittel der Wahl (blassgrün die der Reserve). Bei Rot heißt es: Halt! Da wird vor Präparaten gewarnt, die einem zweifelhaften oder überholten Therapieprinzip folgen. Dazwischen gibt's noch eine breite Grauzone von „Varianten ohne besonderen Stellenwert" oder umstrittenen Mitteln.

Also ein kritisch bewertendes Nachschlagewerk, in dem übersichtliche Tabellen auch Preisvergleiche auf einen Blick erlauben. (Ein Beispiel: Der Lipidsenker Simvastatin kann in der Hunderter-Packung 0,82, aber auch 1,53 Euro pro Tag kosten.) Gegliedert ist es nach Krankheitsgruppen, und in den Einführungstexten werden auch nichtmedikamentöse Therapiemöglichkeiten genannt. Neu in der 15. Ausgabe ist zum Beispiel, dass, sofern zu ermitteln, das Einführungsjahr eines Wirkstoffs genannt ist. (Je älter, desto besser erprobt?) Und neu sind vor allem die Literaturangaben und Hinweise auf Veröffentlichungen im „arznei-telegramm".

Die „arznei-telegramm-datenbank (atd)" liegt dem Buch zugrunde. Vollständig nutzt man sie einschließlich der zitierten Texte gegen Lizenzgebühr im Internet, außerdem gibt es eine CD-Version. Sie findet sicher schon deshalb ihre Liebhaber, weil der 2300-Seiten-Wälzer bei häufiger Benutzung eine schwerwiegende Nebenwirkung hat: Das Risiko einer Sehnenscheidenentzündung. Mit welchem Vehikel auch immer: Sie fahren gut mit Hilfe dieses Navigators: Immer auf der grünen Welle. *R. St.*

Arzneimittelkursbuch, 15. Ausgabe 2007/08. A.V.I. Arzneimittel-Verlags-GmbH, Berlin 2007. 118 Euro. Vertrieb: arznei-telegramm, Bergstr. 38 A, Wasserturm, 12169 Berlin, Fax 79490218. www.arznei-telegramm.de

ANZEIGE

Aber unsere Preise sind Inklusiv-Preise:

✓ inkl. Mehrwertsteuer
✓ inkl. Lieferung frei Haus und Installation
✓ inkl. Einweisung in Ihrer Praxis gem. MPG
✓ inkl. zweiter Einweisung auf Wunsch
✓ inkl. 24 Stunden Vor-Ort-Service
✓ inkl. kostenlosem Ersatzgerät bei Reparatur

z.B. Farbdopplersysteme der Weltmarktführer
TOSHIBA GE Healthcare

Bereits ab € 17.969.-
✓ inkl. MwSt z.B.
GE LOGIQ 3 PRO
✓ inkl. 1 Standardsonde

SONORING®
Die Nummer 1 im Ultraschall
Wir gratulieren
unseren Mitbewerbern
zu Ihren niedrigen
Netto-Preisen

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 | Sunlight | SONY | MINDRAY

IMPRESSUM

BERLINER ÄRZTE

4/2007 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 Dückert
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 veröffentlichen Zuschriften wissenschaftlicher und standespolitischer Art kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die darin geäußerten Ansichten decken sich nicht immer mit denen der Herausgeber der Zeitschrift. Sie dienen dem freien Meinungsaustausch unter der Ärzteschaft und ihr nahestehender Kreise. Nachdruck nur mit Genehmigung. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zulässigen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar.

Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:

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

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Melanie Bölsdorff
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 Leseranalyse Medizinischer Zeitschriften e.V.

ISSN: 0939-5784