

Wiedereinführung des Allgemein-Internisten

Der Deutsche Ärztetag hat mit großer Mehrheit die Wiedereinführung des Arztes für Innere Medizin beschlossen. Vorangegangen war eine langjährige Debatte darüber, wer in Deutschland an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen kann und wie man einen möglichst breiten und dennoch fachlich fundierten Zugang zur hausärztlichen Versorgung gewährleisten kann. Aus diesem Grund wurde auf dem Ärztetag in Rostock im Jahre 2002 der so genannte Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin beschlossen. Er sollte langfristig zur Folge haben, dass sich der in der Weiterbildung zum Internisten befindliche Arzt entscheiden muss, ob er den Weg

- a) zum Internist mit Schwerpunktbezeichnung oder
- b) nach einer mindestens zweijährigen klinisch-stationären Tätigkeit zu einer Weiterbildung zum Hausarzt einschlägt.

Auf lange Sicht stünden dann einem Internisten mit Schwerpunktbezeichnung in der stationären Versorgung breiter ausgebildete Ärztinnen und Ärzte für Allgemeine und Innere Medizin in der ambulanten hausärztlichen Versorgung gegenüber. Um diese Beugung der Weiterbildungsordnung unter das Sozialrecht („hausärztliche Versorgung“ ist im SGB V definiert) zu verstehen, muss man wissen, dass es erklärtes Ziel der Bundesregierung ist, einen Systemwechsel in Deutschland dergestalt herbei zu führen, dass in der ambulanten Versorgung ausschließlich Allgemeinmediziner/Hausärzte tätig werden und die gesamte fachärztliche Versorgung im Krankenhaus resp. in medizinischen Versorgungszentren stattfindet.

Diesem politischen Willen wird unter anderem dadurch Rechnung getragen, dass im Zuge der geplanten Änderung der Honorarverteilung im Jahr 2009 circa



Foto: Råse

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

2,4 Mrd. Euro aus dem Honorartopf der Fachärzte zu den Hausärzten umgeschichtet werden sollen. Begehrlichkeiten und Ängste waren damit vorprogrammiert.

Dieser „Rostocker Beschluss“ war nicht umsetzbar. Zum einen fehlte die Akzeptanz insbesondere bei den Internisten, die „ihr Fach“ verschwinden sahen, zum anderen stellte sich für die Ärztekammer die Gretchenfrage: Die Ärztekammer definiert die Inhalte der Medizin und stellt Verhaltensregeln auf (Berufs-, Weiterbildungs-, Fortbildungsordnung). Diese müssen von der herrschenden gesundheitspolitischen Ideologie unabhängig sein. Solange das Fach „Innere Medizin“ etwas anderes ist als das Fach „Allgemeinmedizin“ müssen sich diese Unterschiede auch in der Weiterbildungsordnung niederschlagen. Gleichzeitig hat die Ärztekammer die Aufgabe, dafür zu sorgen, dass die Fachgebiete und Identitäten erhalten bleiben. Eine verfasste Ärzteschaft kann es sich nicht leisten, ein relevantes Fachgebiet in der Weiterbildungsordnung verschwinden zu lassen, ohne ihre eigene Identität in Frage zu stellen.

Die Existenzfrage war für die Internisten dadurch gegeben, dass sie nicht mehr ohne Schwerpunkt in der Weiterbildungsordnung aufzufinden waren. Dieser Umstand wurde beseitigt.

Für die Allgemeinmedizin stellt sich allerdings ein anderes Problem dar: sie steht zwar in der Weiterbildungsordnung, diese wird aber nicht ausreichend praktiziert und gelebt.

Die Allgemeinmedizin/Hausärztliche Versorgung stellt die Königsklasse der Patientenversorgung dar. Dennoch gibt

es erhebliche Schwierigkeiten, die hehren Ziele der Weiterbildungsordnung in die Tat umzusetzen. Die Weiterbildung basiert aufgrund des Fehlens stationärer und damit geregelter Arbeitsverhältnisse maßgeblich auf dem Enthusiasmus und der Ausdauer der Weiterzubildenden. Der stationäre Teil ist zum Teil nur unter falschen Angaben („Selbstverständlich möchte ich unbedingt Chirurg werden!“), der ambulante Bereich nur durch erhebliche Einschnitte in der Strukturierung und in der Vergütung zu gewährleisten. Die Aufgabe, eine strukturierte, qualitativ hochwertige und angemessen vergütete Weiterbildung in der Allgemeinmedizin zu gewährleisten, ist in Deutschland ungelöst.

Dieser Aufgabe wird sich die Ärztekammer Berlin mit besonderem Nachdruck widmen. Dazu gehört neben der politischen Forderung auf eine bessere Ausfinanzierung und Umsetzung des Förderprogramms Allgemeinmedizin eine transparente und breiter getragene Evaluation und Steuerung der Weiterbildung in Klinik und Praxis.

Nicht alle Probleme der hausärztlichen Versorgung können durch eine Änderung der Weiterbildungsordnung gelöst werden. Auch Eigeninitiative ist gefragt. Kluge Krankenhausträger könnten sich die Frage stellen, inwieweit sie nicht von den im eigenen Hause weitergebildeten Allgemeinmedizinern profitieren können. Man könnte sich auch die Frage stellen, welches Rüstzeug Hausärzte brauchen, um unabhängige und möglichst kluge Ärzte zu sein. Gemeinsam müssen die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass die Tätigkeit als Hausarzt tatsächlich wieder attraktiv wird und neben einer hoch interessanten und breit gefächerten Aufgabe gegenüber kranken Menschen auch die eigene Lebensplanung und persönliche Entwicklung nicht zu kurz kommt.

Der Ärztetag ist beendet. Die Arbeit beginnt.

Mit herzlichen Grüßen

P.S.: Der Autor ist seit Jahren ein begeistertes Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (www.degam.de)

EDITORIAL.....

**Wiedereinführung des
Allgemein-Internisten**

Von Günther Jonitz.....3

BERLINER ÄRZTE aktuell.....8

**„Krebsatlas 2002-2004“
ist erschienen**Informationen des Gemeinsamen
Krebsregisters.....11BERUFS- UND GESUND-
HEITSPOLITIK.....**Das Wichtigste vom
110. Deutschen Ärztetag**Die Delegierten hatten in Münster
einige heiße Eisen anzupacken. Hier
finden Sie die wichtigsten Ergebnisse.

Von Sascha Rudat.....26

**Ein Jahr nach Einführung der
neuen Weiterbildungsordnung**Seit über einem Jahr ist die neue
Weiterbildungsordnung in Kraft. Mit ihr
gab es eine Vielzahl von Veränderungen,
die nach und nach umgesetzt wurden.
Alle Informationen finden Sie hier.

Von Kerstin Hoeft.....29

**Münster und die Weiterbildung
in Berlin**Auf dem Ärztetag in Münster haben die
Delegierten eine neue Weiterbildungs-
ordnung beschlossen. Lesen Sie, welche
Auswirkungen das auf Berlin hat.

Von Michael Peglau.....31

**Das Präventionsprojekt
Dunkelfeld (PPD)**Am Institut für Sexualmedizin wird der-
zeit das „Präventionsprojekt Dunkel-
feld“ gegen Kindesmissbrauch durchge-
führt. BERLINER ÄRZTE stellt das bun-
desweit einmalige Projekt vor.

Von Klaus M. Beier et. al.....32

**Sexualmedizin in der Aus-, Fort-
und Weiterbildung**Die Ärztekammer Berlin setzt sich für
einen Ausbau der sexualmedizinischen-
Weiterbildung ein.

Von Michael Peglau.....35

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen.....10**Fortbildungskalender**Fortbildungsveranstaltungen der
Ärztekammer Berlin.....24**Ein drängendes Problem –
Harninkontinenz**

TITELTHEMA.....

**Geriatrische Patienten
mit großem Potenzial**BERLINER ÄRZTE stellt den ersten
Platz des diesjährigen Berliner
Gesundheitspreises vor. Das Beispiel
des Ambulanten Geriatrischen Reha-
komplexes aus Schönebeck in
Sachsen-Anhalt zeigt, dass sich mit
der Verknüpfung bestehender
Angebote und viel Einsatz eine
umfassende geriatrische Versorgung
realisieren lässt.

Von Sascha Rudat..... 14

Ein Workshop der Arzt-Apotheker-Koope-
ration Berlin hat sich dem quälenden
Drang gewidmet.....36

PERSONALIEN.....

**Zum 90. Geburtstag von
Hans-Jürgen Behrendt.....39**

BUCHBESPRECHUNGEN...

**Wahre Geschichten über die
Ware Gesundheit.....22****Transparency International:
Jahrbuch Korruption.....22****Zur Geschichte der Krankenhaus-
stadt Berlin-Buch.....23**

FEUILLETON.....

Eine Klinik in DamaskusWie fortschrittlich die Medizin des Ori-
ents war, zeigt das ehemalige Kranken-
haus Bimaristan Nuri in Syrien.

Von Rosemarie Stein.....40

Impressum.....46

Helios eröffnet Neubau in Berlin-Buch

Der Helios-Konzern hat in Berlin-Buch nach drei Jahren Bauzeit ein neues medizinisches Zentrum eröffnet. Ende Juni wurde das neue Krankenhaus fertig, und mit dem Umzug der Kliniken und Poliklinik erhält Buch auf dem so genannten „Hufeland-Gelände“ an der Schwanebecker Chaussee ein neues medizinisches Zentrum. „Ein Krankenhausneubau in dieser Größenordnung war auch für uns eine große Herausforderung, die unsere Mitarbeiter glänzend gemeistert haben“, sagte Jörg Reschke, Regionalgeschäftsführer der Helios Region Berlin-Brandenburg. Auf ehemals 14 Hektar Freifläche sei eines der modernsten Krankenhäuser in Deutschland entstanden. Mit dem 200 Millionen Euro teuren Klinikum bekomme die Bevölkerung von Berlin und Brandenburg ein modernes Haus der Maximalversorgung. So habe Helios über 35 Millionen Euro in hochmoderne Medizintechnik investiert. „Der Klinikneubau war unbedingt notwendig“, betonte

Jörg Schwarzer, Verwaltungsleiter des Helios Klinikums Berlin-Buch. Ein Krankenhausbetrieb mit fünf Standorten, 130 teils denkmalgeschützten Gebäuden auf 1,1 Millionen Quadratmeter, sei auf Dauer nicht konkurrenzfähig. „Zu Untersuchungen und Behandlungen mussten wir jährlich 62.000 Patienten auf dem Klinikgelände transportieren.“

Mit dem Neubau werde langfristig die medizinische Versorgung in der Region gesichert. Außerdem entstünden dauerhafte Arbeitsplätze für die Mitarbeiter. Das Bucher Klinikum versorgt jährlich 38.000 Patienten stationär, die Poliklinik wird von 120.000 Patienten aufgesucht.

Am Standort Buch gibt es den Angaben zufolge 1000 Betten, davon 800 im Neubau. Das neue Klinikum verfügt über ein Operationszentrum mit 18 Sälen (drei für ambulante Eingriffe),



Gerlinde Behrendt, leitende Hebamme, und Professor Michael Untch, Chefarzt der Frauenklinik und Geburtshilfe in einem neuen Kreißsaal.

eine Intensivstation mit 38 Betten, eine Intermediate Care, eine Rettungsstelle mit moderner Medizintechnik. Hinzu

kommt der Hubschrauberlandesplatz auf dem Dach mit einem schnellen Zugang zur Diagnostik und Intensivmedizin.

Vivantes

Neue Reha-Klinik für Suchtkranke

Mitte Juni ist die Hartmut-Spittler-Fachklinik für Alkoholkrankte und Medikamentenabhängige eingeweiht worden. Mit insgesamt 100 Behandlungsplätzen ist sie die größte dieser Art in Berlin. „Es gibt keine so große medizinische Rehabilitation in Berlin, die Suchtkranken nach einem Entzug hilft, in ihren Alltag zurückzufinden und wieder erwerbsfähig zu werden“, betonte Vivantes-Chef Joachim Bovelet. Die Therapieplätze der neuen Fachklinik waren zuvor an den Krankenhausstandorten in Hellersdorf und Spandau angesiedelt, wo sie früher zu den Psychiatrischen Kliniken gehörten. Für die Zusammenlegung wurden Räumlichkeiten am Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum für drei Millionen Euro umgebaut und renoviert. Mit dem Umzug wurde die Entwöhnungstherapie vergrößert: Elf zusätzliche Plätze für die ganztägig ambulante Behandlung von alkohol- oder medikamentenabhängigen Erwachsenen wurden eingerichtet; nun gibt es den Angaben zufolge 75 stationäre und 25 ganztägig ambulante Plätze für die medizinische Rehabilitation.

ANZEIGE



KORTE
RECHTSANWÄLTE

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

Unter den Linden 12
10117 Berlin-Mitte

Prof. Dr. Niels Korte
Marian Lamprecht

Achtung: Ablauf Fristen für Wintersemester zum Teil schon Mitte Juli!

www.anwalt.info
kanzlei@anwalt.info

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

Auszeichnung

Axel Ekkernkamp erhält Bundesverdienstkreuz Erster Klasse

Der Unfallchirurg Professor Dr. med. Axel Ekkernkamp (49) ist mit dem Bundesverdienstkreuz Erster Klasse ausgezeichnet worden. Er wird damit für seine vielfältigen Verdienste als Arzt, Wissenschaftler und Hochschullehrer geehrt. Der gebürtige Bielefelder leitet als Ärztlicher Direktor und Geschäftsführer das Unfallkrankenhaus Berlin.

Ekkernkamp ist seit 1985 berufspolitisch aktiv. 13 Mal war er Delegierter des Deutschen Ärztetages. Er war zwei Mal Mitglied der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin, sowie 1998 bis 2002 Vorsitzender des Krankenhausausschusses der Kammer. 1999 wurde er auf den Erwin-Payr-Lehrstuhl für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie der Universität Greifswald berufen, einer Stiftungsprofessur der Berufsgenossenschaften. Darüber hinaus ist Ekkernkamp auch politisch aktiv: seit 2005 ist er stellvertretender Vorsitzender der CDU Berlin.



Foto: Stiebitz

Neue Rubrik

„Alltägliche Ärgernisse“ gesucht

BERLINER ÄRZTE möchte in einer monatlichen Rubrik die täglichen externen Beschränkungen, die Sie in Ihrer Arbeit als Arzt behindern, vorstellen. Dabei soll es möglichst nicht um einmalige Ereignisse, sondern um wiederkehrende Einschränkungen gehen, die viele Ihrer Kolleginnen und Kollegen teilen. Ziel dieser Rubrik ist es, in Zeiten, in denen Ärzte und ihre Arbeit immer häufiger verunglimpft werden, die vielfältigen äußeren Einschränkungen einer guten Patientenversorgung zu dokumentieren, zu sammeln und für die politische Arbeit der Kammer zu nutzen.

Bitte senden Sie Ihre Erlebnisse unter dem Stichwort „Ärgernis“ ausschließlich elektronisch unter Angabe des Namens und Ihrer Fachrichtung an: presse@aekb.de. Der Umfang sollte maximal 2.000 Zeichen (inklusive Leerzeichen) betragen.

ANZEIGE

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.



Antioxydantien

Erhöhung der Mortalität

In einem Übersichtsartikel mit Metaanalyse wurde der präventive Effekt fünf antioxidativ wirkender Stoffe (Betacaroten, die Vitamine A, C sowie E und Selen) überprüft. Entweder einzeln oder in kombinierter Gabe erhöhten Betacaroten sowie die Vitamine A und E signifikant die Mortalität. Vitamin C und Selenium hat-

ten keinen Sterblichkeitserhöhenden Effekt (aber auch keinen Nutzen). Dies muss jedoch nach Ansicht der Autoren in weiteren Studien evaluiert werden. Da nur die Rolle synthetisch hergestellter Antioxydantien bei über 230.000 Studienteilnehmern überprüft wurde, können die Ergebnisse nicht auf eine ausgewogene Ernährung mit Früchten und Gemüse übertragen werden.

Quelle: JAMA 2007; 297: 842

Anmerkungen: Ein weiterer Baustein gegen Werbeaussagen über hoch dosierte Multivitaminpräparate, die aufgrund der obigen Erkenntnisse in Zukunft ihre Unschädlichkeit nachweisen müssten. Es passt ins Bild, dass sich die Ergebnisse auf methodisch hochwertige Studien beziehen und in sog. Mängelstudien das Gegenteil gefunden wurde.

Es gehört zu Grundkenntnissen der Chemie, dass abhängig vom Milieu und den chemischen Partnern organische Stoffe wie Vitamin C sowohl oxidativ als auch antioxidativ wirken können. Abgesehen davon sind oft als rein schädlich dargestellte Radikale für einige Abwehrmechanismen des Körpers essenziell (z.B. Apoptose, Phagozytose). Unkritische Empfehlungen von Ärztinnen und Ärzten für diese Präparate, insbesondere wenn sie unvernünftig hohe Dosen enthalten, geraten immer mehr ins Zwielficht, ebenso wie deren Werbung und Verkauf in der Praxis (oder durch nahe stehende Dritte). Bei Klagen von Patienten über entsprechende Angebote werden Ärztekammern prüfen, ob ein berufsschädigendes Verhalten vorliegt.

Oxcarbazepin

Hyponatriämie und Hautreaktionen

In einer Übersicht der französischen Arzneimittelüberwachungsbehörde werden mögliche Risiken des Antiepileptikums Oxcarbazepin (Trimox®, Trileptal®) aufgezählt. Am häufigsten waren Hyponatriämie (159 Fälle), gefolgt von Hautreaktionen (99 Fälle, darunter einige schwere Reaktionen wie Stevens-Johnson-Syndrom), Leberschäden (43 Fälle) und Krampfanfälle (32 Fälle). Seltener waren Blutbildveränderungen wie Neutropenien, Trom-

bozytopenien sowie Agranulozytose. Ein französisches regionales Zentrum spezifizierte die möglichen, überwiegend begrenzt auftretenden Hautreaktionen weiter. Bereits 2005 warnte die amerikanische Überwachungsbehörde jedoch vor lebensbedrohlichen Hautreaktionen unter der Einnahme von Oxcarbazepin (sowie vor einer „Multi-Organ“-Überempfindlichkeit, die mit Fieber und Hautreaktionen beginnt und auf innere Organe mit zum Teil lebensbedrohlichen Komplikationen übergreifen kann).

Quelle: Prescrire intern. 2007; 16: 18; Lancet 2007; 369: 970 ff, 1000 ff und 1016 ff

Anmerkung: Aus diesen Einzelfallberichten lassen sich keine Häufigkeitsangaben ableiten. Eine generell bessere Verträglichkeit von Oxcarbazepin im Vergleich zu Carbamazepin scheint jedoch in Einzelfällen widerlegt und erfordert eine ebenso sorgfältige Überwachung der Patienten. Hinzu kommt, dass Oxcarbazepin erst seit dem Jahr 2000 im Handel ist, sein Risikoprofil daher noch nicht vollständig erfassbar ist. Auf einen Kommentar zu der neu publizierten SANAD-Studie, in der neue und alte Antiepileptika miteinander verglichen werden, wird verwiesen.

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 6/2007

A
N
Z
E
I
G
E

MedConsult

Wirtschaftsberatung für medizinische Berufe

Praxisverkauf

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

Praxiskauf

- Niederlassungsberatung
- Finanzierungsvermittlung
- Versicherungskonzepte

Praxis Kooperation

- Job-Sharing Partnerschaften
- MVZ-Konzepte

**Burkhardt Otto
Olaf Steingraber**

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

Bericht des GKR

„Krebsatlas Berlin 2002 – 2004“ ist erschienen

Das Gemeinsame Krebsregister (GKR) hat in Zusammenarbeit mit der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Referat I A, nach dem Länderbericht für Thüringen nun auch den „Krebsatlas Berlin 2002-2004: Inzidenz und Mortalität“ herausgegeben.

Der Krebsatlas Berlin gibt erstmalig einen Überblick über das Krebsaufkommen in der Bundeshauptstadt. Ein weiteres Novum ist die in diesem Bericht vorgenommene Auswertung und Darstellung von Krebsinzidenzraten auf kleinräumiger Ebene unterhalb der Bezirksstruktur (so genannte lebensweltlich orientierte Räume, LOR) sowie die Untersuchung der Korrelation zwischen dem sozialen Status und der Krebsinzidenz.

Im GKR sind für das Land Berlin und das Diagnosejahr 2004 insgesamt 14.568 Krebsneuerkrankungen registriert worden (7.111 Fälle bei Männern und 7.457 Fälle bei Frauen), von denen etwa ein Viertel als DCO-Fälle (Death Certificate Only) bekannt wurden.

dem Durchschnitt (454,4 vs. 501,1) und für die Berliner Frauen über dem GKR-Durchschnitt (335,9 vs. 327,9).

Häufigste Krebsneuerkrankungen waren im Berichtszeitraum bei Männern Lungen-, Prostata- und Darmkrebs mit Anteilen am gesamten Krebsaufkommen von 19,5%, 16,9% bzw. 12,0%. Bei Frauen war Krebs der Brustdrüse mit 27,6% die häufigste Krebsart, gefolgt von Darmkrebs (12,8%) und von Lungenkrebs (10,5%).

In Berlin verstarben im Jahre 2004 insgesamt 7.877 Personen (3.894 Frauen und 3.983 Männer) an einer Krebserkrankung. Die altersstandardisierte Mortalitätsrate betrug für Männer 213,3 und für Frauen 139,4 pro 100.000. Im Vergleich zum GKR-Durchschnitt wurde bei den Berliner Männern eine niedrigere Mortalitätsrate und bei den Berliner Frauen eine erhöhte Mortalitätsrate beobachtet.

Die häufigsten Krebstodesursachen waren bei den Männern Lungenkrebs mit einem Anteil von 27,9% an allen Krebstodesfällen, Darmkrebs (11,0%) und Prostatakrebs (9,2%). Bei Frauen war Krebs der Brustdrüse die häufigste Krebstodesursache (16,6%), gefolgt von Lungenkrebs (15,8%) und Darmkrebs (13,6%). Bei den Berliner Frauen wurden insbesondere für Lungenkrebs im Vergleich zum GKR-Durchschnitt deutlich erhöhte Raten festgestellt.

Die kleinräumige Darstellung der Inzidenzraten in den Ebenen des LOR-Planungssystems zeigte eine relative Häufung von Räumen mit erhöhten Raten sowohl für Krebs insgesamt als auch für die tabakassoziierten Krebsformen (Lippe-Mund-Rachen, Speiseröhre, Pankreas, Kehlkopf, Lunge, Harnblase) im Zentrum Berlins (Friedrichshain-Kreuzberg, Mitte) sowie in Teilen von Tempelhof-Schöneberg, Reinickendorf, Spandau und Pankow.

Die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Sozialindex und Krebsinzidenz gab Hinweise darauf, dass insbesondere die Neuerkrankungsraten der tabakassoziierten Krebsarten aber auch von Krebs insgesamt direkt mit der sozialen Belastung korrelieren.

R. Stabenow, M. Schulz, Gem. Krebsregister
www.krebsregister-berlin.de



Die altersstandardisierte Inzidenz (ESR pro 100.000) für das Jahr 2004 betrug 377,5 bei Männern und 291,2 bei Frauen. Im Vergleich zum gesamten Erfassungsgebiet des GKR lag die Rate auf der Basis der geschätzten Inzidenz, die Defizite im Meldeaufkommen berücksichtigt, für die Berliner Männer unter

Ultraschall erleben: SONOLINE Center Berlin

- Termine ganz in Ihrer Nähe
- Neu- und Gebrauchtssysteme
- 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

Ehrung



Foto: privat

Paracelsus-Medaille für Müller-Oerlinghausen

Professor Dr. med. Bruno Müller-Oerlinghausen ist mit der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft geehrt worden. Der Berliner Pharmakologe und langjährige Vorsitzende der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft erhielt die Auszeichnung auf dem 110. Deutschen Ärztetag in Münster. Neben Müller-Oerlinghausen wurden Dr. med. Ellen Müller-Dethard, Dr. med. Otto Schloßer und Dr. med. Hans-Jürgen Thomas ausgezeichnet. Der 71-Jährige bedankte sich im Namen der Geehrten mit einer bejubelten Rede, in der er vor den „immer raffinierten Verfahren der Pharmaindustrie“ warnte, Einfluss auf

die ärztliche Entscheidungsge-
walt zu nehmen.
Nach Ansicht des Deutschen
Ärztetages hat Müller-Oerling-
hausen in seiner fast 35 Jahre
währenden Tätigkeit als Fach-
arzt für Klinische Pharmakologie
und Pharmakologie sowie
Toxikologie, als Professor an der
Psychiatrischen Klinik der Freien
Universität Berlin um die
medizinische Versorgung der
Patienten, die Pharmakologie,
die Ausbildung der Studenten,
die Weiter- und Fortbildung, die
Wissenschaftspolitik, um die
ärztliche Selbstverwaltung und
das Gemeinwohl in der
Bundesrepublik Deutschland
besonders verdient gemacht.

Proteste

G-8-Gipfel: Berliner Arzt an Patientenversorgung gehindert

Die Ingewahrsamnahme eines Berliner Arztes im Einsatz beim G-8-Gipfel in Heiligendamm ist von der Ärztekammer Berlin scharf kritisiert worden.

„Ärztinnen und Ärzte dürfen auch bei politischen Großveranstaltungen und Demonstrationen jeglicher Art nicht daran gehindert werden, Patienten zu versorgen“, betonte Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz. Der Arzt war nach eigenen Angaben im Auftrag mehrerer politischer Organisationen für die medizinische Betreuung von Demonstranten zuständig.

Bei einer friedlichen Sitzblockade von Fotojournalisten sei er gefragt worden, ob er einen Kollegen versorgen könne, der einen Asthmaanfall habe. Auf dem Weg zu diesem Patienten ist der Arzt, der mit einer Weste als solcher gekennzeichnet war und ein Funkgerät zur Verständigung mit anderen Sanitätern

trug, seinen Angaben zufolge an einem Polizeikontrollpunkt kontrolliert und schließlich von Berliner Zivilbeamten in Gewahrsam genommen worden. Als Begründung sei ihm genannt worden, er koordine mit seinem Funkgerät Aktionen. Der Arzt wurde daraufhin für über 36 Stunden in Gewahrsam genommen. Neben dem aus seiner Sicht unbegründeten Vorgehen der Polizei kritisierte der Arzt die Zustände in den so genannten Gefangensammelstellen. Gegen beides möchte er zivilrechtlich vorgehen.

Die Ärztekammer Berlin bemüht sich um Aufklärung des Sachverhaltes. Bis Redaktionsschluss konnte die Einsatzleitung der Polizei noch keine Stellungnahme zum Sachverhalt abgeben.

NEU !! Erweiterte Erreichbarkeit

Deutlich erweiterte Erreichbarkeit in der Weiterbildung!

Eine spürbare Verbesserung wird durch Einsatz von zusätzlichen Mitarbeiterinnen am Telefon erreicht.

Seit 21.06.2007 sind die Mitarbeiterinnen der Arbeitseinheit Weiterbildung/Ärztliche Stelle der Ärztekammer Berlin am Telefon unter den zentralen Rufnummern 40806 – 1111, - und neu zusätzlich unter : -1112 und -1113 zu erreichen.

Der Vorstand der Ärztekammer Berlin reagiert damit auf den Wunsch einiger Delegierter nach einer noch besseren Erreichbarkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Arbeitseinheit Weiterbildung.

Die Mitarbeiterinnen werden wie bisher in einem Rotationsverfahren eingesetzt und geben kompetent am Telefon Antworten auf Fragen zur Weiterbildung, zu Befugnissen und Ärztlicher Behandlung.

Seit Inkrafttreten der neuen Weiterbildungsordnung ist die Antragsflut ungebrochen. Allein innerhalb eines Jahres wurde der historische Höchststand von über 2000 Anerkennungen erreicht.

Werktags sind die Rufnummern in der Zeit von 09.00 Uhr bis 17.00 Uhr, freitags bis 14.00 Uhr geschaltet.

Von der Möglichkeit, durch eine e-Mail mit entsprechender Frage eine schriftliche Antwort innerhalb von 3 Arbeitstagen zu erhalten, machen immer mehr Ärztinnen und Ärzte Gebrauch. Bitte schreiben Sie uns unter (service@aekb.de). Lesen Sie dazu auch den Artikel auf Seite 29.

Leserbrief

Altern in Würde – eine Utopie? BERLINER ÄRZTE 05/2007

Der MDK Berlin-Brandenburg begrüßt sehr, dass die Berliner Ärztekammer die Diskussion zur Pflegequalität fördert. Allerdings bedarf es einiger sachlicher Hinweise zu Ihrem Artikel.

So trifft es beispielsweise nicht zu, dass der MDK seine Qualitätsprüfungen immer ankündigt. In Berlin wurde im Jahr 2006 rund die Hälfte aller Qualitätsprüfungen unangemeldet durchgeführt.

Der zitierten Frage von Dr. de Ridder, ob der MDK Anteile seiner erhobenen Daten, die auch die Grundlage des erwähnten Gutachtens des Deutschen Institutes für Menschenrechte gewesen sind, in seinem 1. Bericht zur Qualität in der ambulanten und stationären Pflege des MDS 2004 „verschwiegen bzw. beschönigend“ dargestellt hat, widerspreche ich. Denn der Bericht unterscheidet klar zwischen der Angemessenheit des Pflegezustandes und den potentiell vorhandenen Gesundheitsgefährdungen der Pflegebedürftigen.

Ein Beispiel aus dem Bericht dazu (Zusammenfassung, stationäre Pflege):

Eine Beurteilung des Pflegezustandes konnte bei 4.529 Personen erfolgen. Dabei war der Pflegezustand bei 83 % der Personen angemessen. Dies zeigt, dass in einer großen

Anzahl der untersuchten Fälle eine angemessene Pflege erfolgt. Andererseits wurde bei gut 17 % der untersuchten Personen ein unzureichender Pflegezustand festgestellt, der unmittelbar auf die Qualität der Versorgung durch die stationäre Pflegeeinrichtung zurückzuführen war. Dieser im Vergleich zur häuslichen Pflege höhere Anteil der unangemessenen Pflegesituationen ist auf die größere Zahl der Anlassprüfungen in der stationären Pflege zurückzuführen. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist dies zu beachten.

Neben den akuten gilt das Augenmerk auch den potentiellen Gesundheitsgefährdungen. Hinsichtlich des Pflegeprozesses zeigten sich dabei folgende Ergebnisse:

- Bei 59 % der untersuchten Personen lagen bei der Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung keine Qualitätsprobleme vor, hingegen wurden bei 41 % Mängel festgestellt.
- Die Inkontinenzversorgung war bei 80 % der Pflegebedürftigen angemessen, während bei 20 % Qualitätsdefizite bestanden.
- Bei 57 % war eine den Anforderungen entsprechende Dekubitusprophylaxe und -therapie erkennbar, hingegen bestanden bei 43 % Versorgungsdefizite.
- Ebenso war die Versorgung bei gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Versicherten bei 70 % der Pflegebedürftigen angemessen, während in 30 % der Fälle Qualitätsmängel festgestellt wurden.

Die bundesweit ausgewerteten Ergebnisse des 2. Halbjahres 2003 spiegeln hinsichtlich der Pflegequalität dementsprechend ein heterogenes Bild wider. Der 2. Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Qualität in der Pflege, in dem die Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen der Jahre 2004 – 2006 dargestellt werden, erscheint in Kürze.

Gemeinsam mit seinen Partnern setzt sich der MDK weiter dafür ein, die Pflegeeinrichtungen in der Wahrnehmung ihrer Verantwortung für die Qualität der Pflege zu unterstützen.

Dr. Rolf Matthesius

Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen Berlin-Brandenburg e.V.



Foto: David Baltzer/Sequenz



Berliner
Gesundheitspreis
2006

Geriatrische Patienten mit großem Potenzial

Von Sascha Rudat

LEBEN ERHALTEN
GESTALTEN
ENTFALTEN



Dass die Menschen in Deutschland immer älter werden, ist inzwischen hinlänglich bekannt. Ungeklärt ist hingegen immer noch, wie die Gesellschaft mit den älteren – aber leider nicht gesünderen – Menschen umgehen soll. Die medizinischen und psychosozialen Probleme, die geriatrische Patienten aufwerfen, sind komplex. Doch dass man diesen umfassenden Problemen mit teilweise verblüffend einfachen Lösungen begegnen kann, hat der in diesem Jahr verliehene Berliner Gesundheitspreis gezeigt. Der Preis – vergeben vom AOK-Bundesverband, der AOK Berlin und der Ärztekammer Berlin – stand diesmal unter dem Motto: „Im hohen Alter zu Hause leben – Herausforderungen für die ambulante medizinische Versorgung“. Wie sich dieses Ziel mit einer klugen Verknüpfung bestehender Mittel und viel Engagement erreichen lässt, zeigt das Beispiel des Preisträgers „Ambulanter Geriatrischer Rehakomplex“ aus Schönebeck in Sachsen-Anhalt.

Wie ambulante Rehabilitation das Leben zu Hause sichern kann

Konzentriert verfolgt Elfriede Lichtenfeld den roten Ball, den Ergotherapeutin Anja Engelhardt über ihrem Kopf langsam hin- und herbewegt, mit den Augen. Man merkt ihr die Anstrengung an, den Ball nicht aus dem Blick zu verlieren. „Na, Frau Lichtenfeld, Sie sind wohl etwas eingerostet“, sagt die Ergotherapeutin lachend. „Eingerostet?! Ich werde 89!“ kontert die Rentnerin, die vor zwei Jahren einen Schlaganfall erlitten hatte. Das Schwindeltraining von Anja Engelhardt soll ihr helfen, die Augen einzusetzen und nicht immer den ganzen Kopf zu drehen. Nach der Ergotherapie geht die 88-Jährige zurück in den großen, hellen Aufenthaltsraum, wo sich bereits mehrere Patientinnen und Patienten für das tägliche Frühstück versammelt haben, das sie um 9 Uhr zusammen mit den Therapeutinnen einnehmen. Die Stimmung ist entspannt, es wird viel gelacht und erzählt. Eine der beiden Pflegekräfte wird gebeten, für den Nachmittag Eis für die Patienten mitzubringen. „Jeder gibt mal eine Runde aus“, erklärt Sigrid Bunge, die wegen eines Bandscheibenvorfalles im interdisziplinären Ambulanten Geriatrischen Rehakomplex (AGR) in Schönebeck behandelt wird.

Aktivitäten des täglichen Lebens

Elfriede Lichtenfeld und Sigrid Bunge sind zwei der täglich rund 15 Patientinnen und Patienten, die im AGR ambulant behandelt werden. Die Patienten werden morgens in einem Umkreis von 30 Kilometern zu Hause



Nach der Therapie werden die Patienten nach Hause gefahren.

durch ein Transportunternehmen abgeholt und zum AGR gebracht, das seit einem Jahr auf einer Fläche von 450 Quadratmetern in einem modernen, großzügigen Gebäudekomplex im Kurviertel des Solebades Schönebeck untergebracht ist. Zwei, drei Therapiesitzungen hat jeder Patient täglich: Ergotherapie, Krankengymnastik, Logopädie, physikalische und psychologische Therapie. Das Programm ist ebenso kompakt wie umfassend. Dabei wird besonders auf den Praxisbezug Wert gelegt. Ein Stichwort sind die „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ATL), die besonders trainiert werden. Die Zielsetzung ist klar: Nach einem Unfall- oder Krankheitsfall soll die Alltagskompetenz der älteren Menschen wiederhergestellt und gestärkt werden, um ihnen die Rückkehr in die eigenen vier Wände zu ermöglichen.

Flexible Programme

Die Therapien beginnen um 8 Uhr, vorher gibt es täglich eine Teambesprechung. „Wir besprechen, wo es Probleme, Fort- oder Rückschritte gab“, erklärt die Internistin und Ärztliche Leiterin Birgit Burkhardt, die auch eine der Gründerinnen des AGR ist. Ziel ist es, die durchschnittlich 20 Tage dauernde Reha individuell an den einzelnen Patienten anzupassen. Das Team besteht aus einem diensthabenden Arzt, einer Organisationsleiterin, Pflegekräften, Physio-, Ergo- und Sozialtherapeutinnen sowie Logopäden. Nach der Teamsitzung beginnt für den diensthabenden Arzt der normale Praxisalltag, er steht allerdings in Rufbereitschaft. Die vier Ärzte des AGR – drei Allgemeinmediziner und eine Internistin – wechseln
Fortsetzung S.17

Herausforderung für die Ärzte

Die medizinische Betreuung von Hochbetagten in ihrer häuslichen Umgebung ist eine außerordentlich anspruchsvolle Aufgabe. Die Zahl der älteren und alten Menschen in unserer Gesellschaft steigt. Im Jahr 2000 waren knapp 20 Prozent der Gesamtbevölkerung Deutschlands über 65 und im Jahr 2030 werden es 35 Prozent oder 28,5 Millionen sein. Der Anteil der Patienten, die 65 Jahre oder älter sind, beträgt unter den hausärztlichen Patienten zwischen 40 und 60 Prozent. Diese machen circa 70 bis 80 Prozent der hausärztlichen Patientenkontakte und 80 bis 85 Prozent der ärztlichen Hausbesuche aus.

Hochbetagte sind sehr häufig chronisch krank. Eine chronische Krankheit ist eine Krankheit, die nach ihrem Auftreten in verschiedenen Ausprägungen, aber lebenslang bestehen bleibt und Komplikationen sowie nicht selten einen vorzeitigen Tod zur Folge haben können. So ist die Prävalenz von der Zuckerkrankheit TYP II zwischen 2 und 14 Prozent der Gesamtbevölkerung, Tendenz steigend. Eine absolute Arrhythmie bei Vorhofflimmern haben 9 Prozent der über 80-Jährigen, eine Herzinsuffizienz 3 bis 4 Prozent der über 65-Jährigen. Über 20 Prozent haben eine arterielle Verschlusskrankheit (Schaufensterkrankheit) und/oder einen hohen Blutdruck. Zu den chronischen Krankheiten aus dem psychiatrischen Formenkreis zählt die Depression bei 10 bis 15 Prozent der über 65-Jährigen und die Demenz mit 6 Prozent der 65-Jährigen und knapp 30 Prozent der 90-Jährigen.

In der hausärztlichen Praxis haben 27 Prozent der Patienten zwei chronische Erkrankungen, 22 Prozent drei chronische Erkrankungen, 12 Prozent vier chronische Erkrankungen oder mehr.

Damit ist der medizinische Behandlungsbedarf groß, komplex und schwierig. Gute Leitlinien für die Behandlung konkreter Krankheiten nehmen an Zahl und Qualität zwar zu, in der Kombination unterschiedlicher Krankheiten ergeben sich jedoch neue Risiken und Nebenwirkungen, die zuallererst durch ein hohes Maß an ärztlicher Erfahrung und genauer Krankenbeobachtung eingegrenzt werden können. Der alte und multimorbide Mensch profitiert in der Regel vom ärztlichen Fortschritt am meisten. Seine Medikamente sind oft überlebenswichtig. Gleichzeitig ist er auch derjenige, der aufgrund seiner Fragilität und der oft vorhandenen Multimedikation für Risiken und Nebenwirkungen am ehesten empfänglich ist.

Die Ärzteschaft trägt diesem medizinischen Behandlungsbedarf unter anderem durch die Weiterbildung zum klinischen Geriater, durch spezielle Fortbildungsangebote wie „Arznei-

mitteltherapie im Alter“ durch die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, durch Fortbildungen für Allgemeinmediziner und durch Behandlungsleitlinien zu komplexen Krankheiten wie dem „Metabolisch-Vaskulären Syndrom“ der Landesärztekammer Sachsen, Rechnung.

Ein großer Teil der Schwierigkeiten in der Betreuung chronisch Kranker beruht nicht auf der Krankheit, sondern auf der Umgangsweise des Patienten mit seiner chronischen Erkrankung, seinem „Kranksein“. Den Patienten zu befähigen, mit seinem „Kranksein“ als Dauerzustand besser umzugehen, ist eine wichtige Aufgabe, die nicht selten im normalen Routinebetrieb verloren geht. Die Reaktionsmuster reichen von der „professionellen Bekämpfung der eigenen Krankheit“ bis zu „laissez-faire“ und Resignation.

Beim alten Patienten kommen weitere Einschränkungen hinzu. Die Mobilität vieler alter Menschen ist durch Gehbehinderung, Muskelschwäche oder Gleichgewichtsstörung eingeschränkt. Kognitive Fähigkeiten sind durch Demenz oder alterstypischen Abbau gemindert. Eine Urin- oder Stuhlinkontinenz ist nicht selten. Zu diesen Abbauerscheinungen kommen oft soziale Faktoren wie Vereinsamung und Ghettoisierung. Seh- oder Hörstörungen, Altersarmut, Verhaltensabweichungen wie Schrulligkeit und Persönlichkeitsstörungen und auch Fehl-, Unter- oder Mangelernährung erhöhen die Herausforderungen an Behandler und Betreuer.

Zeit und Zuwendung, die der alte Mensch benötigt, finden in der gegenwärtigen Finanzierungsweise durch Kranken- und Pflegeversicherung wenig Unterstützung. Die finanziellen Spielregeln in diesen Versicherungssystemen müssen den Bedürfnissen der alten Menschen dringend angepasst werden.

Fazit: Die Betreuung von alten und hochbetagten Menschen in ihrer häuslichen Umgebung hat andere Ziele und Mechanismen als die Behandlung akut Erkrankter. Sie ist die zentrale Herausforderung der ambulanten Patientenversorgung. In dieser Phase wird ein Lebenswerk vollendet oder im Extremfall in Unwürde beendet. Der alte Mensch ist derjenige, der am meisten von den Errungenschaften der modernen Medizin profitiert. Gleichwohl wird die Versorgungsrealität und -qualität wesentlich von nicht-medizinischen Parametern und Kriterien bestimmt. In der tatsächlichen Bewältigung dieser komplexen, vor allem sozialen Probleme stehen wir erst am Anfang.

Dr. med. Günther Jonitz

Präsident der Ärztekammer Berlin

sich wöchentlich mit dem Dienst ab. Jeden Freitag nehmen alle Ärzte und Therapeuten an der Teamsitzung teil.

Fortschreitende Überalterung

Schönebeck, eine Kreisstadt mit rund 40.000 Einwohnern südöstlich von Magdeburg, hat mit einem Problem vieler ostdeutscher Provinzstädte zu kämpfen: einer rasanten Alterung. Lebten nach der Wende noch 60.000 Einwohner in der Kleinstadt, so wanderten in den Folgejahren vor allem die Jungen ab, um anderswo zu leben und zu arbeiten. Zurück blieben die Alten, für die es nur eine unzureichende Versorgungsstruktur gab. „Wir haben hier das Problem der Überalterung schon viel früher gehabt als anderswo“, sagt Dr. med. Burghard John der seit 1991 als Allgemeinmediziner in Schönebeck niedergelassen ist und zusammen mit seinen drei Kollegen und einer Physiotherapeutin den AGR vor acht Jahren ins Leben gerufen hat. Die Abwanderung der jüngeren Generation bringt aber noch ein Problem mit sich: Kinder und Enkel der Senioren leben oft weit entfernt. Leben sie alleine – wie etwa die 88-jährige Elfriede Lichtenfeld –, so sind sie auf ihre eigene Leistungsfähigkeit angewiesen.

Nachdem John und seine Kollegen als Fortbildung einen 160-Stunden-Kurs „Ambulante geriatrische Rehabilitation“ der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und des Berufsverbandes der Allgemeinärzte absolviert hatten („Das halte ich für einen niedergelassenen Arzt für völlig ausreichend“, so John), sich einige Tageskliniken angeschaut und verschiedene Kongresse besucht hatten, entschlossen sie sich, ein interdisziplinäres, ambulantes Reha-Zentrum zu gründen. Sie entwickelten ein Konzept, stellten ein Team zusammen und suchten sich Räume. Mit Förderung



Das AGR-Team bei der Morgenbesprechung.

durch das Bundesgesundheitsministerium wurde der seit 1999 als Gesellschaft bürgerlichen Rechts geführte AGR dann Modellprojekt für die integrierte Versorgung der AOK und der KV Sachsen-Anhalt. Seit einem Jahr wird das Projekt sowohl inhaltlich, als auch organisatorisch in einem Rahmenvertrag zur integrierten Versorgung nach § 140 a ff SGB V – als der erste Vertrag dieser Art in Deutschland – mit der AOK, der IKK und der KV Sachsen-Anhalt fortgeführt. Derzeit laufen Verhandlungen mit anderen Kassen, die in den IV-Vertrag einsteigen möchten. Der AGR arbeitet eng mit dem Stadtkrankenhaus Calbe zusammen, das einen Versorgungsauftrag als Geriatrisches Zentrum für den Landkreis Schönebeck und die umliegenden Kreise erfüllt. Das Konzept einer Verbindung von klinischer und ambulanter geriatrischer Reha fand dann auch vor zwei Jahren Einzug in den Geriatrieplan Sachsen-Anhalt. Geplant sind 10 bis 15 klinische Zentren, um die sich ambulante Schwerpunktpraxen gruppieren. So könne das Flächenland Sachsen-Anhalt sinnvoll mit geriatrischen Reha-Angeboten abgedeckt werden, ist John überzeugt.

Enge Zusammenarbeit mit stationärem Bereich

John, inzwischen Vorsitzender der KV Sachsen-Anhalt, erinnert sich an die Anfangszeit als Durststrecke. Mehr als einmal habe die Finanzierung des Projekts auf der Kippe gestanden, erzählt der Allgemeinmediziner. Die kritischen Einzelfallprüfungen der Kassen machten eine profitable Auslastung des AGR anfangs schwierig. Auf Skepsis stieß das Projekt außerdem bei den niedergelassenen Kollegen, die einerseits Konkurrenz befürchteten, andererseits oft die Reha-Potenziale der alten Patienten unterschätzten. Das habe sich inzwischen gelegt. „Wir nehmen niemandem Arbeit weg. Unsere Leistungen fallen nicht ins Budget“, betont John.

Ein Schlüssel für den Erfolg ist die enge Zusammenarbeit mit stationären Einrichtungen wie dem Stadtkrankenhaus Calbe und dem Kreiskrankenhaus Schönebeck. Dort nimmt AGR-Physiotherapeutin Regina Fiedler jeden Montag an der Visite in der Inneren Abteilung, der Chirurgie und der Gefäßchirurgie teil. Sie schaut sich die potenziellen Reha-Patienten an, spricht



Der Berliner Gesundheitspreis 2006

Der Berliner Gesundheitspreis 2006 wurde diesmal in zwei Kategorien vergeben. Kategorie 1 (je einen 1. Platz für den Ambulanten Geriatrischen Rehakomplex aus Schönebeck und für die Genossenschaft Qualität und Effizienz (QuE) aus Nürnberg) hat dabei den Schwerpunkt Medizinische Versorgung älterer Menschen im häuslichen Umfeld mit allen Facetten wie Risikomanagement, Prävention, Rehabilitation und Case Management. In Kategorie 2 ging es um „Hochaltrige im sozialen und kommunalen Umfeld – Einbindung komplementärer Angebote zur Unterstützung der professionellen medizinischen Versorgung“. Dort standen die unterstützenden Einrichtungen im Mittelpunkt und besondere Formen der Betreuung. Die Preise wurden am 8. Mai dieses Jahres in einer Festveranstaltung zusammen mit Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt in Berlin vergeben.

Der 2. Platz in Kategorie 1 ging an ein Berliner Projekt: Das Projekt zur Integrierten Versorgung – Sturzprävention des Geriatrie Netzwerkes Berlin. Im Zentrum des Netzwerkes steht das MVZ Polikum Friedenau. An dem Kooperationsprojekt sind Ärzte, Pflegekräfte, Psychotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter und Ernährungsberater des MVZ, der geriatrischen Kliniken von Vivantes, dem Nachbarschaftsheim Schöneberg, eines Pflegedienstes und des Institutes für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité beteiligt. Durch die Umsetzung evidenz- und leitlinienorientierter geriatrischer Behandlungspfade soll die Versorgung von Senioren qualitativ verbessert werden. Im Zentrum des Netzwerkes steht der Hausarzt als Lotse, administrativ begleitet von einem Case Manager. Der Behandlungspfad „Sturzprävention“ ist das Pilotprojekt des Netzwerkes.



Die Patienten versammeln sich für das Frühstück.

mit den Ärzten und bewertet schon im Vorfeld die Potenziale. „Das ist sehr wichtig, damit man in der Reha nicht bei Null anfängt“, erklärt die Physiotherapeutin. Etwa die Hälfte der Patienten hätten Frakturen, eine weitere große Gruppe stellen Schlaganfallpatienten dar. Von den rund 700 Patienten, die bisher im AGR behandelt wurden, ist mehr als ein Drittel über 80 Jahre alt.

Kalkulierbare Kosten

Die Gesamtfinanzierung erfolgt über eine Tagespauschale von derzeit 108 Euro pro Patient. Die Patienten zahlen einen Eigenanteil von 10 Euro, sofern sie nicht befreit sind, was bei den meisten der Fall ist. Hinzu kommt ein Versorgungsanteil von 5 Euro pro Tag, womit das Frühstück und das Mittagessen abgedeckt werden. Mit der Tagespauschale werden Raum-, Personal- und Sachkosten sowie die Vergütung der Kooperationspartner (Therapeuten, Pflegedienste, Fahrdienste etc.) bezahlt. Festangestellt sind Organisationsleiterin Rosemarie Bremmel und zwei Pflegekräfte. In der Regel erhalten die Patienten von den Kassen 20 Behandlungstage – die Möglichkeit der Verlängerung besteht. Bei den Ersatzkassen, die nicht am IV-Vertrag beteiligt sind, sind es manchmal weniger – so wie bei Sigrid Bunge, die von ihrer Kasse 10 Behandlungstage bekommen hat und 10 weitere Tage aus eigener Tasche bezahlt.

Die Antragsstellung geht in der Regel von Klinikärzten, dem betreuenden Hausarzt oder auch von Angehörigen aus, die sich an die geriatrisch fortgebildeten Hausärzte des AGR wenden. Dazu ist in den meisten Fällen ein Besuch des Patienten im Krankenhaus oder zu Hause notwendig. Entscheidend ist eine komplexe Schädigung des Patienten, die zu einer multidimensionalen Beeinträch-

tigung und Verminderung seiner Alltagskompetenz führt. Wenn manifeste Fähigkeitsstörungen in mehreren Tätigkeitsbereichen (Selbstversorgung, Mobilität, Verhalten und Kommunikation) bestehen oder drohen, kommt eine Reha-Maßnahme in Betracht. Vorbedingung der Reha sind das Vorliegen einer der nachfolgenden Krankheiten:

- Erkrankung des Zentralnervensystems
- Frakturen und Zustände nach Gelenktraumen bzw. -operationen
- Kardio-pulmonale Erkrankungen
- Stoffwechselerkrankungen mit Folgekrankheiten/Spätschäden
- Gefäßerkrankungen
- Schwere degenerative Gelenkerkrankungen
- Chronisch entzündliche Erkrankungen
- Schwere Osteoporose

Neben der Reha-Bedürftigkeit muss das Reha-Potenzial ermittelt werden. Der untersuchende Arzt muss darüber hinaus prüfen, ob eine wohnortnahe ambulante Reha-Maßnahme sinnvoll und zumutbar ist.

Sind die Möglichkeiten für eine ambulante geriatrische Reha gegeben, stellt der AGR-Arzt den Antrag bei der Krankenkasse. Der Antrag umfasst Antragsformular, Reha-Plan, Patienteneinwilligung, BARTHEL-Index, IADL-Skala (Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens) und ein geriatrisches Basis-Assessment nach LACHS. Von der Kasse geht der Antrag an den MDK zur Prüfung. Im Rahmen des IV-Vertrages soll nach sechs Werktagen die Entscheidung der Kasse zur Kostenübernahme feststehen. So kann bei positivem Bescheid in kürzester Zeit die Reha beginnen. Im Idealfall – wie bei der engen Kooperation mit dem Kreis-krankenhaus Schönebeck und der Klinik in Calbe – können die Reha-Maßnahmen unmittelbar im Anschluss an den sta-



Ergotherapeutin Engelhardt mit der 88-jährigen Elfriede Lichtenfeld.

tionären Aufenthalt starten. Bei Einzelfallprüfungen der Ersatzkassen gingen in der Vergangenheit hingegen schon einmal vier bis sechs Wochen ins Land, wie Organisationsleiterin Rosemarie Bremmel bemängelt. Laut Dr. John hält sich der bürokratische Aufwand durch das eingespielte IV-Verfahren inzwischen in Grenzen.

In den ersten drei Tagen finden im AGR neben der Therapie geriatrische Tests statt, mit denen die Alltagskompetenz, die Sturzgefahr, die Sprachfähigkeit und die geistige Leistungsfähigkeit ermittelt werden. In Abstimmung mit den Zielvorstellungen des Patienten und den Ergebnissen des Assessments wird dann im Team das individuelle Therapieziel festgelegt. Je nach persönlicher Belastbarkeit kommen die Patienten jeden Tag oder alle zwei bis drei Tage in den AGR. Die Therapien gehen bis zum gemeinsamen Mittagessen. Anschlie-

ßend werden die Patienten nach Hause gefahren. Wer nach dem Essen noch eine Therapiesitzung hat, bleibt bis 15 Uhr.

Erkennbarer Erfolg

Der Erfolg gibt dem AGR-Konzept recht. Die Akzeptanz bei den Patienten ist hoch. Nach Aussage von Organisationsleiterin Rosemarie Bremmel gibt es kaum Abbrecher, was sie auf die „große Gruppendynamik“ zurückführt, die entsteht, wenn sich die Patienten täglich sehen. „Die Einrichtung ist ein Volltreffer“, bestätigt der 72-jährige Otmar Staab, während er eine Therapiepause nutzt, um an einem Gerät seine Beinmuskulatur zu kräftigen. Aufgrund von Lähmungserscheinungen in Folge einer Fistel am Rückenmark hat er schon eine Reihe von Reha-Einrichtungen hinter sich. „Ich bin froh, dass ich abends nach Hause kann“, sagt er und fügt hinzu: „Hier ist die Therapie sehr individuell.“



Foto: S. Rudat

Der Morgenkreis von Sozialtherapeutin Christine Kraus.



Foto: S. Rudat

Physiotherapeutin Fiedler arbeitet mit Patient Otmar Staab.

Das hat man in den großen Häusern nicht.“ Er hat an diesem Tag seinen letzten Behandlungstag und freut sich darüber, dass ihm das Laufen wieder etwas leichter fällt. Als besonders positiv wird

von Otmar Staab wie auch von anderen Patienten bewertet, dass immer dieselben Therapeuten anwesend sind. Dies schaffe Kontinuität. Zu Beginn der Reha wohnte die Mehrheit der Patienten zu

Hause. Der Großteil lebte auch sechs Monate nach Ende der Reha-Maßnahmen noch in den eigenen vier Wänden. Einige Patienten wechselten aus einer gemeinsam mit Angehörigen genutzten Wohnung zurück in ihre eigene Wohnung. Bei der Mehrheit der pflegebedürftigen Patienten blieb die Pflegestufe gleich. Vereinzelt war eine Rückstufung von Stufe 2 zu Stufe 1 möglich.

Versteckte Potenziale wecken

Die Ärzte und Therapeuten des AGR sind der festen Überzeugung, dass auch multimorbide geriatrische Patienten große Potenziale haben, ihre Leistungsfähigkeit und damit die Möglichkeit, zu Hause zu leben, zu erhalten oder zu verbessern. Viele Patienten, die vor der Reha nicht laufen konnten, schaffen es im Anschluss, sich mit dem Rollator zu bewegen.

Die Verbindung von körperlichen, geistigen und seelischen Übungen steht auch im Mittelpunkt der Sozialtherapie von Christine Kraus, die an zwei Tagen in der Woche einen Morgenkreis im AGR durchführt. Spielerisch versucht sie, die Bewegungsfähigkeit, die Koordination und das Gedächtnis der Patienten anzuregen. Die Therapie setzt sich aus sozialpädagogischer Musiktherapie, Gedächtnistraining, Bewegung und Gymnastik sowie Sitztanz zusammen. Christine Kraus setzt bei ihren Übungen auf selbst gebastelte Hilfsmittel, die Senioren auch leicht selbst zu Hause fertigen können.

In den ebenfalls von ihr angebotenen Einzelsitzungen geht es oft um die psychischen Probleme der älteren Menschen. „Die Hauptproblematik ist die Annahme und Verarbeitung der Krankheit und die Neuorientierung“, erklärt die Sozialtherapeutin. Aber auch ganz praktische Probleme werden sowohl im

Einzel-, als auch im Gruppengespräch angesprochen. So besteht an diesem Tag bei den Patienten großer Informationsbedarf zum Thema Betreuungsrecht und Patientenverfügung. Christine Kraus kündigt deshalb einen extra Gesprächstermin dafür an.

Die Therapeutin bietet mit ihrer Mobilen Sozialpädagogischen Praxis auch eine Nachbetreuung an, die allerdings von den Patienten selbst getragen werden muss. Dazu gehört auch die Vermittlung von Leistungen wie Reparaturservice oder Fahrdienste, die gerne genutzt würden – wobei die Patienten durchaus kritisch seien. „Senioren legen Wert auf Qualität“, berichtet Christine Kraus, die darüber hinaus auch die Geriatriische Selbsthilfegruppe „Fit im Alter“ leitet. Einmal im Monat treffen sich ehemalige AGR-Patienten und andere Senioren, um sich bei ihren Alltagsproblemen gegenseitig zu unterstützen. 24 feste Mitglieder hat die Gruppe inzwischen. Einen weiteren Baustein im Konzept des AGR stellt die enge Zusammenarbeit mit einem Spezialisten für Wohnraumanpassung dar, der Ausstellungsräume im Gebäude des AGR hat. Die Patienten können in ihrer Therapiezeit Termine vereinbaren und sich die Möglichkeiten für barrierefreies Wohnen anschauen. „Die Komponente Wohnraumanpassung ist extrem wichtig“, glaubt auch Dr. John. Häufig hätte die Patienten Angst vor Umbauten in ihren Wohnungen. Doch oft könnten mit einfachen Veränderungen wesentlich mehr Lebensqualität und Sicherheit gewonnen werden.

Modell bundesweit etablieren

Jedem Arzt, der ein ähnliches Projekt in Angriff nehmen will, rät Burghard John: „Man muss zunächst versuchen, eine vertragliche Regelung für die Basisfinanzierung zu finden.“ Außerdem sollte



AGR-Gründer Dr. John erläutert den Therapieplan.

man sich in geriatrischen Kliniken anschauen, was alles möglich und sinnvoll ist. „Und ganz wichtig: Man braucht ein motiviertes Team.“ John möchte das AGR-Projekt gerne bundesweit etablieren. Dazu soll es zusammen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einen Modellvertrag geben. In Anbetracht dessen, dass die geriatrische Reha jetzt zu den Pflichtleistungen gehört, „müssen die Kassen ein Interesse an einer kostengünstigen und wohnortnahen Reha haben“, ist sich der Allgemeinmediziner sicher. Zugleich weiß er aber, dass das Modell vor allem Sinn in Flächenländern macht, dort, wo stationäre geriatrische Einrichtungen und Tageskliniken dünn gesät sind.

Entscheidend sind aus seiner Sicht aber die enge Verzahnung des stationären und ambulanten Bereichs sowie der interdisziplinäre therapeutische Ansatz und die Vernetzung bestehender Strukturen – und das Ganze unter Kontrolle von geriatrisch fortgebildeten Hausärzten. Wenn John dann lakonisch hinzufügt: „Wir Ärzte haben hier dann nicht allzu viel zu tun“, lässt er den hohen organisatorischen und ideellen Aufwand,

den das Projekt von ihm und seinen drei Kollegen erfordert, außen vor. John wünscht sich, dass seine Kollegen in den Kliniken für die Möglichkeiten der – stationären und ambulanten – geriatrischen Rehabilitation sensibilisiert wären. „Es ist total wichtig, dass ein Krankenhausarzt eine Entscheidungshilfe hat, wann geriatrische Reha ambulant und wann stationär sinnvoll ist“, betont er. Dies sei besonders bei jüngeren Kollegen notwendig. Er ist sich sicher, dass zu viele Patienten in stationären Einrichtungen landen und die Vorteile einer wohnortnahen Reha nicht genutzt würden. „Ich würde deshalb gerne Testmethoden dafür entwickeln“, erzählt der umtriebige Mediziner von seinen weiteren Plänen.

Sascha Rudat

Kontakt:

Ambulanter Geriatrischer Rehakomplex
GbRmbH

Badepark 3, 39218 Schönebeck

Tel.: 03928/84 09 70, Fax: 03928/84 09 68

E-Mail: info@agrsbk.de

Internet: www.agrsbk.de

Weitere Informationen zum Berliner Gesundheitspreis: www.aok-bv.de

Wahre Geschichten über die Ware Gesundheit

Machen Sie halt dann nächstes Jahr weniger Epilepsien und MS und dafür 100 Schlaganfälle mehr.“ Der Satz zeigt, wie weit die „Entmachtung der Mediziner durch die Controller“ schon fortgeschritten ist, von der im Nachwort des hier vorgestellten Bändchens die Rede ist. Es kommt harmlos daher wie ein Mini-Geschenkbüchlein, und verschenkt wurde es in der Tat: An Politiker, die sich hier anhand authentischer Geschichten aus unserem kranken Gesundheitswesen auf eine vernünftige Reform hätten vorbereiten sollen. (Genützt hat es bekanntlich nichts.) Erzählt wurden die selbsterlebten Episoden ursprünglich im Internet, die Idee kam vom Ärztenachwuchs, der sich an die Absurditäten des Berufsalltags nicht gewöhnen mag, das Ganze ist ein IPPNW-Projekt. Betei-

ligt haben sich auch Vertreter anderer Gesundheitsberufe, Patienten und Angehörige.

An konkreten Details werden die grotesken Auswüchse der ins Kraut schießenden Rationierung deutlich. Da bekommt ein Zoster-Patient kein Aciclovir, weil das Arzneimittelbudget erschöpft ist. Die Kasse verweigert einem Schwerbehinderten den geeigneten Rollstuhl – zu teuer. Ein schwer gestörter kleiner Junge muss mangels Kapazität der Kinderpsychiatrie monatelang auf eine Behandlung warten. Zu schweigen von den himmelschreienden Defiziten in der Altenpflege. Auf der anderen Seite: Noch immer Verschwendung. Und viele Geschichten handeln davon, wie kostenträchtig Sparen am falschen Ende sein kann: Ein krank geborener Säugling

bleibt ein halbes Jahr auf der Intensivstation, weil die Kasse den pflegenden Angehörigen die erbetene Hilfe nicht genehmigt. Die Patienten fangen an, es zu merken, wenn sie „Verdünnungsscheine“ oder IGeL-Opfer werden – aber auch, was den Ärzten zugemutet wird.

Eine mit Verdachtsdiagnose MS eingelieferte Patientin wartete bis nachts um vier auf die angekündigte Lumbalpunktion. Die machte dann derselbe freundliche, aber nun total übermüdete Assistenzarzt, der sie schon am Tage untersucht hatte. „Er hat es gut gemacht, aber er hat mir so endlos leidgetan, der Arzt. Muss denn die Untersuchung meiner Krankheit auf Kosten der Gesundheit von anderen gehen?“

Stephan Kolb, Caroline Wolf (Hrsg.): Kein einziges Märchen – Leidfaden Gesundheitswesen. Wahre Geschichten über die Ware Gesundheit. Mabuse-Verlag Frankfurt/M. 2006. 96 Seiten, 7,90 Euro.

Rosemarie Stein

Gesundheitswesen – korrupt von oben bis unten?

Transparency International: Jahrbuch Korruption. Schwerpunkt Gesundheitswesen. Parthas Verlag Berlin 2006. 539 Seiten, 29,80 Euro.

„Im Gesundheitswesen beinhaltet Korruption die Bestechung von Aufsichtsbeamten und medizinischem Personal, die Manipulation von Informationen über Arzneimittelstudien, die ‚Abzweigung‘ von Arzneimitteln und Bedarfsgegenständen, Korruption bei der Beschaffung und überhöhte Rechnungen von Versicherungsunternehmen.“ Diese Definition findet sich im neuen „Jahrbuch Korruption“ von „Transparency International“. Es hat den Schwerpunkt Gesundheitswesen, denn so liest man's hier: Ob staatlich oder privat, ob gut oder schlecht finanziert – überall auf der

Welt ist das Gesundheitswesen besonders korruptionsanfällig. Zu den Gründen gehören die Komplexität mit der großen Zahl weit verstreuter Akteure, die ungleiche Verteilung von Information und die Unsicherheit über die Morbidität, also den Bedarf.

In der Einführung der Ausgabe für die deutschsprachigen Länder heißt es, hier wie in anderen Wohlstandsstaaten würden Fehlentwicklungen im Gesundheitswesen nicht durch Mangel, sondern durch Überfluss verursacht. Im deutschen Gesundheitswesen, einem „Dschungel vernetzter Abhängigkeiten“, herrsche eine „strukturelle Korruption“, die mehr Schaden anrichte als die Summe einzelner korrupter Straftaten. Durch korruptionsbedingte Fehlsteuerungen gingen in Deutschland schätzungsweise jährlich

zwischen 6 und 20 Milliarden Euro verloren. Deutschland wird im Jahrbuch relativ kurz behandelt, denn Transparency International hatte zuvor eine eigene Broschüre über „Transparenzmängel, Korruption und Betrug im deutschen Gesundheitswesen“ erarbeitet.

Aber viele Feststellungen dieses Bandes gelten international, also auch bei uns, etwa zum übermächtigen Einfluss der Pharmaindustrie (dies war Schwerpunkt von BERLINER ÄRZTE, Heft 12/2006), zur Wirkungslosigkeit von Verhaltenscodices, zur Rolle der Ärzte, die meist Opfer, manchmal aber auch Nutznießer von Korruption sind, oder zu den erfreulichen Gegenbewegungen wie „No free Lunch“ (www.nofreelunch.org/) und Offenlegen möglicher Interessenkonflikte als Bedingung für Publikationen.

Zum Thema Transparenz lässt sich hier eine pikante Entdeckung machen. Der letzte Satz der einleitenden Dankesliste lautet: „Das Jahrbuch Korruption erhält finanzielle Unterstützung von der deutschen Bundesregierung.“ Die aber ist

„nicht dazu bereit, die Namen von Wirtschaftsunternehmen offen zu legen, die Ministerien und Behörden bei der Ausrichtung von Veranstaltungen und Kampagnen finanziell unterstützen“, las man in der FAZ (vom 19.01.07). Und dies trotz einer Rüge des Bundesrechnungshofs,

nach dessen Forderungen Interessenkonflikte erkennbar und bewertbar sein müssen. Den Löwenanteil der Spenden bekam übrigens das Bundesgesundheitsministerium: 44,6 von insgesamt 55,4 Millionen Euro Sponsorengeld in die aufgehaltene öffentliche Hand, allein im

Untersuchungszeitraum August 2003 bis Dezember 2004.

Von wem wohl? Ausschließlich von der Pharmaindustrie oder auch von den Zigarettenherstellern?

Rosemarie Stein

Die Krankenhausstadt Berlin-Buch im Detail

Horst-Peter Wolff und Arno Kalinich,
**Zur Geschichte der Krankenhausstadt
Berlin-Buch. Mabuse-Verlag Frankfurt/M.**
2006. ISBN 3-938304-42-1. 277 S.,
29,90 Euro.

Als die fünf nicht weit auseinander liegenden Krankenhaus- und Forschungsstandorte Anfang der 60er Jahre des 20. Jahrhunderts zum „Städtischen Klinikum Berlin-Buch“ zusammengefasst wurden, entstand eine „Krankenhausstadt“ mit 5.000 Betten und sämtlichen Disziplinen der Medizin. Sie hatte sich, in der Verantwortung des Bezirks Pankow, schon lange als Zentrum ambulanter und stationärer Versorgungsleistungen für die Nachbarbezirke Frankfurt/Oder und Potsdam und in einigen Bereichen auch zur zentralen klinischen und Forschungsinstitution für die gesamte DDR entwickelt. Nach der Vorstellung ihrer Gründer, der Berliner Gesundheitsverwaltung in der Hauptstadt der DDR, sollte sie zum „größten“ und „modernsten Krankenhaus“ Europas werden und musste daher der Magistratsverwaltung direkt unterstellt werden.

Am Anfang der Geschichte dieses Krankenhauskomplexes stand die Gründung der III. Berliner Irrenanstalt, nachdem durch das expansive Wachstum der Stadt die Anstalten in Dalldorf (heute Wittenau/Reinickendorf) und Herzberge (Lichtenberg) nicht mehr ausreichten. 1906 eröffnet ist ihre Anlage noch heute eines der besten Zeugnisse der Entwurfs- und Baukunst des Berliner Stadtbau-meisters Ludwig Hoffmann (1852-1932), unter dessen Leitung in Berlin über

200 Bauten, darunter weitere Krankenhäuser, das Stadthaus, das Märkische Museum und über 60 Schulen entstanden waren. Schon bald kam die Planung einer IV. Berliner Irrenanstalt dazu, deren Bauten ab 1914 dann aber als Reserve-Kriegslazarett genutzt wurden. Auch ein „Genesungsheim der Stadt Berlin“ und dann die „Kinderheilanstalt Buch“ mit etwa 600 Betten nutzten das Gelände später. Weitere Einrichtungen entstanden für Chronisch Kranke und für eine Tuberkulose-Heilstätte mit einer Kapazität von einigen Hundert Patienten.

Das Kaiser-Wilhelm-Institut für Hirnforschung war ab Ende der 20er Jahre dann das erste reine Forschungsinstitut im Gesamtkomplex. Die Beteiligung dieser Institution durch ihren Leiter Hugo Spatz und den Abteilungsleiter Julius Hallervorden an der Untersuchung von Gehirnen Ermordeter sowie die Beteiligung zahlreicher Abteilungen an der Planung und Durchführung der Zwangssterilisationen und der Ermordung von Patienten in der so genannten „Euthanasie-Aktion“ sind die Beiträge auch dieser großen Institution zur Medizin des Nationalsozialismus.

In den letzten Kriegsjahren nahm das Krankenhaus zahlreiche durch Bombenschäden betroffene Charité-Einrichtungen auf. In der DDR fanden Forschungseinrichtungen der Akademie der Wissenschaften hier ihren Platz. Auch die einschneidenden Veränderungen nach der Wende und der Aufbau neuer Kliniken und Forschungsinstitute sind im Einzelnen dokumentiert.

Den Autoren, dem Medizinhistoriker Horst-Peter Wolff, der als Verfasser zahlreicher Schriften zur Geschichte der Krankenpflege hervorgetreten ist, und dem langjährig an der Medizinischen Fachschule des Klinikums Buch tätigen Pädagogen Arno Kalinich, ist eine detailierte und die erreichbaren Quellen gründlich auswertende Darstellung gelungen, die bis in das Jahr 2005 alle Einrichtungen in ihren Aufgaben, ihrer Struktur und Entwicklung einschließlich der Besetzung der leitenden Positionen darstellt. Ausführliches Karten- und Bildmaterial, eine Chronologie der Namenswechsel, Zeittafeln der Bücher Krankenhäuser sowie ein Personenverzeichnis mit fast tausend Eintragungen, das überraschend auch in Buch verbrachte Zeiten anderenorts berühmt gewordener Personen registriert, geben erschöpfende Auskunft.

Dr. med. Udo Schagen

Gesundheit ist ein Menschenrecht

Deshalb hilft ÄRZTE OHNE GRENZEN
in rund 70 Ländern Menschen in Not –
ungeachtet ihrer Hautfarbe, Religion
oder politischen Überzeugung.



MEDECINS SANS FRONTIERES
ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.

ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.
Am Köllnischen Park 1 • 10179 Berlin
www.aerzte-ohne-grenzen.de

Spendenkonto 97 0 97 Sparkasse Bonn • BLZ 380 500 00

Helfen Sie mit!

BERLINER  ÄRZTE

ONLINE ÄRZTEBLATT:

www.berliner-aerzte.de

verfügbar 5 Arbeitstage vor der Druckausgabe!
NEU: mit Datenbank der Rubrikanzeigen

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 Interessenschwerpunkten orientierte Veranstaltungsauswahl weit im Voraus.

Termine	Thema / Referenten	Veranstaltungsort	Information/ Gebühr	Fortbildungspunkte
Semesterbegleitende Fortbildungsreihe 14-tägig dienstags; NEU: jeweils 19:00 – 20:30 Uhr	Interdisziplinäre Fortbildungsreihe der Ärztekammer Berlin 03.07.: Das rote Auge (Mit der Veranstaltung am 3.7.2007 endet die semesterbegleitende Fortbildungsreihe des Sommersemesters 2007; die Veranstaltungstermine und -themen der Interdisziplinären Fortbildungsreihe des Wintersemesters 2007/2008 werden frühzeitig an dieser Stelle bekanntgegeben.)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1200 E-Mail: fobi-zert@aekb.de Teilnahme kostenlos, Anmeldung nicht erforderlich	3 P pro Veranstaltungstermin
Semesterbegleitende Veranstaltungsreihe jeweils donnerstags; 20:00 – 21:30 Uhr	Fachspezifische Fortbildungsreihe Innere Medizin, Schwerpunktthema im Sommersemester 2007: Ernährungstherapie versus Pharmakotherapie 05.07.: Alter: Was bedeutet Alter? Ernährung und Pharmakotherapie (Mit der Veranstaltung am 05.07.2007 endet die semesterbegleitende Fortbildungsreihe des Sommersemesters 2007; die Veranstaltungstermine und -themen der Fachspezifischen Fortbildungsreihe des Wintersemesters 2007/2008 werden frühzeitig an dieser Stelle bekanntgegeben.)	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
Veranstaltungsreihe, jeweils 18:00 – 20:00 Uhr	Geschlechtsspezifische Aspekte in der medizinischen Diagnostik und Therapie Veranstaltungsreihe im Sommersemester 2007 10.07.: Psychiatrie: Weinerliche Frauen, aggressive Männer? (letzter Termin der Veranstaltungsreihe)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1207 E-Mail: fobi-zert@aekb.de Teilnahme kostenlos, Anmeldung nicht erforderlich	2 P pro Veranstaltungstermin
31.08. – 02.09.2007 12.10. – 14.10.2007 23.11. – 25.11.2007 jeweils Freitag bis Sonntag; freitags jeweils 16–19 Uhr, samstags und sonntags jeweils ganztägig	80-Stunden-Kurs „Spezielle Schmerztherapie“ 2007 zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Der Kurs wird in 4 Bausteinen à 20 Unterrichtsstunden angeboten.	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1206 E-Mail: d.buenning@aekb.de Anmeldung erforderlich! Gebühr: 850 €	80 P
27.08. – 01.09.2007 08.10. – 13.10.2007 26.11. – 01.12.2007	Weiterbildungskurs „Ärztliches Qualitätsmanagement“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer	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
Kursteil A1: 03.09. – 12.09.2007 Kursteil A2: 12.09. – 21.09.2007	Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1301 E-Mail: aag@aekb.de Interessenten können die Kursteile A1 und A2 einzeln buchen oder aber die beiden Kursteile zu einem dreiwöchigen Kurs zusammenfügen. Gebühren: Kursteile A1 und A2 separat: je 440 €; Kursteile A1 und A2 gemeinsam: 880 €	
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) (Weiteres s. Textkasten auf S. 23)	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
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 auf S. 23)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1203 E-Mail: begutachtung@aekb.de Anmeldung erforderlich! Gebühr: Module I–IV insgesamt 400 € (100 € pro Modul)	10 P pro Modul

Fortbildungsangebot: Qualitätsbeauftragter in der Hämotherapie

(40-Stunden-Kurs)

Die Bundesärztekammer hat gemäß den §§ 12 und 18 des Transfusionsgesetzes (TFG) eine Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie) erlassen.

Nach dieser Richtlinie müssen sowohl Einrichtungen, in denen Blut und Blutbestandteile gewonnen werden (Spendeeinrichtungen) als auch Einrichtungen, in denen Blutprodukte angewendet werden (Einrichtungen der Krankenversorgung) Qualitätssicherungssysteme betreiben. Einrichtungen mit Anwendung von Blutkomponenten und/oder Plasmaderivaten für die Behandlung von Hämostasestörungen (außer Fibrinkleber) müssen im Benehmen mit der zuständigen Ärztekammer einen ärztlichen Ansprechpartner zur Überwachung des Qualitätssicherungssystems (Qualitätsbeauftragter) benennen.

Voraussetzung für die Tätigkeit als Qualitätsbeauftragter ist die Approbation als Arzt und eine mindestens dreijährige ärztliche Tätigkeit sowie eine der folgenden Qualifikationen:

- Erfüllung der Voraussetzung für die Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ oder
- 40 Stunden theoretische, von einer Ärztekammer anerkannte Fortbildung „Qualitätsbeauftragter Hämotherapie“

Wer zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Richtlinie als Qualitätsbeauftragter tätig ist, darf diese Tätigkeit weiter ausüben unter der Bedingung, dass eine der genannten Qualifikationen innerhalb von zwei Jahren nach Inkrafttreten der Richtlinie nachgewiesen wird.

Die Ärztekammer Berlin und die Landesärztekammer Brandenburg werden die qualifizierende Fortbildung „Qualitätsbeauftragter Hämotherapie“ künftig im Wechsel anbieten. Nachfolgend finden Sie das nächste bevorstehende Kursangebot.

Kursangebot der Ärztekammer Berlin:

Teil I: 06.09. – 08.09.2007
Teil II: 27.09. – 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)

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Teilnehmergebühr: 700,- €

Information: Telefon: 030 40806-1400 (Inhalte)
030 40806-1202 (Anmeldung)
E-Mail: fobi-zert@aekb.de

Anmeldeschluss: 20.07.2007

Wissenschaftliche Gesamtleitung: Dr. med. Elke Gossrau (Berlin)

Der jeweils vollständige Besuch der jeweiligen Kursangebote ist mit 40 Fortbildungspunkten für das Fortbildungszertifikat anrechenbar.

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 befindlichen 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

Europäische Fachtagung “Zerebralaparesen im Erwachsenenalter” 21. / 22. September 2007, Potsdam

Veranstaltungsort: Universität Potsdam · Haus II · Am Neuen Palais 10 · 14469 Potsdam

Teilnahmegebühr:

Tagung (mit Workshops): Ärztinnen/Ärzte: 150 €, Physiotherapeutinnen/-therapeuten: 75 €
1 Tag: Ärztinnen/Ärzte: 80 €, Physiotherapeutinnen/-therapeuten: 40 €
Gesellschaftsabend: (21. September): 25 €

Anmeldeschluss: 15. Juli 2007

Zertifizierung: 15 CME-Punkte (Kategorie A; Anerkennung für das Fortbildungszertifikat der Landesärztekammer Brandenburg)

Veranstalter:

Bundesarbeitsgemeinschaft Ärzte für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung e.V. und European Association of Intellectual Disability Medicine

Anmeldung und weitere Informationen: Milde Marketing Science Communication
Tel.: +49 (0)331 5839354 · Fax: +49 (0)331 5839357 · Email: milde@mildemarketing.de

Rund 850 Millionen Menschen weltweit leiden an Hunger und Unterernährung. Wir setzen uns in den Ländern des Südens für eine nachhaltige, sozial- und umweltverträgliche Landwirtschaft ein.

**Brot
für die Welt**

Postbank 500 500-500
BLZ 370 100 50
www.brot-fuer-die-welt.de

Das Wichtigste vom 110. Deutschen Ärztetag

Der 110. Deutsche Ärztetag in Münster hat zwar ganz im Zeichen des so genannten GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes gestanden. Doch zur offenen Konfrontation zwischen Politik und Ärzteschaft kam es nicht. Vom 15. bis 18. Mai diskutierten die 250 Delegierten des Ärztetages in der Halle Münsterland die aktuelle Gesundheitspolitik, ethische Aspekte der Organ- und Gewebetransplantation sowie die Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland. Ein weiteres heißes Eisen war die neue Muster-Weiterbildungsordnung im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin. Außerdem standen die Wahlen des Bundesärztekammervorstandes, des Präsidenten, der Vizepräsidenten und der beiden Beisitzer auf dem Programm.

Von Sascha Rudat

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt vermied es in ihrer Rede bei der Eröffnung des Ärztetages, allzu sehr auf das kürzlich in Kraft getretene GKV-WSG einzugehen. Dafür wurde sie teils mit Buh-Rufen und Pfiffen bedacht. Zuvor hatte Gastgeber Dr. Theo Windhorst, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, klare Worte gewählt. Er warnte vor Dirigismus und Überregulierung. Dies sei „Zeitraub zu Lasten der Patienten“, betonte er. Es finde eine fortschreitende Entwertung des Arztberufes statt.

Gesundheitsministerin Schmidt hielt sich in ihrer Rede zunächst an die weniger verhänglichen Tagesordnungspunkte des Ärztetages. Sie begrüßte, dass die Ärzteschaft sich mit dem Thema Kinder- und Jugendgesundheit befasst. „Der Schutz der Kinder ist die Aufgabe aller“, sagte sie, wobei die Ärzte eine besondere Verantwortung hätten. Sie kündigte an, dass der Weg der Kürzungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) nicht weiter beschritten werde. Zum Thema Organ- und Gewebetransplantation sagte sie: „Mit uns wird es keinen Organ- und Gewebehandel geben.“

Ganz kam Schmidt dann doch nicht um die aktuelle Gesundheitspolitik herum. Sie forderte die Ärzte auf, die Wirkung des GKV-WSG erst einmal voll entfalten zu lassen. Sie versprach den Ärzten dadurch feste Preise, Transparenz und Kalkulationssicherheit. Neu war in diesem

Das war ja mein erster Ärztetag. Ich fand ihn spannend, interessant und hilfreich. Mich hat auch die gute Organisation beeindruckt. Klasse finde ich das einfache Verfahren zum Einreichen von Anträgen. Beim Thema Organtransplantation befindet sich der Ärztetag auf dem richtigen Weg. Das Thema Weiterbildung in der Allgemeinen und Inneren Medizin fand ich spannend, auch wenn ich nicht den direkten Bezug habe. Etwas gefehlt hat mir dabei aber die rechtliche Orientierung.

Dr. med. Kilian Tegethoff
Anästhesist und Vorsitzender des
Charité-Gesamtpersonalrates



Zusammenhang der Begriff des „Mengenengerüstes“, in dem sich die vertragsärztliche Versorgung künftig abspiele. Die ministerielle Wortschöpfung sorgte denn auch für einige bittere Heiterkeit unter den Ärzten.

Der Präsident der Bundesärztekammer, Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, hielt Schmidt entgegen, das GKV-WSG habe „die schlimmsten Befürchtungen übertroffen“. Es gebe ein „Gefühl der völligen Fremdbestimmtheit ärztlichen Handelns“, kritisierte er. „Die begrenzten Mittel werden lediglich neu verteilt.“ Wenn die Freiheit des Arztberufes zunehmend gefährdet sei, würden Ärzte vom „Freiberufler zum Freiheitskämpfer“ werden, warnte Hoppe die Gesundheitsministerin.

Eigenes Konzept geplant

Das Thema Gesundheitspolitik wurde im ersten Tagesordnungspunkt des Ärztetages fortgesetzt. Kritik an den Auswirkungen der aktuellen Gesundheitsreform kam von allen Seiten.

Berlins Kammerpräsident Dr. Günther Jonitz warnte davor, dass das Bundesgesundheitsministerium die zweite Facharztschiene gezielt zerstören wolle, „indem man niedergelassenen Fachärzten die wirtschaftliche Perspektive nimmt“. Er bedauerte, dass die Politik bisher mit der Ärzteschaft ein leichtes Spiel gehabt habe. Das Prinzip „Teile und herrsche“ funktioniere noch immer, betonte Jonitz.

Der Ärztetag stellt fest, dass das deutsche Gesundheitswesen auf dem Weg in ein vollständig staatlich reguliertes System sei. In einer ersten Bewertung kam man zu dem vernichtenden Schluss: Die Finanzautonomie der Kassen wird beseitigt, der Sicherstellungsauftrag der KVen wird zunehmend ausgehöhlt, Wahltarife und weitere Selektionsmöglichkeiten schaffen eine Zwei-Klassen-Medizin, die Unterschiede zwischen GKV und PKV werden auf dem Weg zur Einheitskasse immer weiter verwischt.

Die Delegierten votierten dafür, dass der BÄK-Vorstand dem 111. Deutschen Ärztetag in Ulm ein eigenes gesundheitspolitisches Programm zur Verabschiedung vorlegen soll. Die Ärzteschaft wurde aufgefordert, Vorschläge und Anregun-



Der Ärzteschaft wird zunehmend bewusst, dass merkantile und ökonomische Ausrichtung des Gesundheitswesens in die Irre führt. Das ist eine schleichende Aufweichung. Beim Thema Kindergesundheit zeigt sich, dass die staatliche Seite zur Zeit völlig ineffizient ist. In Sachen Allgemeine und Innere Medizin hoffe ich, dass wir endlich zur Ruhe kommen. Der allgemeine Internist ist eine wesentliche Stütze im Krankenhaus. Wir dürfen uns von der Politik nicht auseinander dividieren lassen.

Dr. med. Christian Handrock
Niedergelassener Gynäkologe
aus Spandau

gen für ein solches Programm einzubringen.

Gegen die Kommerzialisierung

In das Thema Organ- und Gewebetransplantation führten zwei Vorträge ein. Die rechtlichen Aspekte erläuterte Professor Dr. jur. Hans Lilie, Vorsitzender der Ständigen Konferenz Organtransplantation der BÄK. Die umfassenden ethischen Dimensionen beleuchtete Professor Dr. med. Dr. phil. Eckhard Nagel, Direktor des Instituts für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth. Lilie warf einen Blick zurück auf zehn Jahre Transplantationsgesetz. Zusammenfassend sagte er: „Wir haben genug Rechtssicherheit, aber zu wenig Organe.“ Nach Ansicht von Lilie wird die Spendebereitschaft der Bevölkerung nicht ausgeschöpft.

Einigkeit herrschte unter den Delegierten darüber, dass jede Form der Kommerzialisierung bei der Organspende unterbleiben müsse. Nur durch umfassende ethische Prinzipien könne es eine Akzeptanz der Organspende geben. „Dazu gehören vor allem die Freiwilligkeit der Entscheidung zur Spende, deren Unentgeltlichkeit, das strikte Verbot jeglichen Handels mit Organen und die Chancengleichheit der Patienten durch bundeseinheitliche Wartelisten“, erklärten die Delegierten. Diskutiert wurde auch die Frage, ob der Wechsel von einer erweiterten Zustimmungslösung hin zu einer Widerspruchslösung die Zahl der Organ-

spenden erhöhen könne. Einige waren sich die Delegierten auch darüber, dass die Intensivstationen verstärkt potenzielle Spender melden sollten. Dies geschehe immer noch zu wenig. Entgegen gewirkt werden sollte diesem Problem durch die flächendeckende Einführung von Transplantationsbeauftragten in den Kliniken.

Kindergesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Mit Blick auf den Kinder- und Jugendsurvey (KIGGS) des Robert-Koch-Instituts diskutierten die Delegierten dessen Ergebnisse. Sorgen bereitet den Ärzten die zunehmende Zahl von Kindesvernachlässigungen und -misshandlungen. Die Ärzteschaft war sich einig, dass es sich bei der Kinder- und Jugendgesundheit um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt. Die Gesundheitsversorgung von Kindern aus unterprivilegierten und gefährdeten Gruppen, die auch seltener Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen, sollte durch Netzwerke von Ärzten, Gesundheitsämtern, Einrichtungen der Jugendhilfe, sozialen Diensten, Familienhebammen, Kindergärten und Schulen weiter ausgebaut werden. Die Delegierten forderten verbindliche ärztliche Vorsorgeuntersuchungen für Kinder. Jugendhilfe und öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) sollen in einem gesetzlich verankerten Meldewesen Eltern, die ihr Kind nicht zu den Früherkennungsuntersuchungen bringen, über ein Erinnerungungsverfahren zur Teilnahme auf-

fordern. Eine Meldepflicht durch die betreuenden Ärzte lehnten die Delegierten aber ab. Der Nachweis einer durchgeführten Vorsorge sei Aufgabe der Eltern.

Dauerthema Weiterbildung

Erneut stand der Themenkomplex Weiterbildung im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin auf der Tagesordnung eines Ärztetages. Nachdem auf dem 106. Deutschen Ärztetag in Rostock im Jahr 2003 eine neue Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO) verabschiedet worden war, hatten die Landesärztekammern diese umgesetzt. Dabei wichen sie teilweise von der MWBO ab. Mit der MWBO von Rostock war der Internist ohne Schwerpunkt abgeschafft worden. So gibt es in Berlin aktuell neben dem Allgemeinmediziner acht Facharztbezeichnungen Innere Medizin mit Schwerpunkt. In Münster legte der BÄK-Vorstand nun eine neue MWBO vor, die die Wiedereinführung des Internisten ohne Schwerpunkt vorsieht. Als Grund wurde die fehlende Einheitlichkeit in den Fachgebetsbezeichnungen innerhalb der EU genannt. Wie nicht anders zu erwarten war, wurde das Thema von den Delegierten wieder einmal heftig diskutiert. Die

ANZEIGE

Praxisschilder

Neuheit-jetzt auch mit SOLARBELEUCHTUNG

keine Kabel-weitgehend wartungsfrei

Klaus Delloch
Praktischer Arzt
Hausärztliche Versorgung

Telefon 84 10 90 40

Sprechzeiten				
Mo	Di	Mi	Do	Fr
9-12	9-12	-	9-12	9-12
16-18	16-18	-	16-18	-

Schnelldienst
unverbindlicher Hausbesuch
in Berlin

InfoCard Tel. (030) 84 10 90 40
Fax (030) 84 10 90 41

infocard@infocard-berlin.de

Mir hat gut gefallen, dass die Wahlen geheim waren. Das hat zwar etwas gedauert, aber die Delegierten waren sehr geduldig. Sehr gut war auch, dass die Misstöne, die beim Thema Kindergesundheit auftauchten, sehr schnell vom Auditorium gestoppt wurden.

Es hat sich gezeigt, dass die vielfältigen Aufgaben in der Kinder- und Jugend-gesundheit nur im Konsens innerhalb der Ärzteschaft gelöst werden können. Das ist eine Gemeinschaftsaufgabe. Es sind viele sehr vernünftige Anträge zu diesem Thema durchgekommen.

Dr. med. Sigrid Kemmerling
Oberärztin in der Kinder- und
Jugendpsychiatrie/-psychotherapie an
den DRK-Kliniken Westend



Pro- und Kontra-Argumentationen wurden – teils sehr emotional – ausführlich ausgetauscht. Bei der Abstimmung stimmte überraschend eine deutliche Mehrheit für die Wiedereinführung des Internisten ohne Schwerpunkt. Die Landesärztekammern sind nun aufgefordert, die neue MWBO umzusetzen.

Spannende Wahl

Die Wahlen des BÄK-Vorstandes wurden überraschend vorgezogen, da viele Delegierte befürchteten, dass andernfalls das Thema Weiterbildung unnötig politisiert werden würde. Die Wahl der BÄK-Präsidenten brachte zunächst keine Überraschungen, war doch Professor Hoppe der einzige Kandidat. 202 von 223 Stimmen (nach Abzug der ungültigen Stimmen und Enthaltungen) konnte Hoppe, der damit in seine dritte Amtszeit geht, auf sich vereinen. „Ich werde mich mit aller Kraft einsetzen, sofern das die Gesundheit zulässt“, sagte der 66-Jährige und rief den Delegierten zu: „Wir brauchen innere Geschlossenheit. Das ist das Wichtigste.“

Die anschließenden Wahlen der beiden Vizepräsidentenposten gestalteten sich dann spannender. Für den Sitz von Amtsinhaber Dr. Andreas Crusius, Präsident der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, stellten sich neben Crusius Dr. Ursula Stüwe, Dr. Frank Ulrich Montgo-

mery und Dr. Jonitz, die Landesärztekammerpräsidenten von Hessen, Hamburg und Berlin, zur Wahl. Dr. Jonitz stellte sich den Delegierten mit den Worten vor: „Ich bin hier, damit Sie eine Wahl haben. Diese Wahl ist nicht nur eine Personal-, sondern auch eine Richtungsentscheidung.“ In der Berlin Kammer spreche man nicht von Geschlossenheit, man lebe sie. „Wir haben eine konstruktive Koalition aus Haus-, Fach- und Klinikärzten“, betonte Jonitz.

Der erste Wahlgang brachte kein Ergebnis, von 241 gültigen Stimmen entfielen

110 auf Montgomery, 67 auf Jonitz, 35 auf Crusius und 29 Stüwe. Im darauf folgenden Wahlgang trat Stüwe dann nicht mehr an. Von 235 Stimmen bekamen Montgomery 104, Jonitz 98 und Crusius 33. Dies führte zu einer Stichwahl zwischen Montgomery und Jonitz, die der Hamburger Kammerpräsident mit 121 zu 114 Stimmen knapp für sich entscheiden konnte.

In das Rennen um den zweiten Vizepräsidentenposten gingen Amtsinhaberin Dr. Cornelia Goesmann, niedergelassene Ärztin aus Niedersachsen und Dr. Elke Köhler, Vorstandsmitglied der Ärztekammer Brandenburg. Die Wahl fiel mit 162 zu 63 Stimmen klar auf Goesmann. Daneben wurden Rudolf Henke und Dr. Max Kaplan für vier Jahre in den Vorstand gewählt, dem außerdem per Amt die 17 Präsidentinnen und Präsidenten der Landesärztekammern angehören. Bedauern gab es in den Reihen der Berliner Delegierten darüber, dass jetzt kein niedergelassener Facharzt mehr im Bundesärztekammer-Vorstand sitzt. „Das hätte ich mir sehr gewünscht“, sagte Dr. Roland Urban. *srd*

Das Beschlussprotokoll des 110. Deutschen Ärztetages sowie ausgewählte Redemanuskripte finden Sie unter: www.baek.de



Neben den guten Anträgen zu den TOP Kindergesundheit und ethischen Aspekten von Transplantationen war einer der wichtigsten Anträge für mich die Ablehnung der elektronischen Gesundheitskarte in der jetzigen Form! Im TOP Weiterbildung wurde mit dem 5-jährigen Internisten ohne Schwerpunkt hoffentlich ein haltbarer Kompromiss verabschiedet, der sowohl von allen Landesärztekammern als auch von der EU anerkannt wird. Was die Wahlen betrifft, begrüße ich es, dass Herr Hoppe als Vorsitzender bestätigt wurde, leider wurde jedoch Frau Bühren, engagierte Ärztinnenvertreterin, abgewählt.

Dr. med. Charlotte Lutz
Fachärztin für Innere Medizin im
Krankenhaus Hellersdorf

Ein Jahr nach Einführung der neuen Weiterbildungsordnung

Am 13. April 2006 ist die neue Weiterbildungsordnung von 2004 der Ärztekammer Berlin in Kraft getreten. Neben der Ausrichtung auf die Qualifikationsebenen – Gebiete, Schwerpunkte und Zusatz-Weiterbildungen – wurde die Anzahl der ärztlichen Weiterbildungsbezeichnungen reduziert. Die eingetretenen Veränderungen betreffen sowohl die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung als auch die zur Leitung der Weiterbildung Befugten in Klinik und Praxis. Auch ein Jahr nach Einführung der neuen Weiterbildungsordnung erreicht die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Ärztekammer Berlin eine Vielzahl von Anträgen und Anfragen. Um den täglichen Anforderungen und den neuen Herausforderungen noch besser gerecht zu werden, war neben einer Umstellung auf das Online-Antragsverfahren auch eine Anpassung der Organisationsstruktur der Ärztekammer Berlin sowie ein erweitertes Service-Angebot für die Kammermitglieder notwendig geworden.

Die wichtigsten mit der Umsetzung der neuen Weiterbildungsordnung verbundenen Neuerungen möchten wir der Berliner Ärzteschaft im Folgenden kurz vorstellen:

• Weiterbildung in Gebieten und Zusatz-Weiterbildungen

Analog der Aufteilung der Gebiete in Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen erfolgt die Weiterbildung in einigen Gebieten als Basisweiterbildung und Weiterbildung im Schwerpunkt. In die Gebiete Innere Medizin und Allgemeinmedizin, Chirurgie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Pathologie und Pharmakologie wurde eine Basisweiterbildung eingeführt, mit der definierte gemeinsame Inhalte von verschiedenen Facharztweiterbildungen innerhalb eines Gebietes vermittelt werden. An diese Basisweiterbildung schließt sich die facharztbezogene Weiterbildung im Schwerpunkt an. Besonders die Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin hatte nach dem Wegfall des reinen Facharztes für Innere Medizin für viel Diskussionsstoff gesorgt. Vorgesehen war, die ersten 24 Monate der Weiterbildung zur Fachärztin beziehungsweise zum Facharzt für Allgemeinmedizin oder zur Fachärztin beziehungsweise zum Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt als stationäre internistische Zeit abzuleisten. Nach der Empfehlung des

Deutschen Ärztetages 2007 in Münster, die Fachärztin/den Facharzt für Innere Medizin (ohne Schwerpunkt) wieder einzuführen, stellt sich die Frage einer strukturierten Basisweiterbildung erneut. Über eine Umsetzung wird der Souverän zu entscheiden haben.

Voraussetzung für den Erwerb einer Zusatzbezeichnung ist grundsätzlich die Facharzt-Anerkennung. Einige Zusatz-Weiterbildungen sind integraler Bestandteil einer Facharztqualifikation. Als Beispiel sei hier die Medikamentöse Tumorthherapie als Bestandteil der Onkologie genannt.

Jede Weiterbildung in einem Gebiet oder einer Zusatz-Weiterbildung schließt bis auf wenige Ausnahmen mit einer Prüfung ab. Alle erworbenen Bezeichnungen sind nebeneinander führbar.

• Erteilung einer Befugnis nach neuer Weiterbildungsordnung

Wie wir allen zur Leitung der Weiterbildung Befugten bereits schriftlich mitgeteilt haben, ist für eine Befugnis zur Leitung der Weiterbildung nach neuer Weiterbildungsordnung von 2004 eine neue Befugnis in allen Gebieten, Schwerpunkten und Zusatz-Weiterbildungen zu beantragen. Der Grund dafür ist die Forderung der neuen Weiterbildungsordnung, dem Befugnisantrag ein gegliedertes Programm für die Weiterbildung bei-

zuliegen. Anhand dieses „Curriculums“ hat die/ der zur Weiterbildung befugte Ärztin /Arzt einmal jährlich ein Gespräch mit der/ dem Weiterzubildenden zu führen und zu dokumentieren, das später auch zur Erstellung des Weiterbildungszeugnisses herangezogen werden muss.

Die in vielen Gebieten vorgesehene Basisweiterbildung und Weiterbildung im Schwerpunkt werden getrennt voneinander befugt. Das bedeutet, dass für eine Befugnis zur Leitung der Basis- und der Schwerpunktweiterbildung je ein Antrag zu stellen und je ein Weiterbildungsprogramm vorzulegen ist. Für die Basisweiterbildung werden ausnahmslos Befugnisse für die gesamte Zeit vergeben, gegebenenfalls als gemeinsame Befugnis mehrerer Befugter und/oder als Verbundbefugnis an mehreren Weiterbildungsstätten.

• Übergangsbestimmungen

Im Rahmen der Übergangsbestimmungen können Anträge auf Anerkennung oder auf Befugnis zur Leitung der Weiterbildung bei der Ärztekammer Berlin entweder nach der alten Weiterbildungsordnung von 1994 oder nach der neuen Weiterbildungsordnung von 2004 mit den entsprechenden Nachträgen gestellt werden.

Anerkennungen

Ärztinnen und Ärzte, die ihre Weiterbildung vor Inkrafttreten der neuen Weiterbildungsordnung begonnen haben,

ARZT- UND MEDIZINRECHT

Dr. Marc Christoph Baumgart
Rechtsanwalt

Kurfürstendamm 42
10719 Berlin
Tel. 88 62 49 00
Fax: 88 62 49 02
www.ra-baumgart.de
m.c.baumgart@t-online.de

A
N
Z
E
I
G
E

können diese auch nach den zeitlichen und inhaltlichen Bestimmungen der alten Weiterbildungsordnung innerhalb festgelegter Übergangsfristen unter Anwendung des Abschnitts A der Weiterbildungsordnung von 2004 abschließen (Facharzt-Bezeichnungen bis 12.04.2013, Schwerpunkte oder Bereiche bis 12.04.2009, Fakultative Weiterbildungen und Fachkunden bis 12.04.2008). Die Möglichkeit des Erwerbs von Fakultativen Weiterbildungen und Fachkunden besteht nach der neuen Weiterbildungsordnung nicht mehr. Die Zusatzbezeichnungen Ärztliches Qualitätsmanagement, Akupunktur, Diabetologie, Infektiologie, Palliativmedizin, Röntgendiagnostik (fachgebunden) und Schlafmedizin können innerhalb von zwei Jahren nach Einführung der neuen Weiterbildungsordnung ohne Prüfung erworben werden, wenn die Voraussetzungen zur Anerkennung bereits bei Inkrafttreten der neuen Weiterbildungsordnung – also am 13. April 2006 – vorlagen. Einige Zusatz-Weiterbildungen bilden ehemalige Fakultative Weiterbildungen und Fachkunden ab, die teilweise als Zusatzbezeichnung weitergeführt werden können.

Befugnisse

Der Gemeinsame Weiterbildungsausschuss und der Vorstand der Ärztekammer Berlin haben nach Inkrafttreten der neuen strukturierten Weiterbildungsordnung beschlossen, dass die bisher bestehenden oder aktuell noch nach alter Weiterbildungsordnung von 1994 beantragten Befugnisse enden und damit längstens je nach zeitlicher Dauer analog der oben erwähnten Übergangsfristen gelten. Ein entsprechendes Schreiben ist allen Berliner befugten Ärztinnen und Ärzten bereits im Dezember 2006 zugesandt worden. Um während der Übergangszeit die Weiterbildung sicherzustellen, wurde ergänzend festgelegt, dass innerhalb von zwei Jahren, also bis 13. April 2008, die Weiterbildung in einem neuen Gebiet, Schwerpunkt oder einer Zusatz-Weiterbildung auch dann angerechnet werden kann, wenn die/ der weiterbildende Ärztin/ Arzt nicht zur Weiterbildung befugt war.

Für Weiterbildungsbezeichnungen, die es nach neuer Weiterbildungsordnung nicht mehr gibt, können keine Befugnisse mehr erteilt werden.

• **EDV-Antragsverfahren**

Die Ärztekammer Berlin hat sich grundsätzlich für die Anschaffung eines EDV-Programms entschieden. Es war eine besondere Herausforderung zeitgleich mit dem Inkrafttreten der neuen Weiterbildungsordnung erstmals ein elektronisches Programm für die Weiterbildung zu etablieren. Die neue Arbeitsweise stellt damit einen Paradigmenwechsel von papiergestützter zu elektronischer Antragsbearbeitung dar. Im Vorfeld der Einführung war eine lange Vorarbeit und enge Abstimmung mit den ehrenamtlich tätigen Mitgliedern der Ärztekammer Berlin erforderlich. Alle Wünsche und Anregungen wurden aufgenommen und Details angepasst. Für die Bearbeitung der Anträge und für die elektronische Dokumentation der Prüfungen sind wiederholt spezielle Schulungen für die gewählten Vertreter der Berliner Ärzteschaft durchgeführt worden.

Seit Mai 2006 ist eine Beantragung von Anerkennungen und Teilzeit-Tätigkeit ausschließlich online möglich. Sowohl der Datenabgleich zur Weiterbildungsstätte als auch der bezüglich der/ des zur Leitung der Weiterbildung Befugten, die Zusammenstellung der Prüfungsgruppe, der Gruppe der Prüfer und der/ des Prüfungsvorsitzenden erfolgen rechnergestützt. Nach reibungslosem Verlauf der Antragstellung müssen seit dem Jahreswechsel 2006/2007 auch Anträge auf Befugnis zur Leitung der Weiterbildung ausschließlich auf elektronischem Wege (online) gestellt werden.

Das einfach zu handhabende Verfahren ist auf der Homepage der Ärztekammer Berlin erläutert (www.aerztekammer-berlin.de). Über die Rubriken „Weiterbildung/ Ärztliche Stelle“ → „Ärztliche Weiterbildung“ → „Online-Antragsverfahren“ gelangen Sie zu den Online-Formularen für die Antragstellung.

Gestatten Sie uns aus aktuellem Anlass einen Hinweis in eigener Sache: Den bisher 6000 Befugten stehen jährlich min-

destens 500 neue Anträge auf Befugnis zur Leitung der Weiterbildung gegenüber, die bei gleichzeitiger Einführung des entsprechenden elektronischen Antragsverfahrens für Befugnisse von der Ärztekammer Berlin zu bearbeiten sind.

• **Änderung der Gebührenordnung**

Am 4. April 2007 ist die von der Delegiertenversammlung und dem Vorstand der Ärztekammer Berlin beschlossene Änderung der Gebührenordnung in Kraft getreten. Danach sind die seit 1. Januar 2006 gültigen Weiterbildungsgebühren für die Anerkennung von Facharzt-, Schwerpunktkompetenzen und Zusatzbezeichnungen sowie für das Verfahren zur Erteilung einer Befugnis zur Leitung der Weiterbildung weggefallen. Für das Verfahren zur Zulassung einer Weiterbildungsstätte gelten neue Gebührensätze.

• **Neue Organisationsstruktur der Ärztekammer Berlin**

Im Prozess der Reorganisation der Ärztekammer Berlin mit dem Ziel der Schaffung zukunftsfähiger Verwaltungsstrukturen sind kleinere eigenständige Einheiten in größeren Arbeitseinheiten aufgegangen. Seit dem 1. März 2007 sind unter der Bezeichnung „Weiterbildung/ Ärztliche Stelle“ die Weiterbildung, die Ärztliche Behandlung und die Ärztliche Stelle Qualitätssicherung – Strahlenschutz Berlin organisatorisch zusammengeführt worden.

Durch die Einführung der EDV-Antragsbearbeitung zeichnen sich innerhalb der Organisationseinheit zunehmend effizientere Arbeitsprozesse ab. In der Folge wurden im Rahmen eines Pilotprojektes für zunächst zwei Mitarbeiterinnen ab April 2007 Telearbeitsplätze eingerichtet.

• **Erweiterte Kontaktmöglichkeiten zur Weiterbildung**

Als Reaktion auf die mit der Einführung der neuen Weiterbildungsordnung verbundenen Herausforderungen bietet die Ärztekammer Berlin ihren Kammermitgliedern seit dem 2. April 2007 einen erweiterten Service an. In der Zeit von

montags bis donnerstags von 9.00 bis 17.00 Uhr und freitags von 9.00 bis 14.00 Uhr werden unter der Rufnummer der Service-Hotline (40 80 6-1111) alle Anfragen kompetent beantwortet. Sollte im Einzelfall eine befriedigende Antwort nicht möglich sein, wird das Anliegen an Spezialisten weitergegeben und innerhalb von 3 Arbeitstagen eine Antwort garantiert. Alternativ bieten unsere Service-E-Mail (service@aekb.de) sowie unser Service-Fax (40 80 6-55 1111) ein Forum für anstehende Probleme. Auch bei dieser Neuerung können verständlicherweise Anfangsschwierigkeiten auftreten, die wir bemüht sind zu minimieren.

• **Aktualisierung des Internetauftritts (www.aerztekammer-berlin.de)**

Unter der Rubrik „Weiterbildung/ Ärztliche Stelle“ bietet die Ärztekammer Berlin seit Mai 2007 aktualisierte Websites zu den Themen Weiterbildung, Ärztliche Behandlung und Ärztliche Stelle. Die Überarbeitung des Internet-

auftritts folgt damit den dynamischen Entwicklungen im Gesundheitswesen, der Umsetzung der elektronischen Antragsbearbeitung und der veränderten Organisationsstruktur der Ärztekammer Berlin. Die übersichtliche Gestaltung vermittelt neben den bekannten Inhalten aktualisierte Informationen und antragsrelevante Hinweise.

• **Ausblick: Änderungen nach dem 110. Deutschen Ärztetag in Münster**

Im Mai dieses Jahres hat der 110. Deutsche Ärztetag in Münster stattgefunden. Vorausgesetzt die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin folgt den Empfehlungen aus Münster, muss die Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin angepasst und der Aufsichtsbehörde zur Genehmigung zugeleitet werden. Dann gehört die Fachärztin bzw. der Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin mit fünfjähriger Weiterbildung wieder zur Weiterbildungsordnung dazu. Das hat natürlich

direkte Auswirkungen auf die Weiterbildung der Berliner Ärztinnen und Ärzte.

Fazit

Auch ein Jahr nach Einführung der neuen Weiterbildungsordnung ist der Prozess der Umsetzung der neuen Regelungen noch lange nicht abgeschlossen und bietet weiterhin Diskussionsstoff. Änderungen der strukturierten Weiterbildungsordnung und dynamische Anpassungen gilt es anzunehmen und in die tägliche Arbeit aufzunehmen.

Für alle sich aus den Neuerungen ergebenden Fragen und Probleme oder Anregungen stehen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der „Weiterbildung/ Ärztliche Stelle“ ihren Kammermitgliedern, den Weiterzubildenden wie den Weiterbildern, mit speziell erweiterten Informations- und Kontaktmöglichkeiten wie immer gerne zur Verfügung.

Dr. med. Kerstin Hoeft
Stellvertretende Leiterin Weiterbildung/
Ärztliche Stelle Ärztekammer Berlin

Münster und die Weiterbildung in Berlin

Auf dem 110. Deutschen Ärztetag in Münster wurde mit großer Mehrheit der Delegierten die (Wieder-)Einführung eines Facharztes für Innere Medizin (ohne Schwerpunkt) in die (Muster-)Weiterbildungsordnung beschlossen. Vorausgegangen war eine lebhafte und kontrovers geführte Debatte. Was bedeutet das für Berlin? Sollte die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin der Empfehlung des Deutschen Ärztetages folgen, ergäben sich deutliche Änderungen in der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin.

Die vor gut einem Jahr in Kraft getretene Weiterbildungsordnung würde um einen 5. Nachtrag ergänzt. Erst im Herbst 2006 war mit der Veröffentlichung im Amtsblatt der 4. Nachtrag eingeführt worden, der neben anderen auch wesentliche Änderungen im Gebiet Innere

Medizin und Allgemeinmedizin beinhaltete. So war unter anderem eine strukturierte Basisweiterbildung beschlossen worden, die deutlich über den Empfehlungen der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer lag und zum Teil heftig kritisiert worden war.

Insbesondere künftige Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin bemängelten, dass eine in der ambulanten Medizin begonnene Weiterbildung faktisch ausgeschlossen war und damit die Optionen einer allgemeinmedizinischen Weiterbildung deutlich eingeschränkt waren. Sollte in Berlin das Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin um die Facharztqualifikation Innere Medizin (ohne Schwerpunkt) ergänzt werden, bietet sich den Weiterbildungsausschüssen die Chance, der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin

Änderungen an der Basisweiterbildung und den sich anschließenden optionalen Weiterbildungsgängen mit dem Ziel der Facharztqualifikation Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Innere Medizin und Schwerpunkt vorzuschlagen, die praktikabel und zeitgemäß sind. Nur wenn eine Weiterbildungsordnung mit den realen Entwicklungen Schritt hält, kann sie mit Leben erfüllt werden. Vor den Weiterbildungsgremien der Berliner Ärztekammer stehen große Herausforderungen. Auch die sich ständig verändernde Versorgungslandschaft mit universitärer Zentrenbildung, Klinikverbünden, Medizinischen Versorgungszentren, Zweigpraxen und Spezialeinrichtungen verlangt eine differenzierte Bewertung der Weiterbildungslandschaft und ihrer (zum Teil) neuen Möglichkeiten. Weiterbilder, Weiterzubildende, Ärztekammer Berlin, alle Ärztinnen und Ärzte Berlins sind aufgerufen, sich diesen Aufgaben zu stellen.

Dr. med. Michael Peglau
Leiter Weiterbildung/ Ärztliche Stelle
der Ärztekammer Berlin

Das Präventionsprojekt Dunkelfeld (PPD)

Der Berliner Ansatz zur therapeutischen Primärprävention von sexuellem Kindesmissbrauch

Das „Präventionsprojekt Dunkelfeld (PPD)“ ist am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité initiiert worden und wird dort derzeit durchgeführt. Ziel dieses von der VolkswagenStiftung finanzierten Forschungsprojektes ist es, für Männer mit pädophiler Neigung präventive therapeutische Maßnahmen anzubieten, bevor sie ein Kind sexuell missbrauchen.

Von Klaus M. Beier, Gerard A. Schaefer, David Goecker, Janina Neutze, Christoph J. Ahlers

Das Problem

Laut polizeilicher Kriminalstatistik werden in Deutschland jährlich etwa 15.000 Fälle sexuellen Kindesmissbrauchs angezeigt. Es herrscht aber Einigkeit darüber, dass die in der polizeilichen Kriminalstatistik erscheinenden Fälle lediglich „die Spitze des Eisberges“ darstellen und dass die so genannte Dunkelziffer um ein Vielfaches höher liegt. Dies belegen auch Ergebnisse aus repräsentativen Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung (Wetzels 1997), nach denen von circa 60.000 Missbrauchsfällen jährlich ausgegangen werden muss. Die Mehrzahl der tatsächlich verübten sexuellen Übergriffe auf Kinder gelangt demnach nicht zur Anzeige, bleibt von Justiz und Strafverfolgung damit unerfasst und taucht folglich auch in keiner Kriminalstatistik auf – dies ist das so genannte Dunkelfeld.

Neigungstat oder Ersatzhandlung?

Aus forensisch-sexualmedizinischer Sicht ist unter prognostischen wie auch therapeutischen Gesichtspunkten von entscheidender Bedeutung, welche Hintergrundproblematik bei einem (potenziellen) Täter vorliegt: Ein Mal kann der (drohende) sexuelle Kindesmissbrauch zurückgehen auf eine pädophile Neigung, oder aber die Person wünscht sich eigentlich sexuelle Kontakte mit altersentsprechenden Partnern, die aber aus verschiedenen Gründen nicht realisiert werden können, weshalb ein sexueller Übergriff auf das Kind eine „Ersatzhandlung“ darstellen würde (z.B.

aufgrund einer Intelligenzminderung oder einer Persönlichkeitsstörung des Täters).

Bei einer Pädophilie liegt eine sexuelle Ansprechbarkeit auf den vorpubertären Kinderkörper vor, was entweder die sexuelle Präferenzstruktur vollständig (ausschließlicher Typus) oder nur zum Teil (nicht ausschließlicher Typus) kennzeichnen kann – in diesem Fall ist neben der sexuellen Ansprechbarkeit für den Kinderkörper auch eine solche für den Erwachsenenkörper gegeben. Für beide Formen gilt, dass sie sich als Besonderheiten der sexuellen Präferenzstruktur im Jugendalter manifestieren und dann lebensüberdauernd bestehen bleiben, das heißt nicht mehr veränderbar sind (Beier et al. 2005).

Aus Nachuntersuchungen von Männern mit pädophiler Neigung, die wegen eines sexuellen Kindesmissbrauchs begutachtet worden waren, ist wiederum bekannt, dass sie eine hohe Rückfallwahrscheinlichkeit (von bis zu 80 %) aufweisen, während

bei Männern, die Ersatzhandlungen begangen haben, die Rückfallwahrscheinlichkeit deutlich geringer ist und durchschnittlich bei circa 15 Prozent liegt (vgl. Beier 1995).

Erste epidemiologischen Daten aus Berlin – es handelt sich um Ergebnisse einer Teilstichprobe der (gemeinsam vom Institut für Sexualmedizin und dem Institut für Sozialmedizin der Charité initiierten) „Berliner Männer Studie“ (vgl. Schäfer et al. 2003) – legen schließlich nahe, dass etwa 1 % der männlichen Bevölkerung (untersucht wurden allerdings aus methodischen Gründen nur Männer zwischen 40 und 79 Jahren) eine derartige sexuelle Ansprechbarkeit auf den vorpubertären Kinderkörper aufweisen und von diesen bereits ein Drittel einen Übergriff begangen hat (Beier et al. 2006).

So gibt es Männer mit pädophiler Neigung, die in der Lage sind, die Befriedigung ihrer Wünsche nach Sexualkontakten mit Kindern auf die Phantasieebene zu beschränken, während bei anderen die Impulse auf die Verhaltensebene drängen (sog. potenzielle Täter), die – wenn sie den drohenden Impulsdurchbruch vermeiden wollen – zum Teil therapeutische Hilfe suchen. Wieder andere haben bereits sexuelle Kontakte mit Kindern gehabt (meist ohne strafverfolgt worden zu sein) und zählen damit zur Gruppe der realen Täter (bzw. der sog. Dunkelfeld-Täter), von denen wiederum ein Teil die Missbrauchshandlungen bedauern und einen weiteren Übergriff selber verhindern wollen.

Dies erklärt auch die Beobachtung in der sexualmedizinischen Praxis, dass sich immer wieder Männer mit pädophiler Neigung vorstellen, die ohne justiziellen Druck therapeutische Maßnahmen nachfragen, um

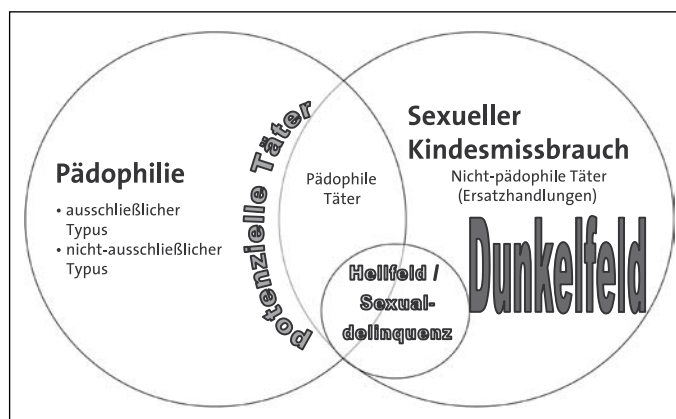


Abbildung 1 zeigt schematisch, dass eine pädophile Neigung häufig nicht mit sexueller Übergriffbarkeit verbunden ist. Umgekehrt geht sexueller Kindesmissbrauch zu einem großen Teil nicht auf eine pädophile Neigung zurück.

ihre sexuellen Impulse so kontrollieren zu können, dass es nicht zu einer Fremdgefährdung kommt. Männer mit pädophiler Neigung sind aus diesem Grunde eine Zielgruppe primärer Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch im Dunkelfeld.

Das Forschungsprojekt

Zur Vorbeugung von sexuellen Übergriffen auf Kinder muss es neben den pädagogischen Präventionsmaßnahmen für potenzielle Opfer auch ein Ziel sein, therapeutische Präventionsmaßnahmen für potenzielle Täter zu etablieren, die greifen bzw. wirksam werden, bevor es zu sexuellen Übergriffen kommt. Genau hier setzt das Forschungsprojekt „Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch im Dunkelfeld“ an, das am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin des Universitätsklinikums Charité in Berlin durchgeführt wird und finanziell von der VolkswagenStiftung gefördert wird – mit zusätzlicher Unter-

stützung durch die Kinderschutzorganisation Stiftung „Hänsel + Gretel“.

Interessenten (d.h. problembewusste, terapiemotivierte, potenzielle Täter und Dunkelfeld-Täter) wurden mit Hilfe einer Medienkampagne auf die Möglichkeit aufmerksam gemacht, im Rahmen des „Präventionsprojektes Dunkelfeld (PPD)“ kostenlos und schweigepflichtgeschützt sowohl eine diagnostische Abklärung ihres Problems erhalten als auch Beratung und ggf. therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen zu können.

Entwickelt wurde hierzu ein Plakatmotiv, auf dem ein in der U-Bahn sitzender Mann gezeigt wird, neben dem sich zwei Kinder auf dem Nachbarsitz in spielerischer Unbefangenheit die Zeit vertreiben. Dies wird ergänzt durch den Slogan „lieben sie kinder mehr, als ihnen lieb ist?“, wobei die durchgängige Kleinschreibung mit der Doppeldeutigkeit von „ihnen“ darauf abgestellt, dass sich sowohl die Täter als auch

die Kinder bei sexuellen Übergriffen schlecht fühlen. Sodann sind auf dem Plakat die wichtigsten Kontaktdaten (Telefon, Website) aufgeführt, so dass Interessierten eine leichte Kontaktaufnahme ermöglicht wird (vgl. Abb. 2). Es erfolgte eine Plakatierung an 2000 Außenstandorten von Berlin über einen Zeitraum von 4 bis 8 Wochen (Mediawert: 100.000 Euro). Der ergänzend produzierte TV-Spot wurde über 80 Mal von verschiedenen Sendern sowie in mehreren Kinos ausgestrahlt (Mediawert: 80.000 Euro).

Die Therapieform

Der Behandlungsansatz (sog. „Dissexualitäts-Therapie“) besteht aus einer kombinierten Psycho- und Pharmakotherapie, der sowohl verhaltenstherapeutische als auch spezielle sexualmedizinische Behandlungskonzepte zu Grunde liegen. Im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung werden zum Beispiel die Aufdeckung systematischer

RENTE MIT HOHER RENDITE – ABER SICHER!

Mit „TwinStar“ präsentiert die Deutsche Ärzte Finanz ein Vorsorgeprodukt, das nicht nur eine der höchsten lebenslang garantierten Renten bietet, sondern auch Chancen auf hohe Renditen. Im Interview erklären Herr Dobersch und Herr Schulz die deutschlandweit einzigartige Lösung zur Altersvorsorge.

Viele Menschen sind sich darüber im Klaren, dass sie fürs Alter vorsorgen müssen – aber wenn es um den Abschluss einer Versicherung geht, tun sie sich schwer.

Dobersch/Schulz: Das stimmt. Ein möglicher Grund: Um ihre Rentenlücke zu schließen, suchen die meisten Menschen eine Altersvorsorge, die nicht nur eine sichere Rente garantiert, sondern auch hohe Renditen verspricht. Ein Produkt, das beide Aspekte verbindet, gab es auf dem deutschen Markt bislang noch nicht. Deshalb wurde „TwinStar“ entwickelt. Versicherte erhalten mit diesem Vorsorgekonzept die Chance, von der Entwicklung an den Kapitalmärkten zu profitieren.

Sie garantieren mit „TwinStar“ eine der höchsten, lebenslangen Renten. Wie können Sie diese Sicherheit gewährleisten?

Dobersch/Schulz: Der Kunde kennt schon bei Vertragsbeginn die genaue Höhe seiner garantierten Rente, die ihm zum Ende der Vertragslaufzeit zur Verfügung steht – eine der höchsten, die am Markt angeboten werden. Mit dieser Rente ohne Wenn und Aber kann man sicher planen. Zusätzlich hat man noch die Chance auf hohe Renditen. In dieser Form ist das Produkt wirklich einmalig.

Für wen ist „TwinStar“ geeignet?

Dobersch/Schulz: Für den sicherheitsorientierten Kunden ist „TwinStar Klassik“ nahezu unschlagbar – sozusagen die Rundum-sorglos-Lösung. Dabei übernehmen die AXA-Experten die Anlage der Beiträge. Für fonds- und sicherheitsaffine Kunden, die ihre eigene Anlageerfahrung einbringen und die Chancen an den Kapitalmärkten stärker nutzen möchten, gibt es „TwinStar Invest“. Hierbei können sie ihr Depot selbst verwalten und damit ihre Anlage steuern.

Und mit welcher Beitragshöhe kann man bei „TwinStar“ einsteigen?

In beiden Varianten gibt es „TwinStar“ schon ab 25 Euro Monatsbeitrag. Alle Varianten lassen sich außerdem flexibel gestalten. Der Kunde kann während seiner Vertragslaufzeit seinen Vorsorgebetrag durch Sonderzahlungen aufstocken. Außerdem kann er zusätzliche Versicherungen wie Berufsunfähigkeit oder Hinterbliebenenschutz vereinbaren.

Kommen auch Einmalzahlungen in Frage?

„Ja, für Kunden, die eine flexible Sofortrente oder eine steueroptimierte Kapitalanlage wünschen, bietet sich TwinStar Premium an. Hierbei geht ein Teil der Summe in eine Sofortrente, ein Teil wird angelegt in TwinStar Klassik oder Invest. Nach 12 Jahren hat der Kunde die Wahl zwischen einer einmaligen Kapitalauszahlung, einer lebenslang garantierten Monatsrente oder einer lebenslangen Rente aus dem Investmentguthaben. Auch in den Varianten TwinStar Klassik und TwinStar Invest können Kunden Einmalbeiträge ab 5.000 Euro investieren. Insgesamt ist das Produkt also sehr flexibel. Dies zeigt sich auch am Ende der Laufzeit: Bis zum Alter von 85 Jahren haben die Versicherten die Wahl, wann und in welcher Form ihr Guthaben ausgezahlt werden soll. Sie können sich für die erwähnte monatliche Garantierente oder die Rente aus dem Investmentguthaben entscheiden, sich ihr Kapital auszahlen lassen oder es stehen lassen – mit der Option, von steigenden Kursen zu profitieren.

Informationen erhalten Sie bei:

Buntebart & Dobersch OHG · Repräsentanz am Rummelsburger See
Telefon: 030 29449150

E-Mail: buntebart.dobersch@aerzte-finanz.de

Reinhard Schulz e.K. · Repräsentanz Steglitz-Zehlendorf

Telefon: 030 8334994

E-Mail reinhard.schulz@aerzte-finanz.de

siehe auch Anzeige auf Seite 46



Abbildung 2
(Legende: Plakat der Medienkampagne, mit der problembewusste, terapiemotivierte, potenzielle Täter und Dunkelfeld-Täter zur Teilnahme an dem Präventionsprojekt Dunkelfeld gewonnen wurden. Konzeption: Scholz & Friends).

Wahrnehmungs- und Interpretationsfehler und kognitiver Verzerrungen ermöglicht sowie die Fähigkeit zu Empathie und Perspektivenübernahme gefördert. Die sexualmedizinischen Behandlungsaspekte richteten sich auf das konkrete sexuelle Erleben und Verhalten und führen unter anderem zu vollständiger Klarheit über die Beschaffenheit und Perspektive der eigenen sexuellen Präferenzstruktur. Zusätzlich zu der zentralen psychotherapeutischen Behandlung bekommen alle Teilnehmer die Möglichkeit, unterstützende Medikamente zur Dämpfung sexueller Impulse einnehmen zu können.

Im Rahmen der Behandlung können und sollen die Teilnehmer lernen, mit ihren sexuellen Impulsen so umzugehen, dass sie weder Kinder noch sich selbst schädigen. Eine Heilung im Sinne einer Löschung des ursächlichen Problems (nämlich eine Veränderung der sexuellen Präferenzstruktur und damit der auf Kinder bezogenen sexuellen Impulse) ist – genau wie bei den meisten psychischen und Verhaltensstörungen, vielen organischen Krankheiten und allen chronischen Erkrankungen – nach derzeitigem Stand des sexualmedizinischen Wissens nicht möglich (vgl. Beier et al. 2005).

Erste Ergebnisse

Bis zum Mai 2007 hatten sich 555 Männer (sowie 2 Frauen) gemeldet und bei etwa der Hälfte (241) war die Diagnostik vollständig abgeschlossen (sehr viele scheuen sich weiterhin aus Angst vor Diffamierung, Vertrauen zu fassen und an der diagnostischen Phase teilzunehmen). Die Betroffenen stammten aus allen sozialen Schich-

ten und waren durchschnittlich 39 Jahre alt. Sie wussten (ebenfalls durchschnittlich) seit dem 22. Lebensjahr um ihre pädophile Neigung. Über die Hälfte hatten versucht, seit diesem Zeitpunkt diesbezüglich therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

48 Prozent der Interviewpartner waren mehr als 100 Kilometer angereist, um an der Studie teilzunehmen. Von 241 abschließend diagnostizierten Teilnehmern wiesen 207 eine sexuelle Präferenzstörung auf.

In 140 Fällen lag eine Pädophilie vor (91 ausschließlicher Typus, 49 nicht ausschließlicher Typus); bei einem kleineren Teil bestand eine Ansprechbarkeit auf das pubertäre Körperschema (30 ausschließlicher Typus, 37 nicht ausschließlicher Typus), orientiert sowohl auf männliche Jugendliche (i.e. „Ephebophilie“) und/oder auf weibliche Jugendliche (i.e. „Parthenophilie“; vgl. hierzu Ahlers et al. 2005). Etwa die Hälfte hatten bereits sexuelle Übergriffe begangen (Dunkelfeld-Täter).

Allerdings erfüllten mehr als ein Drittel Ausschlusskriterien und konnten deshalb nicht in das Behandlungsprogramm aufgenommen werden (meist weil die Betroffenen justizbekannt waren, also z.B. aktuell gegen sie ein Ermittlungsverfahren lief, seltener aufgrund einer Intelligenzminderung, einer manifesten Substanzmittelabhängigkeit oder einer manifesten psychiatrischen Erkrankung).

Seit Beginn des Jahres 2006 wurden 136 Männern ein Therapieangebot unterbreitet. Davon nahmen 34 dieses Angebot nicht an (vornehmlich aufgrund der großen Entfernung ihres Wohnortes zu Berlin) und 20

brachen die Behandlung ab. 20 Teilnehmer haben das Behandlungsprogramm bisher komplett durchlaufen und eine erste Auswertung der Daten zeigt eine Abnahme der kognitiven Verzerrungen und eine Zunahme der Opferempathie sowie des Selbstwirksamkeitserlebens (noch in Behandlung befinden sich 17, auf einen Therapieplatz warten 45).

In einem Fall kam es in dieser Teilstichprobe zu sexuell motivierten Berührungen, die vom Betroffenen, bei dem eine Pädophilie vom nicht-ausschließlichen Typus vorliegt, selbst abgebrochen wurden und Anlass für die Aufnahme einer impulsdämpfenden Medikation (Cyproteronacetat) wurden. Als wichtig erwies sich hier die Einbeziehung der Partnerin des Mannes, so dass die gesamte Problematik einschließlich Medikation mit beiden erörtert werden konnte. Dies ist ein weiteres Unterscheidungsmerkmal des Therapieprogramms gegenüber bisherigen: Durch die Einbeziehung von Angehörigen soll versucht werden Ressourcen des sozialen Netzwerkes zur dauerhaften Stabilisierung der Betroffenen zu nutzen. In der gleichen Teilstichprobe gab es schließlich vier Teilnehmer, welche – weil sie die Gefahr, ein Kind aus ihrem Umfeld sexuell zu missbrauchen, selber als zu hoch einschätzten – präventiv Medikamente einsetzten und keinen Übergriff begingen.

Ausblick

Das übergeordnete Ziel des Projektes ist die Senkung der Häufigkeit sexueller Übergriffe auf Kinder durch Etablierung qualifizierter präventiver Therapieangebote für potenzielle Täter und Dunkelfeld-Täter sowie die Reduktion von Schwellenängsten, solche Behandlungsmöglichkeiten in Anspruch zu nehmen. Hierzu ist es von Bedeutung, im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit darauf hinzuweisen, dass Pädophilie nicht mit sexuellem Missbrauch und daher nicht mit einem Straftatbestand gleichzusetzen ist. Infolgedessen muss der Gedanke primärer Prävention viel stärker in den Blickpunkt gerückt werden: Denjenigen zu helfen, die auf Kinder gerichtete sexuelle Impulse verspüren und selbst motiviert sind, sexuelle Missbrauchshandlungen an Kindern zu vermeiden. Dies ist ein effektiver Beitrag zum Kinderschutz.

Hierzu bedarf es der Bereitstellung geeigneter Versorgungsstrukturen, konkret der Etablierung von sexualmedizinischen Ambulanzen, sodann einer Förderung fachlicher Qualifikationen für Therapeuten (sexualmedizinische Weiterbildung) und der Schaffung geeigneter Abrechnungsmöglichkeiten über die Krankenkassen.

Literatur

Ahlers Ch. J., Schaefer G. A., Beier K. M. (2005): *Das Spektrum der Sexualstörungen und ihre Klassifizierbarkeit in DSM-IV und ICD-10. Sexuologie* 12 (3/4), S. 120-152.

Beier, K.M., Schäfer, G.A., Goecker, D., Neutze, J., Ahlers, Ch. J. (2006): *Präventionsprojekt Dunkelfeld. Humboldt-Spektrum* 3: 4-10.

Beier K. M. (1995). *Dissexualität im Lebenslängsschnitt. Berlin: Springer.*

Beier K. M., Bosinski H. A. G., Loewit K. K. (2005): *Sexualmedizin. Grundlagen und Praxis. 2. Auflage, München: Elsevier, Urban & Fischer.*

Schaefer G. A., Englert H. S., Ahlers Ch. J., Roll S., Willich S. N., Beier K. M. (2003): *Erektionsstörung und Lebensqualität - Erste Ergebnisse aus der Berliner Männer-Studie BMS-I. Sexuologie* 10 (2/3): 50 - 60.

Wetzels P. (1997): *Prävalenz sexueller Kindesmissbrauchs. Sexuologie* 4 (2): 89-107.

Kontakt:

Direktor: Prof. Dr. med. Dr. phil. K. M. Beier
Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin
Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften
Universitätsklinikum Charité Campus Mitte
Freie und Humboldt-Universität zu Berlin
Luisenstraße 57
D-10117 Berlin-Mitte

Website: www.sexualmedizin-charite.de
www.kein-taeter-werden.de

E-Mail: sexualmedizin@charite.de

Telefon: + 49 30 450529302

Telefax: + 49 30 450529992

Sexualmedizin in der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung

In der studentischen Ausbildung zukünftiger Ärztinnen und Ärzte spielt die Sexualmedizin eine untergeordnete Rolle. Nur wenige Universitäten im deutschsprachigen Raum bieten sexualmedizinische oder sexualtherapeutische Lehrveranstaltungen an. Unter anderem in Berlin, Frankfurt und Kiel werden fakultative Lehrangebote als eigenständiges Lehrfach Sexualmedizin angeboten. In keiner deutschen Studienordnung ist Sexualmedizin bisher als Wahlpflichtfach verankert. In der Approbationsordnung sind sexualmedizinische Lehrinhalte und Fragestellungen über verschiedene Fächer verstreut (Gynäkologie, Urologie, Dermatologie, Andrologie, Psychiatrie, Psychosomatische Medizin, Rechtsmedizin, Neurologie, forensische Psychiatrie). Nur ausnahmsweise haben also deutsche Studenten der Medizin bisher die Möglichkeit, sexualmedizinische Lehrinhalte als Teil ihres Studiums zu belegen. In diesem Zusammenhang sind die spezifischen Merkmale der Sexualmedizin noch einmal ins Zentrum der Betrachtung zu rücken:

- Biopsychosoziales Verständnis der menschlichen Sexualität
- Paar-Beziehungsdimension bei sexuellen Störungen
- Berücksichtigung sozial-kommunikativer Aspekte von Sexualität als Körpersprache

Im Bereich der Ärztlichen Fortbildung und Weiterbildung hat 1995 die Akademie für Sexualmedizin ein eigenständiges Curriculum vorgelegt. Seit dieser Zeit bemüht sich die Akademie für Sexualmedizin um eine Aufnahme der Sexualmedizin in die Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer als Zusatzbezeichnung. Auch auf Länderebene sind vielfache Bestrebungen unternommen worden, die Sexualmedizin als interdisziplinäres Fach in den Weiterbildungsordnungen zu etablieren. Bis heute sind diese Bemühungen nicht von Erfolg gekrönt.

In Kooperation mit der Ärztekammer Berlin haben seit 1997 mehrere curriculäre sexualmedizinische (Fortbildungs-)Kurse stattgefunden. Neben der Vermittlung eines umfangreichen theoretischen Wissens sind praktische Ausbildungselemente wie

- themenzentrierte Selbsterfahrung
- themenzentrierte Balintgruppe
- Supervision

Hauptbestandteile der Fortbildung. Diese sind elementare Voraussetzung für eine sexualmedizinische Behandlung.

Das Angebot der Berliner Charité fand von Anfang an ein breites Echo in der Berliner Ärzteschaft. Die Teilnehmerinnen und

Teilnehmer der Kurse wurden über ein Bewerbungsverfahren rekrutiert. Mehr als 100 Ärztinnen und Ärzte der unterschiedlichsten Professionen haben eine mehrjährige sexualmedizinische Fortbildung mit abschließender Prüfung durch Institut und Ärztekammer Berlin absolviert.

Behandlungsoptionen bestehen bei sexuellen Störungen, also bei

- sexuellen Funktionsstörungen
- krankheitsbedingten Sexualstörungen
- Geschlechtsidentitätsstörungen oder
- Sexuellen Verhaltensabweichungen.

Der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Günther Jonitz, und das für Weiterbildung zuständige Vorstandsmitglied der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Dietrich Bodenstein, haben anlässlich der Vorstellung des Präventionsprojektes „Dunkelfeld“ (Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch im Dunkelfeld) des Institutes für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité deutlich gemacht, wie wichtig es ist, das Angebot einer sexualmedizinischen Weiterbildung zu etablieren, nicht zuletzt um Ärztinnen und Ärzten das erforderliche Rüstzeug mit auf den Weg zu geben, alle sexualmedizinischen Behandlungsoptionen auszuschöpfen. Zum Wohle und im Interesse der Patienten und hier ganz besonders zur Vermeidung von krankheitsbedingten Folgen!

Dr. med. Michael Peglau
Leiter Weiterbildung/Ärztliche Stelle
der Ärztekammer Berlin

Ein drängendes Problem – Harninkontinenz

Ein Workshop der Arzt-Apotheker-Kooperation Berlin widmete sich dem quälenden Drang

Epidemiologische Studien zeigen bei beiden Geschlechtern eine hohe Prävalenz der Harninkontinenz. Häufigkeit und Schweregrad nehmen mit dem Alter zu (Abb. 1; [1]). Trotz der Tatsache, dass Harninkontinenz als eine „Volkskrankheit“ anzusehen ist und eine höhere Prävalenz aufweist als beispielsweise Asthma bronchiale (Prävalenz ca. 5 Prozent), wird sie tabuisiert. Etwa 40 Prozent der Patienten in der allgemeinmedizinischen Praxis erwähnen das Problem einer vorhandenen Inkontinenzsymptomatik nicht (2). Die epidemiologische Bedeutung und der intensive Aufklärungs- und Beratungsbedarf veranlassten die Arzt-Apotheker-Kooperation, eine Fortbildungsinitiative der Apothekerkammer Berlin und der Ärztekammer Berlin, einen Workshop zum Thema Harninkontinenz durchzuführen.

Von Sabine Möddel und Matthias Brockstedt

Dank der erfreulichen Resonanz konnte Dr. med. Matthias Brockstedt als Moderator des Workshops und Leiter der Arzt-Apotheker-Kooperation der Ärztekammer Berlin am 12. Mai insgesamt 30 Gäste (Ärzte und Apotheker) in der Ärztekammer begrüßen. Als Fachreferenten waren die Urogynäkologin Dr. med. Annett Gauruder-Burmester (Berlin) und der Apotheker Rugard Hovermann (Recklinghausen) eingeladen worden.

153.300 Miktionen, 25.550 Defäkationen und zwei vaginale Entbindungen – diese Zahlen beschreiben die durchschnittlich anzunehmende Summe physiologischer

Belastungen, denen ein weibliches Becken in 70 Lebensjahren ausgesetzt ist. Mit diesen Angaben eröffnete Dr. Gauruder-Burmester ihren aus der Sicht der Urogynäkologin gestalteten Vortrag zum Thema Harninkontinenz. Dass das weibliche Becken den jahrzehntelangen Belastungen nicht immer standhält, beobachtet die stellvertretende Koordinatorin des Deutschen Beckenbodenzentrums am St. Hedwig-Krankenhaus in Berlin-Mitte bei ihrer täglichen Arbeit: Regelmäßig bekommt sie hier ausgeprägte Prolapsformen (Genitalprolapses, Zystozelen, Rektozelen) zu Gesicht. „Aber“, so Dr. Gauruder-Burmester, „hierüber

wird seitens der Patientinnen genauso wenig wie über die Inkontinenz gesprochen.“

Deszensus und Prolaps zählen bei Frauen über 50 Jahren zu den häufigsten gynäkologischen Krankheitsbildern. Bei Multiparae, aber auch bei Frauen, die nicht gebo-

ren haben, oder schon bei jugendlichen Patientinnen sind fließende Übergänge von physiologischen Veränderungen bis hin zu schweren Störungen der funktionellen Beckenbodenintegrität zu sehen. Kontinenz ist das Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels zwischen einem intakten Bandapparat sowie einer intakten, teilweise antagonisierend wirkenden Beckenbodenmuskulatur. Der Beckenboden verbindet Schambein und Steißbein wie eine hängemattenähnliche Struktur. Durch Geburtsschädigung, Alterung und Überlastung kann es zu multiplen Schädigungen kommen, und diese können sich klinisch als Senkungszustände und/oder als Inkontinenz manifestieren. Dr. Gauruder-Burmester verwies auf Untersuchungen, wonach der M. sphincter urethrae externus pro Tag eine quergestreifte Muskelfaser verliert (4).

Etwa die Hälfte der Frauen, die unfreiwillig Harn lassen, leiden unter einer Belastungsharninkontinenz (Abb. 2; [3; 5]). Schon normales Husten, Niesen, Lachen oder Treppensteigen können dazu führen, dass plötzlich Urin abgeht. Eingedenk der Belastungen, die Geburten für das weibliche Becken bedeuten, beteuerte Dr. Annett Gauruder-Burmester: „Kinderkriegen ist nicht so schrecklich wie man beinahe vermuten könnte.“ So hielt sie den Prävalenzdaten zur Belastungsharninkontinenz die Angaben zum Verletzungsrisiko verschiedener Sportarten gegenüber: im Damenfußball liegt das Verletzungsrisiko bei 41 Prozent pro Saison; beim Jogging beträgt es 53 Prozent innerhalb von zehn Jahren.

Konservative Therapiemöglichkeiten bei Belastungsharninkontinenz

Als eine der effektivsten Maßnahmen bei Belastungsharninkontinenz hat sich bei vielen Frauen ein gezieltes, regelmäßiges Beckenbodentraining erwiesen; „aber“, so Dr. Gauruder-Burmester, „nur drei von 50 Frauen haben eine Vorstellung davon, was sie genau anspannen sollen“. Eine wertvolle Unterstützung bietet hier der Einsatz von Biofeedbackgeräten, bei denen mittels einer intravaginalen Sonde, die entweder Druck misst oder ein Ober-

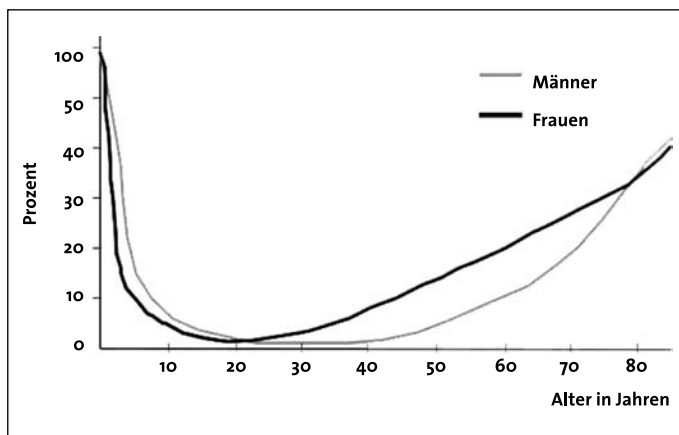


Abb. 1: Überblick über die Harninkontinenz bei beiden Geschlechtern in den verschiedenen Altersgruppen: Häufigkeit und Schweregrad nehmen mit dem Alter zu (1).

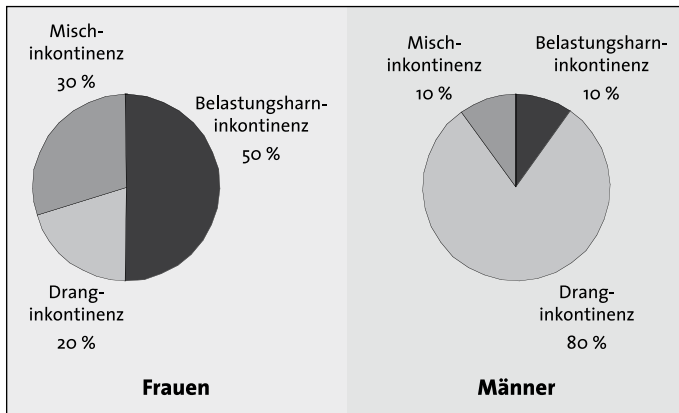


Abb. 2: Häufigkeit der Harninkontinenzarten bei Frauen und Männern (3; 5): Bei Frauen liegt am häufigsten eine Belastungsharninkontinenz vor, bei Männern am häufigsten eine motorische Dranginkontinenz. Demgegenüber sind Überlaufinkontinenz, sensorische Dranginkontinenz, Reflexinkontinenz und extraurethrale Inkontinenz selten, sodass bisher epidemiologische Studien zu den meisten dieser Inkontinenzarten fehlen.

flächen-EMG erfasst, die Kontraktion und Entspannung visuell dargestellt wird. Am besten erfolgt ein Beckenbodentraining unter Anleitung von speziell ausgebildeten Physiotherapeuten. Zusätzlich kann die Anwendung von intravaginalen Hilfsmitteln, die den Blasenhal stabilisieren und damit den urethrovesikalen Winkel bei Belastung aufrechterhalten, sinnvoll sein. Dabei kommen Pessare oder Tampons zum Einsatz; vorteilhaft ist, dass diese Hilfsmittel von der Patientin selbstständig und gezielt, beispielsweise beim Sport, eingelegt und entfernt werden können.

In jedem Fall müssen Menschen mit Harninkontinenz genug trinken. Immer wieder erlebt Dr. Gauruder-Burmester, dass Patientinnen aus Angst, bald schon wieder in Bedrängnis zu geraten, genau das Falsche machen: Sie trinken immer weniger und gehen ständig vorsichtshalber zur Toilette. Auf diese Weise trainieren sie ihre Blase allerdings klein und anstelle des üblichen Fassungsvermögens der Blase von 300 bis 400 Milliliter toleriert das nun fehlkonditionierte Organ nur noch rund 200 Milliliter Urin.

Mit dem Wirkstoff Duloxetine (Yentreve®) steht seit 2004 ein Medikament zur Behandlung der Belastungsharninkontinenz durch Steigerung der Aktivität des M. sphincter urethrae und Erhöhung der Blasenkapazität zur Verfügung. Duloxetine wirkt zentral durch eine Noradrenalin-,

offen. Zwar dürfte die Anzahl der potenziellen Abnehmerinnen mit dem steigenden Altersdurchschnitt der Bevölkerung zunehmen. Allerdings zählen Übelkeit und Schwäche zu den Nebenwirkungen, die erfahrungsgemäß zuweilen zum Therapieabbruch führen. Zudem können viele Patientinnen nach wie vor nicht ganz auf Inkontinenzvorlagen verzichten.

Operationsverfahren bei Belastungsharninkontinenz

Versagt die konservative Therapie und besteht hoher Leidensdruck durch eine objektivierbare Belastungsharninkontinenz, sind die Voraussetzungen für eine Operation gegeben. Die Kolposuspension, modifiziert nach Burch, und die Tension-free-vaginal-tape (TVT)-Plastik nach Ulmsten kommen als Standardoperationen mit vergleichbarem Erfolg zum Einsatz. Bei der Kolposuspension wird über einen retropubischen Zugang das Gewebe neben dem Blasenhal mit nicht resorbierbaren Fäden gefasst und an das Ligamentum ileopectineum eleuiert. Beim minimalinvasiven TVT-Verfahren handelt es sich um die spannungsfreie Implantation eines Polypropylenbandes. Das Band wird von vaginal aus mit einer gebogenen Führungsnadel lateral der mittleren Harnröhre streng hinter der Symphyse durch die Haut geführt und locker unter die Harnröhre gelegt – dies ist zur Vermeidung von Überkorrek-

Dopamin- und Serotonin-Wiederaufnahmeblockade an den Onuf-Kernen im Sakralmark. Eine tägliche Dosis von 2x40 mg führte in Studien zur signifikanten Abnahme der Harninkontinenz-Episoden. Wie gut sich das Mittel in der Therapie behaupten wird, ist laut Dr. Gauruder-Burmester noch

turen sehr wichtig. Die geringere Invasivität der TVT-Plastik ist zweifellos vorteilhaft; aufgrund klinischer Erfahrungen haben indessen beide Operationstechniken bei entsprechenden Befundkonstellationen ihren eigenen Stellenwert.

Bei eingeschränkter Operabilität empfiehlt Dr. Gauruder-Burmester, im Einzelfall zu prüfen, inwieweit eine periurethrale Gel-Implacement-Therapie (Zuidex®: Gel auf der Basis von Dextranomer und stabilisierter Hyaluronsäure) zur Anwendung kommen sollte. Die Injektion zielt darauf ab, am urethro-vesikalen Übergang bzw. im mittleren Urethra-Abschnitt die Urethra einzuengen und damit den Schließmuskelmechanismus nachzuahmen. Schlechtere Erfolgsaussichten und Probleme bei der Finanzierung sprechen allerdings gegen eine breite Anwendung.

Problem Dranginkontinenz

Wird von den Patienten ein starker, nicht unterdrückbarer Harndrang verspürt und erfolgt kurze Zeit später ein unwillkürlicher Urinverlust, spricht diese Symptomatik für eine Dranginkontinenz. Ursächlich sind unwillkürliche (primäre oder sekundäre) Detrusorkontraktionen, die zur Druckerhöhung in der Harnblase und bei fehlender willkürlicher Miktionshemmung zur aktiven Austreibung des Urins führen. Die Patienten quält in der Regel ein ausgeprägter Leidensdruck.

Mögliche Therapieansätze

Bei Infekten ist als Primärtherapie eine Infektbehandlung, gegebenenfalls nach Erreger-Resistenzprüfung, notwendig. Ebenso sollte die Reduzierung oder das Absetzen von Inkontinenz-fördernden Medikamenten (Sedativa, Hypnotika, Diuretika, alpha-Rezeptorenblocker) erwogen werden. Auch eine Verbesserung der Umgebung des Patienten mit einer Toilette in angemessener Entfernung kann hilfreich sein.

Die Behandlung der Dranginkontinenz ist eine Domäne der medikamentösen Therapie, die die unwillkürlichen Detrusorkontraktionen abschwächt oder verhindert. Hier kommen Anticholinergika zum Einsatz. Im klinischen Alltag wer-

den nach Ausschluss möglicher Kontraindikationen (u.a. Engwinkelglaukom, Arrhythmien, Zerebralsklerose) Oxybutinin (Dridase®), Trosipiumchlorid (Spasmolyt®, Spasmex®, Trospi®), Propiverin (Mictonorm®), Tolterodin (Detrusiol®), Solifenacin (Vesicur®) und Darifenacin (Emselex®) verordnet. Unterschiede zwischen den Medikamenten ergeben sich – in Abhängigkeit von der Selektivität in Bezug auf die Muskarinrezeptor-Subtypen – hauptsächlich in der Häufigkeit und Ausprägung von Nebenwirkungen: hierzu zählen vor allem Mundtrockenheit, Akkommodationsstörungen, Tachykardien und Obstipation. Vor diesem Hintergrund sind insbesondere solche Medikamente vorteilhaft, die möglichst selektiv Muskarinrezeptoren vom Typ M₃ blockieren. Neben der Rezeptorselektivität bildet die Applikationsform ein weiteres Entscheidungskriterium. So lässt sich bei transdermaler Applikation auf Hüfte, Bauch oder Gesäß der First-Pass-Effekt der Leber umgehen, und Nebenwirkungen werden durch Reduktion der Metaboliten vermieden. Schließlich ist auch die lokale Applikation von Oxybutinin in die Blase möglich.

Unterstützend zur anticholinergen Therapie rät Dr. Gauruder-Burmester nachdrücklich zu verhaltenstherapeutischen Maßnahmen (Blasendrill). Außerdem ist die lokale Östrogenisierung zu bedenken. Die vaginale Kurzzeit-Elektrostimulationsbehandlung als weitere Therapieoption erfolgt transvaginal mit 20 Hz täglich über einen Zeitraum von drei Monaten. Anschließend wird über die Fortsetzung der Therapie entschieden. Bei schwerer Dranginkontinenz kann auch die Injektion von Botulinum-A-Toxin transvesikal in den Detrusormuskel erfolgen. Allerdings besteht das Risiko einer temporären Akontraktilität des Detrusormuskels; in diesem Fall muss die Blase durch intermittierenden Selbstkatheterismus entleert werden. In einigen Fällen ist laut Dr. Gauruder-Burmester auch die sakrale Nervenstimulation durch Implantation eines Neuromodulators zu erwägen. Dieses Verfahren kommt aber nur in wenigen spezialisierten Kliniken zum Einsatz. Die Erfolgsraten sind mit bis zu 70 Prozent Besserung bei diesen konservativ aushertherapierten Patientinnen recht hoch.

Moderne Inkontinenzhilfen sind wahre „High tech-Produkte“

„Patienten sollten erst dann zu Vorlagen oder Windeln greifen, wenn alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft sind“, schloss sich Rugard Hovermann, Apothekenleiter in Recklinghausen, den Ausführungen von Dr. Gauruder-Burmester an. Aus langjähriger Erfahrung weiß er, dass sich viele Patienten mit provisorischen Mitteln behelfen, statt kompetenten Rat zu suchen: „Frauen, die die Wechseljahre längst hinter sich haben, greifen wieder zu Damenbinden, obwohl diese den Uringeruch nicht neutralisieren können; andere legen einfach Watte in die Hose – in der Hoffnung, dass dies reicht.“ Aber, so Hovermann, ob beim Sport, im Theater oder im Büro – beim Auslaufen von Urin reichen bereits drei bis vier Milliliter aus, um auf der Kleidung unangenehme Flecken zu hinterlassen. Außerdem beginnt Urin schon nach kurzer Zeit infolge von Oxidation zu riechen – dies veranlasst viele Inkontinente, ihre Aktivitäten radikal einzuschränken und sich fast vollständig zurückzuziehen. Bei erkanntem Beratungsbedarf bittet Hovermann seine Kunden für ein vertrauliches Gespräch in eine Beratungssecke.

In den Mittelpunkt seines Vortrages stellte der Apotheker die so genannten „saugenden Hilfsmittel“: Zum körperfernen Auffangen von Flüssigkeiten dienen Unterlagen; zu den körpernahen Systemen zählen Vorlagen und Erwachsenenwindeln für unterschiedliche Inkontinenzgrade. Bei den modernen saugenden Inkontinenzartikeln handelt es sich laut Hovermann um „wahre High Tech-Produkte“ mit erstaunlichen Eigenschaften und gut durchdachtem Aufbau. Zahlreiche Muster boten den Workshop-Teilnehmern eine klare Anschauung von den Hilfsmitteln.

Derzeitige körpernahe Inkontinenzprodukte haben folgenden prinzipiellen Aufbau: Auf der körperabgewandten Seite befindet sich ein Wäscheschutz – im Allgemeinen eine Außenfolie, die nicht nur wasserundurchlässig, sondern auch hautfreundlich, geschmeidig und knisterfrei gestaltet ist. Auf der körperzugewandten Seite mit unmittelbarem Hautkontakt befindet sich eine spezielle

Zellulosefaser. Zwischen den beschriebenen Lagen ist der so genannte Saugkörper eingebettet, der aus einem Gemisch von Zellstoff und SuperAbsorbierendem Polymer (SAP) besteht. Dieses SAP ist in der Lage, ein Vielfaches seines Eigengewichtes an Flüssigkeit sicher zu binden und dies auch unter Druck nicht abzugeben. Derartige High-tech-Erfindungen finden je nach Schweregrad der Inkontinenz in Variationen Verwendung in Unterlagen, geformten und ungeformten Vorlagen und Windelhosen.

Harninkontinenz als bleibende soziale und medizinisch-therapeutische Aufgabe

In der moderierten Diskussion der Referenten mit den Workshop-Teilnehmern zeigte sich, wie sich der Blick auf die Handlungsspielräume beim Symptom Harninkontinenz professionsübergreifend weitete; zeigte sich mancher Apotheker von den operativen Therapiemöglichkeiten angetan, so war auf ärztlicher Seite eine Sensibilisierung für die modernen saugenden Hilfsmittel spürbar, die ein hohes Maß an sozialer Teilhabe der Patienten gewährleisten. Einvernehmen bestand über die Notwendigkeit, die Sprachlosigkeit zum Symptom Harninkontinenz zu überwinden und stattdessen das Thema diskret, aber konsequent und niedrigschwellig in die Patientenversorgung zu integrieren.

Im Verlauf der demographischen Entwicklung werden bis zum Jahr 2020 etwa 25 Prozent der Gesamtbevölkerung über 60 Jahre alt sein. Auch im Hinblick auf die „Volkskrankheit“ Harninkontinenz stellt sich damit eine gravierende soziale und medizinisch-therapeutische Aufgabe – das Thema hat also wahrlich Zukunft, und die Betroffenen verdienen erhöhte Wachsamkeit und befriedigende Therapie- beziehungsweise Hilfsangebote.

Dr. med. Sabine Möddel
Fortbildung – Ärztekammer Berlin

Dr. med. Matthias Brockstedt
Vorsitzender der Arzt-Apotheker-Kooperation/Ärztekammer Berlin.
Ärztekammer Berlin/Ernst-von-Bergmann-Akademie für ärztliche Fortbildung

Literatur auf Anfrage

Zum 90. Geburtstag von Hans-Jürgen Behrendt



Foto: Archiv

Hans-Jürgen Behrendt wurde am 11. Juni 1917 als Sohn des Hauptmannes Kurt Behrendt (1882-1918) und seiner Ehefrau Hildegard geb. Höfer in Danzig geboren. Seine Kindheit und Jugend ver-

lebte er in Berlin und legte am Askanischen Gymnasium die Reifeprüfung ab. Er schlug die militärärztliche Laufbahn ein und studierte an den Universitäten Tübingen, Hamburg und Berlin, wo er 1941 das Staatsexamen bestand und 1942 aufgrund einer unter der Lei-

tung von Robert Gantenberg angefertigten Dissertation „Klinischer Beitrag zur Kenntnis der Dermatostomatitis“ promoviert wurde. Im Krieg war er als Sanitätsoffizier, auch Truppenarzt an der Ostfront, eingesetzt. Nach der Kapitulation war er zunächst Seuchenreferent im Lande Thüringen und dann Referent für Ortschaftshygiene in der Deutschen Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen in der sowjetisch besetzten Zone. 1945 trat er in die CDU ein und wurde im Dezember 1946 zum Gesundheitsstadtrat und Amtsarzt in Charlottenburg gewählt. Er gehörte zu den Gründern der Freien Universität Berlin und stellte das Städtische Krankenhaus Westend der medizinischen Fakultät als Uni-

versitätsklinikum zur Verfügung. 1950 gehörte er zu den Gründern des Verbandes der Ärzte des öffentlichen Gesundheitswesens in Berlin und von 1951-1961 war er dessen 1. Vorsitzender. Er gehörte dem Bundesvorstand des Deutschen Medizinalbeamtenvereins an und war auch Mitglied des Präsidiums des Deutschen Ärztetages. Von 1961-1963 war er Senator für Gesundheitswesen. In zwei Legislaturperioden war er für die CDU Mitglied des Abgeordnetenhauses von Berlin und gehörte verschiedenen Ausschüssen an, so war er unten anderem auch Vorsitzender des Gesundheitsausschusses dieses Parlaments. 1977 erhielt er das Große Verdienstkreuz der Bundesrepublik und 1982 die Würde eines Städtältesten von Berlin. Er engagierte sich in verschiedenen Einrichtungen des Diakonischen Werkes und wurde 1993 mit der Johann-Hinrich-Wichern-Plakette ausgezeichnet.

Dr. phil. Dr. med. Manfred Stürzbecher

Wir haben die

**TOP-Systeme
der Marktführer...**

z.B. **TOSHIBA**
Medical Systems

famio 8

Die neuesten Entwicklungen der Ultraschalltechnik
in einem kompakten System

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:



SONORING®

Die Nummer 1 im Ultraschall



A
N
Z
E
I
G
E

Eine Klinik in Damaskus



Foto: Stein

Vier lebensgroße orientalische Arztfiguren sitzen in einem offenen „Hörsaal“: im größten der vier „Iwane“, der überwölbten Nischen des rechteckigen Hofes mit dem zentralen Wasserbecken. Das hochberühmte Bimaristan Nuri, eines der Krankenhäuser des alten Damaskus, ist heute medizinhistorisches Museum. 1154 hatte es der wissenschafts- und kunstfreundliche syrische Herrscher Nur ad-Din mit Hilfe christlicher Lösegelder errichten lassen. Wie bei den Krankenhäusern der arabischen Blütezeit üblich, diente es nicht nur der Patientenversorgung, sondern zugleich der Lehre und Forschung.

Der würdige Hochschullehrer könnte der ärztliche Direktor des Nuri-Krankenhauses Ibn ad-Dachwar sein, berühmt durch brillante Vorlesungen und lebensnahen Unterricht am Krankenbett. Und der Foliant, den er aus dem Bücher-schrank an der Wand der offenen Hof-halle genommen hat? Vielleicht von Galen, den er sehr verehrte; vielleicht auch von einem führenden, arabischen Gelehrten, von Rhazes oder von Ibn Sina (latinisiert Avicenna), der mit seinem umfassenden „Canon medicinae“ auch im Abendland für viele Jahrhunderte als „princeps medicorum“ galt.

Und als einen der drei Schüler zu seinen Füßen können wir uns Ibn an-Nafis vorstellen, 1210 in Damaskus geboren und

im Nuri-Krankenhaus ausgebildet. Später wurde er Leiter des renommierten, von Sultan Saladin gegründeten Kairoer Nassiri-Krankenhauses. Im Medizin-Kapitel des sehr lebendig geschriebenen, seit dem Erscheinungsjahr 1960 aber zum Teil veralteten, höchst lesenswerten Buches „Allahs Sonne über dem Abendland – Unser arabisches Erbe“ (als Fischer-Taschenbuch leicht zugänglich) berichtet die Autorin Sigrid Hunke folgendes:

1924 reichte ein arabischer Medizinstudent in Freiburg eine erstaunliche, deutsch geschriebene Dissertation ein. Dr. at-Tatawi promovierte über Ibn an-Nafis. Er fand heraus, dass dieser unabhängige Geist die Lehren der bewundernswürdigen Ärzte der klassischen Antike nicht kritiklos übernahm, sondern durch sorgfältige Beobachtung Galens korrigiert habe. Als erster habe er den Blutkreislauf beschrieben – 400 Jahre vor Harvey und gut 300 Jahre vor Servet. Der Spanier entdeckte 1553 den „kleinen“ Lungenkreislauf. Ibn an-Nafis beschrieb ihn – in seinem nicht übersetzten „Kommentar zur Anatomie des Canon des Ibn Sina“ – so:

Zwischen den beiden Herzkammern gebe es keine Öffnungen, wie Galen glaubte. „Denn diese Poren des Herzens existieren gar nicht, und seine Substanz ist dort dick. Und es gibt keinen Zweifel, dass dieses Blut, nachdem es verdünnt

worden ist, durch die Lungenarterie zur Lunge fließen muss, um sie zu durchdringen und sich mit der Luft zu mischen, damit sein feinsten Teil gereinigt werde, und dass dieses Blut dann in die Lungenvene fließt, um in die linke der beiden Herzkammern zu gelangen, nachdem es sich mit der Luft vermischt hat.“

Wahrscheinlich kannte Michael Servet, der sich mit der arabischen Medizin auseinandergesetzt hat, diesen Text, dem seine eigene Beschreibung stark ähnelt, meint Sigrid Hunke. Für sie widerlegt die Lungenkreislaufgeschichte, die heutige Arabisten kritischer sehen, exemplarisch die (lange Zeit selbst unter Medizinhistorikern vorherrschende) Meinung, die arabischen Ärzte hätten nur die antike Medizin bewahrt und tradiert, aber keine eigenen Beiträge geleistet. Hat sie vielleicht manchmal übertrieben, im Bestreben, die lange unterschätzten wissenschaftlichen Leistungen der Araber herauszustellen?

Zumindest zwei Gebiete sind originär arabische Entwicklungen: Die Ophthalmologie (der syrische Staatspräsident ist übrigens studierter Augenarzt) und das Krankenhauswesen.

Das Portal des Nuri-Krankenhauses in Damaskus hat Symbolwert: Der Türsturz ist eine antike Spolie, gerahmt von Arabesken. Der Bau selbst ist rein orientalisch. Es gab in dieser Klinik einen festen Ärztetab und verschiedene Fachabteilungen wie Chirurgie, Orthopädie, Fieber- und Geisteskrankheiten – alles schon im 12. Jahrhundert. Da bekamen die Kranken in abendländischen Siechenhäusern nur geistlichen Beistand und erst nach der Beichte auch Pflege.

An Pflege und Fürsorge fehlte es auch den arabischen Patienten nicht. In den – allen Bürgern kostenlos zugänglichen – Krankenhäusern (allein in Cordoba gab es im zehnten Jahrhundert 50 Kliniken) beschränkte man sich nicht auf die Behandlung des Körpers, sondern dachte und handelte psychosomatisch, von der Anamnese bis zur Musiktherapie. Und wer es nötig hatte, wurde bei der Entlassung neu eingekleidet und erhielt eine finanzielle Hilfe.

Rosemarie Stein

BERLINER ÄRZTE

7/2007 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@ae kb.de

Redaktion:

Dipl. jour. Sascha Rudat (v.i.S.d.P.)
Eveline Piotter (Redaktionsassistentin)
Redaktionsbeirat:
Dr. med. Günther Jonitz
Dr. med. Elmar Wille
Prof. Dr. med. Vittoria Braun
Dr. med. Daniel Sagebiel MPH
Anschrift der Redaktion:
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-4100/-4101, FAX -4199
Titelgestaltung: Sehstern/Berlin

Für die Richtigkeit der Darstellung der auf den vorstehenden Seiten veröffentlichten Zuschriften wissenschaftlicher und standespolitischer Art kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die darin geäußerten Ansichten decken sich nicht immer mit denen der Herausgeber der Zeitschrift. Sie dienen dem freien 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 Leseranlyse Medizinischer Zeitschriften e.V.

ISSN: 0939-5784