

Wahljahr



Foto: Rüsse

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

Selbstverwaltung ist so ähnlich wie Gesundheit: Was sie wert ist, merkt man erst, wenn man sie nicht mehr hat. Die Ärzteschaft hat ebenso wie andere freie Berufe das Privileg der Selbstverwaltung. Das bedeutet, dass wir unsere Angelegenheiten auf dem Boden bestehender Gesetze primär selbst regeln. Berufsordnung, Weiterbildungs- und Fortbildungsordnung, konkrete Projekte zur Qualitätssicherung und selbstverständlich unsere inhaltlichen Schwerpunkte definieren wir auf demokratischer und sachbezogener Grundlage selber. Nicht aus Eigennutz, sondern im Gegenteil, um dem Gemeinwohl zu dienen und zur Gesundheit der Bevölkerung beizutragen. Im Gegensatz dazu werden in Staaten mit einem autoritären Staatsverständnis die Regularien unseres Berufes in ministerialen Schreibstuben, oft weit weg vom Alltag der Patientenversorgung und mit nur äußerst eingeschränkter demokratischer Mitbestimmung, vorgeschrieben. Das nennt man zu Recht „Fremdbestimmung“.

Das organisatorische Prinzip heißt neulateinisch „Lean Management“ und bedeutet, dass die Verantwortung für die Problemlösung möglichst nahe an die Ebene des Problems selbst verlagert wird. Es ist unter anderem eines der Erfolgsprinzipien in der Automobilindustrie. Die Erkenntnis ist ja einleuchtend, dass diejenigen, die den Alltag verstehen, auch näher an der Lösung sind.

In Berlin und Brandenburg ist diese Erkenntnis nicht neu. Im Jahr 1685 erließ

der Große Kurfürst Friedrich Wilhelm I. sein „Medizinaledikt“:

„Zur Remedierung angezogener Mängel und Ungelegenheiten und zur fleißigen Aufsicht und sorgfältigen Beobachtung des Arzneiwesens und aller dazugehörigen Leute, die Apotheker, Barbierer, Wundärzte, Hebammen, Okkultisten, Bruch- und Steinschneider, Bader und dergleichen wird für die Mark Brandenburg ein Collegium Medicum gebildet, das aus den angesehensten Ärzten zusammengesetzt ist und zur Durchführung seiner Aufgabe Zwangsrechte erhält.“

Damit hatte der Große Kurfürst ein für seine Untertanen relevantes Problem definiert und die Lösung denjenigen anvertraut, die die größte Sachkompetenz und die persönliche Letztverantwortung der Patientenversorgung haben, den Ärztinnen und Ärzten. Modern und praktisch zugleich. 2010 feiert die Ärztekammer Berlin ihren 325. Geburtstag.

Im selben Jahr wurden durch das Potsdamer Toleranz Edikt die aus Frankreich vertriebenen Hugenotten dankbar aufgenommen und in Berlin die Börse gegründet. Ein Kurfürst, drei wegweisende Entscheidungen.

2010 ist Wahljahr. Nicht nur die Wahlen zur Delegiertenversammlung der Ärztekammer stehen an, sondern auch die Wahlen zur Vertreterversammlung der

Kassenärztlichen Vereinigung und zahlreiche Betriebsratswahlen. Eine gute Zeit also, von seinen Mitbestimmungsmöglichkeiten Gebrauch zu machen. Das Berliner Beispiel zeigt, dass gerade über unterschiedliche Meinungen hinweg ein sachlich-konstruktiver Kurs im Konsens möglich ist, der viele Nachahmer findet. Machen Sie von Ihrem Wahlrecht Gebrauch.

Eine hohe Glaubwürdigkeit der Ärzteschaft ist Voraussetzung für gesellschaftliche und politische Akzeptanz. Eines der Beispiele ist der Umgang mit den Schwächsten in unserer Gesellschaft. In dieser Ausgabe finden sie einen Fragebogen zum Umgang mit Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Ich bin sicher, dass viele Kolleginnen und Kollegen Wege gefunden haben, sich auch um diejenigen zu kümmern, die sonst schutzlos sind. Bitte beteiligen Sie sich an dieser Umfrage. Menschlichkeit ist keine Frage der Gesetzgebung, sondern der inneren Einstellung. Wir dürfen mit gutem Beispiel vorangehen.

Ihr
Dr. med. Günther Jonitz

g.jonitz@aekb.de



EDITORIAL.....

Wahljahr

Von Günther Jonitz.....3

BERLINER ÄRZTE aktuell... 6

Informationen des Instituts für Tropenmedizin

Muriner Typhus nach Thailand-
urlaub.....11

FRAGEBOGENAKTION ZUR
BEHANDLUNG VON MEN-
SCHEN OHNE PAPIERE....

Gesundheit in der Illegalität

Von Adelheid Franz.....21

**Erfahrungen des Büros für medi-
zinische Flüchtlingshilfe**

Von B. Bartholome, J. Groß und
E. Misbach.....22

**Gesundheitsprobleme und
medizinische Versorgung
Illegalisierter**

Von Monika Hey und Theda Bord.....23

**Schreiben des Kammer-
präsidenten.....**

Fragebogen zur medizinischen
Behandlung von Menschen ohne
legalen Aufenthaltstatus.....25

**Die Verbesserung der gesund-
heitlichen Versorgung im Blick**

Von Benjamin-Immanuel Hoff.....26

TITELTHEMA.....

Schwierige Kommunikationssituationen im ärztlichen Alltag

Viele Ärztinnen und Ärzte kennen Gesprächssituationen, die alles andere als angenehm sind. Doch mit der nötigen Ruhe und dem richtigen Herangehen lassen sich auch diese schwierigen Gespräche mit Patienten gut meistern.

Von Adelheid Müller-Lissner.....14

„Schwierig sind Themen, die als beschämend empfunden werden“

Interview mit Ulrich Schwantes.....19



BERUFS- UND GESUND-
HEITSPOLITIK.....

**Delegiertenversammlung senkt
Kammerbeiträge**

Bericht von der Delegiertenversamm-
lung am 11. November 2009
Von Sascha Rudat.....28

**Die Bedeutung der Arzt-Patient-
Beziehung in der Medizin**

Von Ulrike Hempel.....32

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen.....10

Der Veranstaltungskalender der
Ärztammer Berlin.....30

PERSONALIEN.....

Zum Tode von Helmut Maxeiner
.....34

BUCHBESPRECHUNGEN....

Paffrath, Schwabe:
Arzneiverordnungsreport 2009.....34

Hahn, Schwach: Anpassung und
Ausschaltung.....35

FEUILLETON.....

**Tucholskys Claire – eine
Berliner Ärztin**
Von Rosemarie Stein41

Charité

Ein Abschiedsraum für gerade verwaiste Eltern

...wurde in der Charité-Klinik für Geburtsmedizin (Campus Virchow) in der Nähe des Kreißsaals eingerichtet. Acht Teams Design-Studierender des Lette-Vereins machten Entwürfe, der beste wurde ausgewählt. Das Team führte ihn eigenhändig und kostenlos aus, Material und Handwerkerkosten übernahm die Björn Schulz-Stiftung.

Weißer Stoffbahnen machen den in warmes Lampenlicht getauchten kleinen Raum optisch größer und geben ihm eine schwebende Helligkeit. (In manchen Ländern ist weiß die Farbe der Trauer.) Sofa und Sessel sind in ruhigem Blau gehalten, in der Ecke steht ein Tisch mit einem Körbchen zur Aufbewahrung der kleinen Körper. Fehlgeburt, intrauteriner Fruchttod, Abtreibung wegen schwerster



Fehlbildungen, Tod kurz nach der Geburt: Die Eltern hätten fast alle den Wunsch, Abschied zu nehmen von ihrem toten Kind, sagt Dudenhausens psychosomatisch geschulte

Oberärztin Christine Klapp. Die Klinik fördert das, bietet auch psychologische oder seelsorgerische Gespräche über das schmerzliche Ereignis an und

berät zu Bestattungsmöglichkeiten. Ein schweres Trauma – das ist ja heute bekannt – heilt durch Trauerarbeit besser.

R. St.

Charité

ANZEIGEN

„Modellstudiengang“: Nur ein neuer Name?

Bei einer (gesponserten) Matinee der Charité im Adlon, „Lernen für die Medizin von morgen“, kündigte Dekanin Annette Grüters-Kieselich die Zusammenführung von Reform- und Regelstudiengang zu einem „Modellcurriculum“ für 2010 an. (Überdies erklärte sie, die Fakultät habe „den festen Willen“, die Lehre in den Mittelpunkt zu stellen.) Das wirkt utopisch, denn die Voraussetzungen für eine grundlegende Studienreform fehlen noch genauso wie in unserem Schwerpunktheft zum Thema (BERLINER ÄRZTE 11/2009) geschildert: Eine gründliche Evaluation des Regelstudiengangs gibt es nicht, nur für den Reformstudiengang liegt sie längst vor.

Wissenschaftssenator Jürgen Zöllner mahnte in seiner Festrede, endlich „die Stärken und Schwächen beider Curricula zu evaluieren“ und die Empfehlungen der internationalen Beraterkommission des Reformstudiengangs zu berücksichtigen.

Studiendekan Manfred Gross machte sehr deutlich, dass die Charité mit leeren Händen dasteht und aus eigener Kraft gar keine Studienreform zuwege bringen kann: Für die medizinische Forschung stünden tausendmal so viele Mittel zur Verfügung wie für die Erforschung und Weiterentwicklung der Lehre. Gross hofft nun auf einen „Freundeskreis Lehre“, den er offen „Fund Raising-Gremium“ nannte. – Beifall bekam Studentenvertreter Arne Riedlinger, als er bezweifelte, dass der Modellstudiengang in absehbarer Zeit zustande kommt.

R. St.

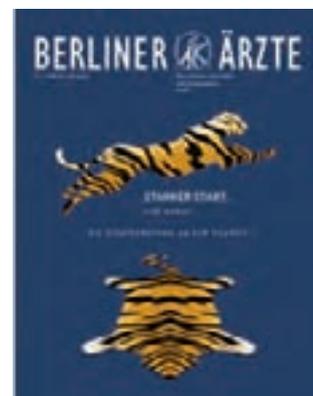
Leserbrief

Zu „Reform des Medizinstudiums in Berlin – eine unendliche Geschichte“ (Heft 11/2009)

Als Studenten des Reformstudiengangs kurz vor dem Abschluss haben wir uns sehr über den Artikel von Frau Stein gefreut. Wir betrachten es als großes Glück, dass wir in diesem Studiengang studieren konnten. Wir teilen die Einschätzung, dass er – auch durch sein interdisziplinäres Konzept – sehr gut auf die Anforderungen der ärztlichen Tätigkeit vorbereitet und deutlich stärker patientenorientiert ist als traditionelle Studiengänge. Gleichzeitig gibt er den Studierenden mehr Freiräume für wissenschaftli-

che Vertiefung und die Reflexion der ärztlichen Berufsrolle. Der Ansatz des selbststrukturierten Lernens in der Gruppe anhand eigener Lernziele fördert tieferes Verständnis des Stoffes und Teamfähigkeit besser als ständiges Pauken für einseitige Multiple Choice-Prüfungen. Allerdings bedarf dieses Modell, das stark auf die Eigenmotivation der Beteiligten setzt, einer intensiven wissenschaftlichen Begleitung. Die Gefahr der Stagnation oder sogar eines qualitativen Rückschritts des Studiengangs ist im Artikel

richtig beschrieben. Die lebendige Weiterentwicklung des Reformstudiengangs mithilfe der ursprünglichen, engagierten und erfahrenen Mitarbeiter war den Verantwortlichen der Fakultät offensichtlich nicht wichtig. Das finden wir aufgrund unserer positiven Erfahrungen mit dem Studiengang sehr bedauerlich. Wir können nur hoffen, dass jetzt rasch eine ernsthafte und offenere Diskussion über den neuen Modellstudiengang zustande kommt und eine Lösung im Sinne der Studierenden gefunden wird, bevor sich die im Reformstudiengang



entwickelte Ausbildungskompetenz endgültig in alle Winde zerstreut.
*Sebastian Regus /
Tilman Hottenrott, Berlin*

Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe Fabrizio Esposito, zuletzt tätig als Oberarzt in der Abteilung Intensivmedizin in der Charité, Campus Virchow Klinikum, übernimmt zum 1. Januar 2010 die Leitung des Bereichs Intensivmedizin/Erste Hilfe/Kurztherapie im Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe.

Justizvollzugskrankenhaus Berlin Dr. med. Marc Lehmann, ehemals Ärztlicher Direktor der Jugendstrafanstalt in Hameln, ist jetzt Leiter des Justizvollzugskrankenhauses Berlin. Dr. Reiner Rex wurde in den Ruhestand verabschiedet.

Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Chefarztpositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause.
Tel. 40 80 6-4100/-4101, Fax: -4199
E-Mail: e.piotter@aekb.de oder s.rudat@aekb.de

Wahl

Arzthelferin des Jahres kommt aus Berlin

Bianca Thieme aus Berlin ist auf dem Deutschen Arzthelferinnen-Tag 2009 in München zur Arzthelferin des Jahres gewählt worden. Die rund 500 Teilnehmerinnen wählten die 36-jährige Arzthelferin aus einem Kinderwunschzentrum in Berlin mehrheitlich, weil sie durch ihr sympathisches Auftreten und ihre engagierte Einstellung zu Beruf und Patienten überzeugte, wie die „Ärzte Zeitung“ berichtet. Nach Angaben der Veranstalter repräsentiert Thieme die moderne Generation von Arzthelferinnen, die Beruf, Job und Freizeit erfolgreich managen.

ANZEIGEN

Kurs

Ärztliche Führung in Zeiten des Wandels

Die Herausforderungen an Ärztinnen und Ärzte sind in den vergangenen Jahren kontinuierlich komplexer geworden. Neben dem medizinischen „Kerngeschäft“ verlangt eine Fülle weiterer Aufgaben Aufmerksamkeit, Zeit und Energie. Ein wesentlicher Teil davon betrifft Führungsaufgaben.

Der Kurs der Ärztekammer Berlin stellt die Führungsperson selbst in den Mittelpunkt: Die Fähigkeit, Organisationen werte-, ziel- und mitarbeiterorientiert zu steuern, erfolgreich mit Mitarbeitern, Kollegen und Verhandlungspartnern gerade in schwierigen Situationen zu kommunizieren und zu interagieren sowie ein persönliches Führungskonzept zu entwickeln stehen dabei im Vordergrund.

Der Kurs richtet sich vor allem an Oberärztinnen und -ärzte aus Krankenhäusern sowie Ärztinnen und Ärzte mit leitender Funktion in anderen größeren Einrichtungen der Patientenversorgung.

Der Kurs gliedert sich in drei Module mit je 3 Tagen und 1,5 abschließende Transfertage.

TERMINE:

Modul 1
Die Praxis des Führens
Do. 20.05. – 22.05.2010

Modul 2
Führen als interaktiver Prozess
Do. 01.07. – 03.07.2010

Modul 3
Change Management und betriebswirtschaftl. Steuerung
Do. 02.09. – 04.09.2010

Transfertag
Fr./Sa, 10./11.12.2010

An drei abendlichen Kamingsprachen bietet der Kurs zudem die Gelegenheit, sich direkt mit Protagonisten aus Klinikleitungen und Gesundheitspolitik zu aktuellen Fragestellungen auseinanderzusetzen.

Ihre Ansprechpartnerinnen für weitere Informationen und Unterlagen sind:

Frau Mindel-Hennies
Tel.: 40806 1403
aerztliche-fuehrung2010@aekb.de

Frau Markl-Vieto
Tel.: 40806 1400
aerztliche-fuehrung2010@aekb.de

Qualitätssicherung



Chinesen und Usbeken zu Gast in der Kammer

Eine Delegation hochrangiger Ärzte und Krankenhausmanager aus Suzhou/China hat am 26. November 2009 die Ärztekammer Berlin besucht. Die Delegation wollte sich vor allem zu Fragen europäischer Qualitätssicherungsstandards informieren, die in China in dieser Form noch nicht bestehen.

Hintergrund des Interesses ist der Wunsch chinesischer Kliniken, sich bei Abläufen und Standards stärker an das europäisch-angelsächsische Vorgehen anzunähern. Durch das zunehmende Engagement internationaler Konzerne in China kommt es häufiger als früher zu Krankenhausaufenthalten europäischer oder amerikanischer Patienten vor Ort. Man möchte wissen, welche Standards die ausländischen Patienten kennen und gewohnt sind und hier zu einer internationalen Annäherung kommen. Wenige Tage zuvor war bereits eine Delegation usbekischer Ärzte mit einem ähnlichen Anliegen in der Kammer zu Gast gewesen.

ANZEIGE

Strukturierte Curriculäre Fortbildung

„Grundlagen der medizinischen Begutachtung“

Basierend auf dem Curriculum der Bundesärztekammer bietet die Ärztekammer Berlin ab Juni 2010 für alle in Weiterbildung befindlichen Kolleginnen und Kollegen und für Interessierte aus Klinik und Praxis die Fortbildung „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ als strukturierte curriculäre Fortbildung 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 und 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.

Wiss. Leitung:
Prof. Dr. P. Marx
(ehemals Neurologische Klinik,
Charité – Campus Benjamin
Franklin, Berlin)

TERMINE:

Modul I: 04./05.06.2010

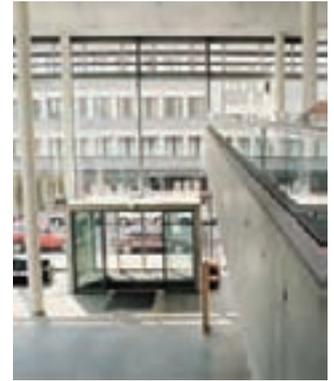
Modul II: 25./26.06.2010

Modul III: 02./03.07.2010

(freitags jeweils 15-19 Uhr;
samstags jeweils 9-13 Uhr)

Ort: Ärztekammer Berlin,
Konferenzsaal
Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Bei erfolgreicher Teilnahme an allen drei Modulen wird das Zertifikat „Strukturierte Curriculäre Fortbildung (ÄKB) Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ ausgestellt. Dieses Zertifikat ist ankündigungsfähig.



Pro Modul werden 10 Fortbildungspunkte vergeben.

Die Teilnahmegebühr für die Module I-III beträgt insgesamt 400,00 Euro.

Weitere Informationen erhalten Sie per E-Mail: begutachtung@aekb.de

ANZEIGE

*Fluorescein***Überempfindlichkeitsreaktionen**

Diagnostika sollten generell mit geringeren unerwünschten Wirkungen (UAW) verbunden sein als therapeutisch angewandter Arzneistoffe. Der Hersteller von Fluorescein, einem Diagnostikum zur Angiographie des Augenhintergrundes, warnt aktuell vor Unverträglichkeitsreaktionen bis hin zum anaphylaktischen Schock. Patienten sollten daher während der Untersuchung und mindestens 30 Minuten danach engmaschig überwacht und Notfallbesteck für eine Wiederbelebung bereitgehalten werden.

Bei Risikopatienten (ältere Patienten mit Grunderkrankungen wie kardiovaskuläre Erkrankungen, jedoch auch Patienten mit Begleitmedikationen wie betablockerhaltige Augentropfen) sollten Nutzen und Risiko einer Angiographie sorgfältig abgewogen werden, zu erwägen sind auch Prämedikationen wie orale H₁-Antihistaminika und Kortikosteroide in Sonderfällen.

Quelle: AkdÄ Drug Safety Mail 2009-078

*Antidiabetika***Ein Blick zurück und nach vorn**

Noch bis in die 20er Jahre des vergangenen Jahrhunderts wurden in der Diabetes-Therapie Mittel eingesetzt, die bis auf diätetische Maßnahmen fast alle enttäuschten. Opium wurde bereits in der Antike eingesetzt (Verringerung der Glukosurie und des Hunger-/Durstgefühls), die Einnahme von rohem Pankreas führte zum Abbruch wegen Übelkeit, Heilpflanzen (z.B. Samen der Java-pflaume, Bohnenschalen, Heidelbeeren) zeigten in Studien geringe positive Effekte, derzeitige Untersuchungen weisen u.a. eine geringe Wirkung als Insulinsensitizer ähnlich den Glitazonen oder eine Hemmung kohlenhydratspaltender Enzyme ähnlich der Acarbose nach. Sog. Geheimmittel und betrügerische Marktkonzepte (z.B. Röhrenmark von Rinderknochen) waren nicht selten. Bei empfohlenen Brunnenkuren wirkte vor allem der Kuraufenthalt, diskutiert wird zusätzlich eine Verminderung der Insulinresistenz durch bikarbonathaltige Heilwässer. Insuline und orale Antidiabetika haben der

früher immer relativ schnell zu einem qualvollen Tode führenden Erkrankung ihren Schrecken genommen. Neue Therapieprinzipien sind zu erwarten. Zu bedenken ist jedoch, dass

- eine Änderung der Lebensgewohnheiten (z.B. diätetische Maßnahmen, Bewegung) sowie eine ausführliche Beratung Basis jeder Therapie sind, insbesondere der des Diabetes mellitus Typ II,
- die Risiken neuer oraler/parenteraler Antidiabetika wie z.B. Glitazone oder Inkretinmimetika wie Exenatid - aber auch moderner Insulinanaloge - noch nicht völlig abschätzbar sind,
- auch ältere Antidiabetika wie Metformin in neuen Studien noch überraschende positive Effekte zeigen können (z.B. auch in Kombination mit Insulinen Verringerung makrovaskulärer Erkrankungen).

Quelle: Pharm. Ztg. 2009; 154: 3920; Arch.Intern.med. 2009; 169: 616

*Darbepoetin alfa***Schlaganfallrisiko**

Eine hochsignifikante Steigerung des Schlaganfallrisikos in der Verumgruppe (Darbepoetin, Aranesp®) der

TREAT-Studie bei Diabetikern mit nicht dialysepflichtiger Niereninsuffizienz stellt die Steigerung des Hämoglobinwertes durch Wirkstoffe, die die Erythropoese fördern (ESA), erneut in Frage. Kardiovaskuläre Ereignisse und Dialysepflichtigkeit/Tod waren nicht signifikant erhöht.

Neben anderen Risiken (z.B. Krebsverdacht) wurde in früheren Jahren eine Verkürzung der Überlebensdauer bei Krebspatienten durch ESA beobachtet. Dies war Anlass für eine Indikationseinschränkung (Therapie nur noch indiziert bei einer Anämie als Folge einer Chemotherapie). Eine Einstellung auf obere Hb-Grenzwerte von 13 g/dl scheint überholt und weitere Studien, um Untergruppen zu eruieren, die von einer Therapie mit ESA profitieren, sollten medizinisch hinterfragt werden.

Quelle: www.aerzteblatt.de

Anregungen, Vorschläge und insbesondere kritische Anmerkungen aus der Praxis und Klinik zu den Artikeln dieser Serie sind ausdrücklich erwünscht.
 Telefon: 0211/4302-1560,
 Fax: 0211/4302-1588,
 E-Mail: dr.hopf@aekno.de
 Dr. Günter Hopf, ÄK Nordrhein,
 Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf

Muriner Typhus nach Thailandurlaub

Ein selten erkanntes Reisefieber

Eine junge Frau hatte vier Tage vor ihrer Rückkehr nach Berlin in Thailand hohes Fieber um 40°C bekommen. Einen Tag nach Fieberbeginn sei auch ein flüchtiger Hautausschlag aufgetreten. Die konsultierten thailändischen Ärzte äußerten den Verdacht auf Dengue-Fieber und behandelten mit Paracetamol. Zurück in Berlin stellte sich die Patientin umgehend im Institut für Tropenmedizin vor. Wir sahen eine hochfieberhafte Patientin mit Thrombopenie und ausgeprägt pathologischen Entzündungsparametern, aber

ohne wegweisende Organsymptomatik.

Die Malaria-Diagnostik blieb negativ, ebenso ein Dengue-Antigen-Schnelltest. Wir gingen zunächst von einer viralen Infektion, z.B. durch Chikungunya-Viren aus, zumal die Entzündungsparameter spontan rasch rückläufig waren. Das Fieber und eine starke Abgeschlagenheit blieben aber noch über 10 Tage bestehen. Erst die im Verlauf positiv konvertierte Rickettsia typhi-Serologie führte zur Diagnose des murinen Typhus.

Der murine (oder auch endemische) Typhus ist eine Zoonose, deren Erreger Rickettsia typhi (früher mooseri), ein intrazelluläres gram-negatives Bakterium ist. Damit steht die Erkrankung in keinerlei Zusammenhang mit dem abdominellen Typhus, dessen einziges Reservoir der Mensch ist und der durch Salmonella typhi und Salmonella paratyphi hervorgerufen wird. Anlass zur Verwechslung ist v.a. durch den Begriff ‚Typhus‘ gegeben, ein in der vorbakteriologischen Ära häufig vergebener Titel für hochfieberhafte Erkrankungen. Der murine Typhus ist weltweit verbreitet und wird von Flöhen innerhalb vieler Nager- und Kleinsäugerarten übertragen, wobei der Mensch nur einen akzidentellen Wirt darstellt. Somit ähnelt der Übertragungsweg dem der Pest. Anders als bei dieser können die Erreger je-

doch nicht nur über die Mundwerkzeuge des Flohs übertragen werden, sondern auch, indem die beim Stichakt abgesetzten Fäzes des Gliederfüßlers vom Gebissenen in die entstandene juckende Läsion oder auch in die Konjunktiven hineingerieben werden. Das Krankheitsbild des murinen Typhus ist gekennzeichnet durch hohes Fieber, Konjunktivitis, Kopf- und Gliederschmerzen sowie Bronchitis und Exanthem. Komplikationen sind selten, die Prognose ist im Allgemeinen gut. Die Diagnose

wird aufgrund von Anamnese und Klinik in das differenzialdiagnostische Spektrum einbezogen, Ausschluss bzw. Bestätigung erfolgen serologisch. Wichtigste Differenzial-diagnosen sind nach dem immer zu fordernden Malaria-Ausschluss andere Rickettsiosen wie der Scrub-Typhus und die Gruppe der Fleckfieber, das Dengue-Fieber und nicht zuletzt das Chikungunya-Fieber, das sich seit der Epidemie auf den Inseln des indischen Ozeans weiter ostwärts verbreitet hat.

Muriner Typhus und Scrub-Typhus gehören nach einer kürzlich veröffentlichten Studie zu den unterdiagnostizierten fieberhaften Erkrankungen in Thailand.

Auch bei Reiserückkehrern kann von einer Untererfassung ausgegangen werden, da in der Fieberdiagnostik nach Tropenaufenthalt Malaria, abdomineller Typhus oder Dengue-Fieber an erster Stelle stehen und dabei seltener an die Rickettsiosen gedacht wird. Therapeutisch sprechen die intrazellulären Erreger gut auf Doxycyclin und Fluorchinolone an.

Dr. Sebastian Dieckmann
Tropenmedizinische Ambulanz
Institut für Tropenmedizin Berlin
Spandauer Damm 130
14050 Berlin
www.charite.de/tropenmedizin

Institut für Tropenmedizin



Pay for performance – das große Zukunftsthema?

Kann man es doch messen, ob Ärzte „gut“ sind und sie danach bezahlen? Bislang bestand in der organisierten Ärzteschaft hierzu größte Skepsis. Allmählich sieht es so aus, als ob sich das ändert. Das so genannte Pay for performance (salopp „P4P“), die Bezahlung nach Erreichen zuvor festgelegter Behandlungsziele, war eines der am heftigsten diskutierten Themenfelder auf dem 3. Nationalen Qualitätskongress, der am 26. und 27. November im Hotel Pullmann über die Bühne ging.

In Großbritannien hat sich hierzu der Wind bereits gedreht. Gab es 1990 noch die einhellige Meinung, Qualität könne nicht gemessen werden, werden heute über 80 % der Leistungen in den britischen HMO's (Health Maintenance Organisations) über Qualitätsindikatoren bezahlt, so Dr. Steven Campell, Institutsleiter der University of Manchester. Das deutsche Gesundheitssystem rüstet sich gerade, hier bald nachzuziehen.

Die Crux: Risikoadjustierung

So arbeitet die Kassenärztliche Bundesvereinigung bereits intensiv daran, künftig leistungsbezogene Qualitätsindikatoren in den EBM einzubauen. Dies wäre, so die hierfür zuständige Dezernatsleiterin Dr. Franziska Diel, vermutlich nur stufenweise umzusetzen. Die KBV plant, ein solches System erst einmal modellhaft an ausgewählten Fachgruppen zu erproben. Ein erster Schritt könnte ein „Pay“ für eine regel-

mäßige und vollständige Transparenz der Dokumentation sein.

Ein weiterer Schritt wäre danach der Nachweis einer umfassenden leitliniengerechten Behandlung über gut messbare Leistungsindikatoren. In weiterer Ferne liegen hingegen die Festlegung von Referenzwerten und eine Kopplung der Bezahlung an die Zielerreichung. Spätestens an dieser Stelle, wenn nicht schon früher, wäre auch eine patientenbezogene Risikoadjustierung notwendig. Hier liegt natürlich die Crux der P4P-Idee, die mit ausgeklügelten Berechnungsfaktoren arbeiten müsste, um Startvoraussetzungen und Compliance des Patienten in einer vernünftigen Weise mit abzubilden. Viel Arbeit für Franziska Diel und ihre Kollegen, wobei sie nicht die einzigen sind, die in Deutschland über eine ergebnisorientierte Bezahlung von Ärzten nachdenken. Auch die Krankenkassen sind intensiv in dieser Richtung tätig.

Einig war man sich auf den rund 25 Foren und Symposien des Kongresses, dass die Qualitätsfrage in Zukunft neu gestellt werden müsse. Neben der mittlerweile gut etablierten Qualitätssicherung im Akutbereich gebe es noch viel Arbeit bei der sektorübergreifenden Versorgung chronisch Kranker und Pflegebedürftiger.

Professor Fritz Beskes Vortrag über die veränderten Versorgungsbedürfnisse einer alternen Gesellschaft ließ ahnen, welche Verschiebungen hier in den nächsten Jahrzehnten zu erwarten sind.

BQS-Verfahren zeigte Wirkung

Spannend war die Bilanz von Berliner Klinikern zur externen Qualitätssicherung in den Krankenhäusern, die bis zum Sommer diesen Jahres von der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) ausgewertet wurde und nun an das Göttinger AQUA-Institut übergegangen ist. Dr. Werner Wyrwich, Unfallchirurg und Vorstandsmitglied der Ärztekammer Berlin, sah die Versorgung vor allem durch drei Aspekte gefährdet: die mangelnde Kommunikation, die mangelnde Organisation und die klassischen Behandlungsfehler. Zu allen drei Aspekten hat aus seiner Sicht das BQS-Verfahren Hinweise geliefert, die erhebliche zur Verbesserung der Abläufe im OP geführt haben. Professor Wulf Pankow konnte dies für die Internisten eben-

falls bestätigen und zeigte, dass zum Beispiel im Rahmen der ambulant erworbenen Pneumonie mit der Einführung des Indikators „Zeitpunkt der ersten Sauerstoffbestimmung“ eine erhebliche Verbesserung der Behandlungsqualität für die Patienten erzielt werden konnte.

Mit 270 Teilnehmern, die etwa 100 Vortragenden bereits mitgezählt, war dieser thematisch reich bestückte Kongress nicht eben üppig besucht. Man hätte den Veranstaltern mehr Beteiligung ausgewiesener Qualitätler aus den Kliniken gewünscht. Und ein deutlich abgespecktes Programm mit der Möglichkeit zu Fachdiskussionen mit dem Publikum hätte der Veranstaltung ebenfalls gut getan. Vielleicht eine Anregung für das nächste Mal.

cm/sygo

Kammer intern

Henning Schaefer neuer Leiter der Fortbildung



Foto: S. Rudat

Dr. med. Henning Schaefer ist seit 1. Dezember neuer Leiter der Abteilung Fortbildung der Ärztekammer Berlin. Der 43-Jährige war zuvor 7 Jahre Leiter des Qualitätsbüros Berlin (QBB), das bei der Kammer angesiedelt ist.

Das QBB ist verantwortlich für die externe vergleichende Qualitätssicherung der Berliner Krankenhäuser nach § 137b.

Tag der Allgemeinmedizin

Mittwoch, 27. Januar 2010, 18.00 bis 20.30 Uhr, Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Die Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin – in Berlin seit 2007 wieder eigenständig –, ist fachlich besser strukturiert als zuvor. Dennoch haben viele Weiterbildungsassistenten das Problem, dass sie ihre in der Klinik zu erbringenden Weiterbildungsabschnitte nur schwer zusammenbekommen, weil Krankenhausleiter die dafür zur Verfügung stehenden Stellen lieber mit Assistenten besetzen, die sich für eine Weiterbildung im jeweiligen Fach interessieren.

Eine Lösung dieses Problems liegt in der Schaffung von Weiterbildungsverbänden und Rotationssystemen, in denen verschiedene Fachdisziplinen koordiniert angeboten werden. Wir stellen auf unserem Tag der Allgemeinmedizin vor, wie solche Rotationssysteme funktionieren können und welche Rolle dabei an Landesärztekammern angeschlossene Koordinierungsstellen spielen können. Mit Weiterbildungsbefugten, Klinikdirektoren und Assistenten möchten wir über die aktuelle Situation in der Weiterbildung Allgemeinmedizin sprechen und die Voraussetzungen für das Gelingen von Verbundsystemen diskutieren.

Begrüßung: Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin

Weiterbildung der Allgemeinmedizin in Berlin – Trends und Entwicklungen

Kurzvorstellung der im Aufbau befindlichen Koordinierungsstelle:

Dr. med. Michael Peglau, Leiter der Abt. Weiterbildung, Ärztekammer Berlin

Versorgungssituation in der Allgemeinmedizin in Berlin und aktueller Stand des IPAM-

Programms: Dr. med. Angelika Prehn, Vorstandsmitglied der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin

Vom Weiterbildungsassistenten zum Lehrarzt: Dr. med. Thorsten Kröhn

Niedergelassener Allgemeinmediziner, Charité-Lehrpraxis

Fortbildung und Mentoring von Ärzten in der Weiterbildung:

Dr. med. Hans-Peter Hoffert, Niedergelassener Allgemeinmediziner,

Vors. BDA Berlin-Brandenburg

Koordination von Weiterbildungsverbänden einer Landesärztekammer

Beispiel: Die KOSTA in Sachsen-Anhalt

Dr. med. Gitta Kudela, Allgemeinmedizinerin, Vorstandsmitglied der Ärztekammer

Sachsen-Anhalt

Modell einer Rotationsweiterbildung: Das DRK-Krankenhaus Köpenick

Prof. Dr. med. Vittoria Braun, Allgemeinmedizinerin, Vorstandsmitglied.

Ärztekammer Berlin; Dr. med. habil. Stefan Kahl, DRK-Kliniken Berlin

Köpenick, Chefarzt der Gastroenterologie; Prof. Dr. med. Matthias Pross

DRK-Kliniken Berlin Köpenick, Chefarzt der Chirurgie

Diskussion mit dem Publikum Moderation:

Dr. med. Michael Peglau (Ärztekammer Berlin)

Um Anmeldung wird gebeten unter e.piotter@aekb, Tel. 030/ 40 80 6-4101

Die Veranstaltung ist mit 3 Fortbildungspunkten zertifiziert. Ärztinnen und Ärzte werden gebeten, ihre Barcode-Etiketten mitzubringen.

Prüfungen

Prüfungstermine für Medizinische Fachangestellte / Arzthelferinnen

Die Ärztekammer Berlin führt die nächsten Prüfungen für Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen an folgenden Terminen durch:

1. Zwischenprüfung: 16. März 2010

Teilnahmeverpflichtet sind alle Auszubildenden, die zu diesem Zeitpunkt die Hälfte ihrer Ausbildungszeit zurückgelegt haben.

2. (vorzeitige) Abschlussprüfung Sommer 2010:

Schriftlicher Teil der Prüfung:

04. und 05. Mai 2010

Praktischer Teil der Prüfung:

01. Juni 2010 bis 06. Juli 2010

Mit der Anmeldung sind folgende Unterlagen einzureichen:

Anmeldeformular, eine Bescheinigung über die Zwischenprüfung, wenn die Zwischenprüfung nicht bei der Ärztekammer Berlin abgelegt wurde, Berichtsheft (schriftlicher Ausbildungsnachweis) oder eine schriftliche Bestätigung des Auszubildenden, dass das Berichtsheft (der Ausbildungsnachweis) geführt wurde, eine Bescheinigung der berufsbildenden Schule über die Fehltagelänge in der Berufsschule während der Ausbildungszeit oder die Zeugnisse der zurückgelegten Berufsschulsemester in Abschrift, Bescheinigung des auszubildenden

Arztes über den Umfang der Fehltagelänge in der Praxis während der Ausbildungszeit, ggf. weitere Tätigkeitsnachweise.

Bei den formlosen Anträgen auf vorzeitige Zulassung ist zusätzlich zu den oben genannten Anmeldeunterlagen Folgendes einzureichen:

Befürwortung oder Stellungnahme des Ausbilders, Befürwortung mit Gesamtnotendurchschnitt der Schule.

Alle Prüfungen werden in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin (Kreuzberg), durchgeführt.

Anmeldeschluss: 15. Februar 2010.

Die Anmeldeformulare werden den auszubildenden Ärzten Anfang / Mitte Januar übersandt. Ärzte werden gebeten, ihre Auszubildenden mit allen erforderlichen Unterlagen anzumelden.

Bei der Durchführung der Prüfung werden die besonderen Verhältnisse behinderter Menschen berücksichtigt. Bitte senden Sie ggf. eine Bescheinigung über Art und Umfang einer Behinderung ein.

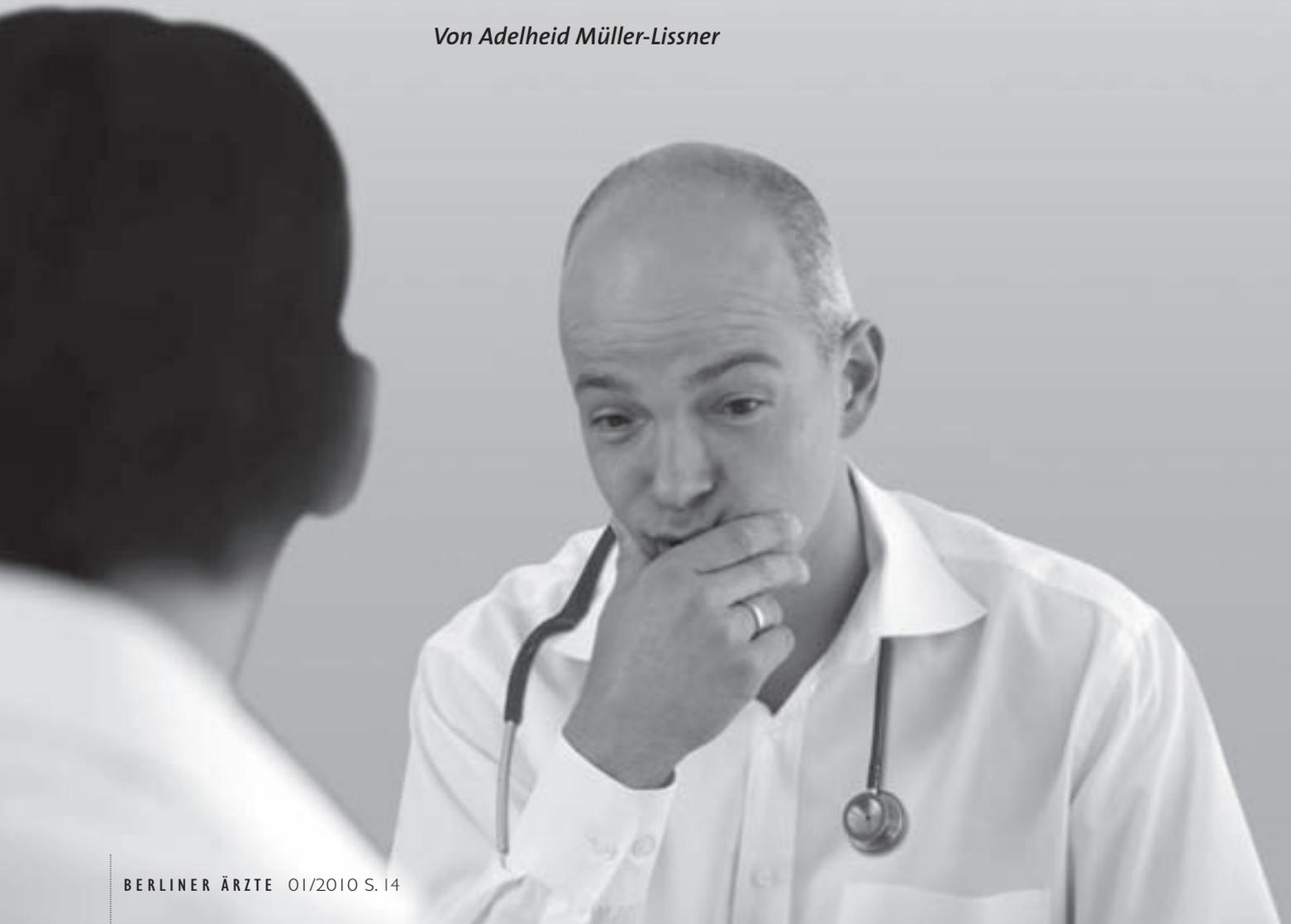
Nähere Informationen erhalten Sie unter der Rufnummer: 030 / 40 80 6 - 2626.

Wenn Reden Überwindung kostet

„Worte sind das mächtigste Werkzeug, über das ein Arzt verfügt“, hat der berühmte amerikanische Kardiologe und Friedensnobelpreisträger Bernard Lown geschrieben.

Dass die „sprechende Medizin“ finanziell und fachlich unterbewertet werde, war in den letzten Jahren immer wieder zu hören und zu lesen – und es stimmt nach wie vor. Doch selbst wenn mehr Zeit und die wünschenswerte Ruhe dafür da wären, würden sie nicht verschwinden, die schwierigen Gesprächssituationen, die jeder ambulant oder stationär tätige Arzt aus seinem Alltag kennt. Knifflige Fragen der Gesprächsführung durchziehen alle Fachgebiete. Und alle Lebensphasen, gewissermaßen von der Wiege bis zur Bahre. Einige Ortstermine in Berliner Kliniken und Praxen zeigen es.

Von Adelheid Müller-Lissner



Schwierige Kommunikationssituationen im ärztlichen Alltag

Im Wartezimmer ist eine Spielecke eingerichtet, an der Pinnwand hängen unzählige Fotos friedlich schlummernder oder freundlich lächelnder Säuglinge. Doch bei Dr. med. Matthias Bloechle vom Kinderwunschzentrum an der Gedächtniskirche suchen häufig auch Menschen Rat, die ihm später kein solches „Erfolgs“-Foto werden schicken können. Zu ihm kommen Frauen, deren Eierstöcke nach einer Chemotherapie zerstört sind und Männer ohne Spermienproduktion. Anderen muss er nach mehreren Versuchen mit der In-Vitro-Fertilisation mitteilen, dass die Chancen für die Erfüllung des Kinderwunsches schlecht stehen. Am schwierigsten sind für ihn die Gespräche mit Paaren, die nach vielen Behandlungsmonaten endlich ein Kind erwarten, bei denen sich die Schwangerschaft aber nicht richtig entwickelt und die das Kind verlieren werden.

Die vom Hochgefühl direkt in die Verzweiflung abzustürzen drohen. „Routine bekommt man da nicht“, sagt der Vater mehrerer Kinder, „aber man lernt im Lauf der Jahre, trotz des Mitgefühls eine gute, unpathetische Gesprächsebene zu finden.“ Obwohl es hart sei, der Überbringer der schlechten Nachricht zu sein, müsse man ehrlich sein, was die weitere Perspektive betrifft. „Wenn das gelingt, dann sind die Patientinnen trotz ihres Unglücks mit dem Arzt zufrieden. Es hat keinen Zweck zu schwindeln, um sie zu schonen.“ Für viele Paare sei es wichtig, dass sie sich später sagen können: Wir haben alles probiert. Vielleicht sogar eine – in Deutschland nicht erlaubte – Eizellspende in einem anderen europäischen Land. Bloechle versucht den gesamten Prozess, an dessen Ende möglicherweise das Sich-Abfinden mit



Dr. med. Matthias Bloechle

der Situation der Kinderlosigkeit steht, mit einer Haltung zu begleiten, die er als „mitfühlende Gelassenheit“ beschreibt. „Ich biete weitere Gespräche an, empfehle vielen Paaren aber auch psychologische Beratung.“ Trotz vieler trauriger Gespräche findet der Gynäkologe es entlastend, dass er nicht mit schweren, lebensbedrohlichen Erkrankungen zu tun hat. So bezeichnet er die Menschen, die zu ihm kommen, meist lieber als Ratsuchende, nicht als Patienten.

Pränatale Diagnosen: Die meisten Paare stehen unter Schock

Das tut auch Professor Dr. Heidemarie Neitzel, die am Institut für Humanogenetik der Charité die Chromosomendiagnostik leitet. Die Paare, die zum Gespräch in ihr Arbeitszimmer auf dem Campus Virchow kommen, sind einen Schritt weiter: Sie erwarten ein Kind, machen sich aber Sorgen um dessen Gesundheit. Zu Neitzels Alltag

gehört es etwa, einem Paar mitzuteilen, dass ihr Ungeborenes eine Trisomie 21 hat. „Es kann sein, dass das erste Gespräch dann recht kurz ist, denn die Paare stehen meist unter Schock und können Informationen nicht wirklich aufnehmen.“ Typischerweise folge dem eine Phase der Leugnung, in der von einer Verwechslung der Proben oder einer Fehldiagnose die Rede ist, bevor dann die Trauer um das gewünschte und erträumte gesunde Kind einsetzt. Einige Frauen kommen aber auch mit der klaren Botschaft: Wenn mit meinem Kind etwas sein sollte, möchte ich die Schwangerschaft abbrechen.

„Gerade diese Frauen, die die Beratung vehement ablehnen, brauchen sie besonders. Sie müssen sich klarmachen, dass sie mit den Konsequenzen eines Abbruchs leben müssen. Und wie das Leben mit einem behinderten Kind aussehen könnte.“ Neitzel versucht, „Geschwindigkeit herauszunehmen, Zeit in die Sache zu bringen.“ Zeit, in der die Frauen herausfinden können, was sie wirklich wollen. Schwierige, aber immens wichtige Gespräche führen die Humangenetiker auch in Fällen, in denen die Chromosomenstörung nicht mit dem Leben vereinbar ist.

Auch dann ist es oft besser, die Schwangerschaft auszutragen und schon vorher zu vereinbaren, dass anschließend auf intensivmedizinische Maßnahmen verzichtet werden soll. „Die Paare haben unzählige Sachfragen, die sie sich häufig aber auch nicht zu stellen trauen.“ Oft sitzen sie aber auch still hier im Zimmer von Heidemarie Neitzel. „Das muss man aushalten können“, sagt die Humangenetikerin. Und berichtet davon, dass

die Supervision ihr dabei hilft. Leichter sind die Beratungsgespräche für sie, wenn das Kind zum Beispiel einen Herzfehler hat und gleich nach der Geburt operiert werden kann.

Diagnose MS: Ein einziges Gespräch reicht nicht

Viele der Menschen, mit denen Professor Dr. med. Lutz Harms, Oberarzt an der Klinik für Neurologie der Charité, zum ersten Mal über ihre Multiple Sklerose spricht, ahnen es zu diesem Zeitpunkt längst. Die Beschwerden beim ersten Schub, das Kribbeln, die Sehstörungen, der Schwindel, dann die Palette der Untersuchungen. Bildgebung, Nervenwasser-Untersuchung, elektrophysiologische Tests: Nach und nach verdichtet sich das Bild. „Es ist ein mehrstufiger Prozess, die Diagnose wird niemals von heute auf morgen auf den Tisch geknallt“, sagt der Leiter des MS-Zentrums. Trotzdem ist es für ihn immer wieder schwer mitzuerleben, wie für viele eine ganze Welt zusammenbricht.

„Das Dramatische ist ja, dass die Patienten typischerweise noch jung sind und ihr Leben noch vor sich haben.“ Man brauche viel Zeit für die Gespräche, sagt auch Harms, und man müsse sich auf sehr verschiedene Typen von Patienten mit all ihren Ängsten und Sorgen einstellen. Im Vordergrund steht die Aufklärung über die Erkrankung, die Prognose und über die Behandlungsmöglichkeiten. „Dabei werden auch immer wieder die möglichen Auswirkungen auf Sexualität und Familienplanung thematisiert“, berichtet Harms. Der Neurologe ist sehr froh darüber, dass es inzwischen Möglichkeiten gibt, weiteren Schüben vorzubeugen und das Fortschreiten der Krankheit zu verzögern. „Vieles ist in Entwicklung, vor 20 Jahren war es noch deutlich schwerer, einem Menschen zu eröffnen, dass er unter einer MS leidet.“ Umso stärker sind die Neurologen heute auf die Compliance der Patienten angewiesen. „Die MS-Schwester sind uns eine sehr

große Hilfe, sie klären über das Spritzen auf und beantworten immer wieder anfallende Fragen.“ „Immer wieder“ – das scheint überhaupt das Stichwort zu sein, wenn es um die Gesprächsbegleitung bei chronischen Krankheiten geht.

Der Onkologe als Überbringer der schlechten Nachricht



Professor Dr. med. Michael Untch

Auch Krebs ist in vielen Fällen zu einer solchen chronischen Erkrankung geworden. Wird er früh erkannt, dann stehen heute die Chancen für eine Heilung gut. Trotzdem ist eine Krebsdiagnose wohl so gut wie immer ein massiver Schock. Anders als bei der MS gibt es zum Beispiel bei Brustkrebs meist keine Warnhinweise. „Die Frauen werden ja sehr plötzlich aus ihrem gesunden Leben gerissen“, sagt Professor Dr. med. Michael Untch, Chefarzt der Gynäkologie und Geburtshilfe am Helios-Klinikum Buch.

„Jeder hat seinen Lebensbogen im Kopf, und durch eine Krebsdiagnose wird man mit einem anderen Lebensbogen konfrontiert.“ Die Fragen kommen erst nach und nach, und Untch betont, wie wichtig es ist, dass Ärzte auch lernen, selbst (offene) Fragen zu stellen, um zu

erfahren, was ihren Patientinnen durch den Kopf geht. „Dafür darf das Gespräch nicht zwischen Tür und Angel stattfinden und auf keinen Fall unterbrochen werden. Der Arzt muss bei der Patientin sitzen und sie mit Worten darauf vorbereiten, dass er eine schlechte Nachricht für sie hat. Er muss die Belastungen ansprechen, die auf sie zukommen, und er sollte ihre persönliche Krankheitstheorie ernst nehmen.“

Jeder Mensch steht unter Schock, wenn dieser Satz fällt: „Sie haben Krebs.“ Trotzdem ist es wichtig, dass der Satz ausgesprochen wird. Bei alledem muss man immer damit rechnen, dass das Gesagte nur in Etappen ins Bewusstsein der Gesprächspartnerin eindringen kann. Man darf es nicht für Begriffsstutzigkeit halten, falls die Fragen erst bei weiteren Gesprächen gestellt werden.

„Erst wenn der Arzt aus dem Zimmer ist, fällt einem das ein oder andere ein“, bekannte vor einiger Zeit selbst der redewandte Politiker Klaus Uwe Benneter, der das Problem aus der Sicht des Angehörigen kennt, denn seine Frau starb an Krebs. Für Brustkrebs haben inzwischen Studien bewiesen, dass es den betroffenen Frauen etwas bringt, wenn ihre behandelnden Ärzte Gesprächsführung lernen. Das kann man etwa bei „Breaking Bad News“-Seminaren, in denen es um die Gestaltung von Aufklärungsgesprächen bei Krebs geht. In Rollenspielen werden Schauspieler als „Patienten“ besetzt. Ein solches Seminar wird von der Ärztekammer Berlin im März angeboten (siehe Kasten auf Seite 20).

Die von Charité-Gynäkologen angestoßene Studie „Expression I“ (1), für die 617 Frauen mit Mammakarzinom aus verschiedenen Zentren befragt wurden, zeigt deutlich: Ärztin und Arzt sind für die betroffenen Frauen die wichtigsten Ansprechpartner, und das auch, wenn es um praktische Fragen wie die Gestaltung des beruflichen und familiären Alltags geht. „Ich denke, die Frau, die an Krebs

erkrankt ist, möchte das Gefühl haben, mit einer Person zu sprechen, die für ihre Krankheit kompetent ist, sie möchte die Informationen aus erster Hand bekommen“, sagt Gülten Oskay-Özcelik, Oberärztin an der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Charité, Campus Virchow. Sie kann sich dabei auf die Studie berufen, in der sich gezeigt hat: Auf einer Skala zwischen eins und zehn erreicht die Kompetenz

Schindler, der viele Jahre als Home-Care-Arzt gearbeitet hat, rät, „die Dinge durch hilfreiche Fragen in die richtige Relation zu setzen“. Bis er selbst gefragt wird, was er denn vorzuschlagen habe. „Diese Gespräche sind heute einfacher geworden, weil wir vom strengen Entweder-Oder zwischen kurativer und palliativer Absicht abgekommen sind – vor allem aber, weil wir keinem Patienten sagen, wir könnten, nichts mehr für

dienen: „Was glauben Sie? Was hoffen sie? Was lieben oder wünschen Sie?“ Wenn das Leben eines Menschen zur Neige geht, führen dessen Ärzte besonders häufig Gespräche mit den Angehörigen. „Schwierig kann das werden, wenn der Patient ganz woanders ist als seine Familie, etwa wenn er sich auf seinen Tod vorbereitet und seine Angehörigen ihn nicht loslassen können, oder wenn beide sich gegenseitig schonen möch-



einen Wert über acht, sie ist den Patientinnen ausgesprochen wichtig. Auf dieser Basis ist der Arzt eine wichtige Vertrauensperson.

Wenn die Hoffnung auf Heilung schwindet

Fragt man Dr. med. Thomas Schindler, Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, nach besonders schwierigen Gesprächen, so fallen ihm zunächst die Situationen ein, in denen eine Hoffnung auf Heilung vom Krebs sich zerschlägt. Was tun, wenn ein Krebskranker nicht von der Vorstellung lassen kann, dass noch ein Versuch mit der Chemotherapie gemacht werden sollte, die beim letzten Mal doch geholfen hat? Oder wenn er ein teures, aber obsoletes alternatives Heilverfahren als Rettungsanker für sich entdeckt?

ihn tun.“ Was Ärztinnen und Ärzte alles auch am Lebensende noch tun können, um ihren Patienten etwa Schmerzen und Luftnot zu ersparen, sollten sie einem Patienten in Ruhe erklären, auch wenn er das schwierige Thema Sterbehilfe aufwirft. „Dann darf man auf keinen Fall kneifen und sich auf Floskeln zurückziehen“, sagt Schindler. Stattdessen müsse man auch in dieser Situation zuallererst einmal zuhören und erkunden, was der Gesprächspartner einem überhaupt mitteilen möchte. Um fachliche Informationen bedarfsgerecht vermitteln zu können, sollte man sich ein Bild von den Nöten und Ängsten machen, unter denen unheilbar kranke Menschen leiden. „Die Aufgabe besteht darin, Räume zu eröffnen, dafür sind die Patienten immer dankbar.“ Als Türöffner können zum Beispiel die drei einfachen Fragen

ten“, berichtet Schindler. Der Arzt, der mit beiden „Seiten“ getrennte Gespräche geführt hat, hat dann eine schwierige Rolle. Er müsse jedoch versuchen, die Gesprächsstränge zusammenzuführen, alles andere sei fatal, betont der Palliativmediziner. Er empfindet viele der Situationen, die sich im Gespräch mit unheilbar Kranken ergeben, als schwierig. Von Hoffnungslosigkeit getragen seien sie jedoch keineswegs. „Die Hoffnung ändert ihre Ziele, das erfahren wir immer wieder.“

Dr. Adelheid Müller-Lissner
Medizinjournalistin

(1) „Breast cancer patients' expectations in respect of the physician-patient relationship and treatment management results of a survey of 617 patients“, in: *Annals of Oncology* 18, 479-484, 2007



„Ich bin meiner Freiheit beraubt“ Christoph Schlingensief's Tagebuch einer Krebserkrankung

Wie ein Patient sich fühlt, wenn er mit der Diagnose Krebs konfrontiert wird, kann man bei Christoph Schlingensief nachlesen: „Ich verstehe das nicht! Ich bin entsetzt! Meine Freiheit ist weg. Ich bin meiner Freiheit beraubt.“

Das ist der Aufschrei eines 47-Jährigen, der gerade mit der Diagnose Adeno-Karzinom der Lunge konfrontiert wurde. Für die nächsten Monate stehen Operation, Chemotherapie und Bestrahlung auf dem Programm. Dabei will der Mann eine Oper inszenieren, er ist Aktionskünstler, Theatermacher, in seiner jungenhaften Art medial dauerpräsent, eine feste Größe des Kulturlebens, immer in Bewegung, immer auf Achse. Nun ist er eine Zeitlang – zumindest äußerlich und körperlich – zur Untätigkeit verurteilt. Nun macht er sich zum ersten Mal Gedanken darüber, wie es ist, wenn ein Mensch selbst den Weg zum Bäcker nicht mehr ohne fremde Hilfe schafft. Unter dem Titel „So schön wie hier kann's im Himmel gar nicht sein!“ sind die Gedanken, die er einem kleinen Diktiergerät anvertraut hat, Anfang letzten Jahres als Buch erschienen (Kiepenheuer & Witsch 2009).

Der Künstler bringt beides zur Sprache, Hoffnung und Verzweiflung – und spricht damit wahrscheinlich der Mehrheit der Krebskranken aus der Seele. Das macht sein

Buch auch für professionelle Helfer lesenswert. Sie können sich zudem darüber freuen, dass ihre Arbeit des Öfteren lobend erwähnt wird. „Ich habe hier inzwischen ja viele sehr, sehr nette Schwestern und Ärzte kennen gelernt“, schreibt Schlingensief gegen Ende seines ersten Krankenhausaufenthalts im Helios-Klinikum in Berlin-Zehlendorf.

Schwester Doris beispielsweise, die er als „fast mütterlich“ beschreibt. Sie rät ihm, an blaue Wolken, Schafe und Landschaften zu denken, als er nicht einschlafen kann. Obwohl das möglicherweise „kitschig“ wirke, helfe es gut. Oder der Krankenpfleger Uwe, der sich während der Chemotherapie um die Infusionen kümmert. Und der sein Verständnis für die Durchhänger des Patienten zum Ausdruck bringt: „Er ist sehr, sehr nett und sagte, der menschliche Körper sei schon für vieles ausgerüstet. Aber für dieses Programm: Diagnose, Untersuchungen, Vorgesprächen, Krise, eins, Krise zwei, dann Operation mit Vollnarkose, dann wieder Untersuchungen und Befunde, dann Heilungschancen hier, Heilungsquote da, oben drauf noch die Chemo, Prognose unklar – für dieses Programm sei der Mensch eigentlich nicht gemacht. Das sei definitiv die komplette Überforderung.“ Christoph Schlingensief muss trotzdem das komplette Programm mitmachen – einschließlich der niederschmetternden Nachricht, dass knapp ein Jahr nach Diagnosestellung Metastasen im verbliebenen Lungenflügel gefunden werden.

aml

„Schwierig sind Themen, die als beschämend empfunden werden“



Foto: Charité

Professor Dr. med. Ulrich Schwantes

Ein Gespräch mit dem Allgemeinmediziner Professor Dr. med. Ulrich Schwantes, ehemaliger Leiter des Instituts für Allgemeinmedizin der Charité und Mitglied der dortigen Arbeitsgruppe „Ärztliche Gesprächsführung“.

Herr Dr. Schwantes: Kann man sich schon im Studium darauf vorbereiten, später schwierige Gespräche mit Patienten zu führen?

Natürlich hat man dann im Unterricht keinen „echten“ Fall vor sich, der gerade wirklich passiert, sondern etwas für den Unterricht Entwickeltes. Doch die Realität ist ja immer das, was in unserem Kopf passiert. Insofern kann man auch an einem „ausgedachten“ Fall lernen, im Rollenspiel oder mit Schauspielern, die Patienten spielen. Und ich denke, wir müssen so früh wie möglich damit anfangen. Der eine Teil besteht darin, Techniken der Gesprächsführung zu lernen: Fragetypen, Strukturierung und Aufbau des Gesprächs. In dieser Hinsicht kann man durch Üben eine gewisse Fingerfertigkeit oder besser: Zungenfertigkeit erwerben. Der andere Teil besteht darin, Erfahrungen zu machen.

Ich muss erfahren, welchen eigenen inneren Bildern ich ausgesetzt bin, wenn ich mit einem schwierigen Menschen oder einer schwierigen Situation konfrontiert bin. Jeder von uns reagiert aufgrund seiner Lebensgeschichte dann anders. Und es ist gut, das in einer Situation zu trainieren, in der es noch nicht darauf ankommt. Dem entsprechen beim Autofahren-Lernen die ersten Fahrten auf dem Übungshof, bevor man sich auf die Straße wagen kann. Auch danach wird man noch nicht allein gelassen. Gut an den praktischen Gesprächsübungen im Unterricht ist auch, dass man sie anschließend in Ruhe auswerten kann.

Übrigens ist es für einen Studenten auch eine wichtige Erfahrung, selbst einmal in die Rolle des Patienten zu schlüpfen und eine schwierige Diagnose entgegenzunehmen, zum Beispiel Lungenkrebs. Das habe ich schon selbst erfahren, weil ich manchmal im Unterricht den Patienten spiele. Plötzlich bin ich dann in einem völlig anderen Film, ich denke daran, dass ich früher geraucht habe, und ich bin in dem Moment wirklich der, der die Diagnose Lungenkrebs mitgeteilt bekommt.

Welche Situationen werden denn von den Studierenden als besonders schwierig empfunden?

Sicher sind das die Gespräche, in denen anderen mitgeteilt werden muss: Da ist jetzt etwas passiert, was Dich Dein Leben nicht so weiterführen lässt wie bisher. Das ist nicht allein die Mitteilung einer lebensbedrohlichen oder sogar lebensbegrenzenden Diagnose. Als schwierig wird es auch empfunden, jemandem mitzuteilen, dass er etwa einen Diabetes mellitus hat. Dann weiß man ja zunächst nicht, wie der andere das aufnehmen wird: Nimmt er es locker, oder denkt er an einen Verwandten, dessen Bein amputiert werden musste und ist überzeugt davon, dass es von nun an unweigerlich

bergab geht? Das Ziel des Unterrichts ist es, dafür eine hohe Sensibilität und Aufmerksamkeit zu erzeugen, so dass man auch an sparsamen Reaktionen erkennt, welche Befürchtungen beim Patienten ins Spiel kommen – und dass man Möglichkeiten entwickelt, diese Ängste anzusprechen. Man muss auch die Stadien kennen, die die Verarbeitung einer solchen Information durchläuft, damit man nicht auf Biegen und Brechen seine Botschaft loswerden will. Arzt ist ja ein Beziehungsberuf.

Im Praxis- oder Klinikalltag führen Ärzte jeden Tag auch heikle Gespräche über Themen, die auf den ersten Blick „banaler“ wirken. Zum Beispiel der Allgemeinmediziner, der den Eindruck hat, dass der Patient, der gerade bei ihm im Sprechzimmer sitzt, zu viel trinkt.

Ja, in unserem Beruf haben wir ein paar Tabuthemen, die übrigens fast alle mit „S“ anfangen: SUCHT, SEXUALITÄT, SUIZIDALITÄT, STERBEN. Darüber redet man nicht gern, das sind Themen, die etwas Beschämendes haben, und weil man dem anderen diese Beschämung nicht antun will, fängt man an, „rumzueiern“. Schließlich kommen beide zu dem Ergebnis: Es ist nicht leicht, darüber zu reden, also lassen wir es lieber.

Wie kann man es trotzdem schaffen, über das Tabuthema Alkohol zu sprechen?

Zunächst einmal, indem man das Alkoholtrinken nicht in irgendeiner Art dämonisiert, sondern es einfach als eine von vielen Störungen betrachte, mit denen wir es in der Medizin zu tun haben. Der Einstieg, den ich oft wähle, läuft über die Trinkmenge. Ich spreche über riskanten und schädigenden Alkoholkonsum und frage dann nach: Wie ist das denn bei Ihnen? Das tue ich nicht erst, wenn ich schon Hinweise wie erhöhte Leberwerte habe. Ich signalisiere, dass ich dem Betreffenden gern helfen würde, Alkohol so zu trinken, dass er keinen Schaden davon hat. Ich denke,

auch hier ist eher die Einstellung wichtig, mit der man das Gespräch eröffnet. Sie muss es dem anderen ermöglichen, offen damit umzugehen. Denn er hat sich ja längst Gedanken über das Thema gemacht. Er braucht jemanden, der mit ihm darüber redet, ohne ihn in die Schmutzdecke zu stellen, und der ihn bei der Lösung seines Problems unterstützt.

Ein anderes schwieriges Alltags-Thema ist für viele Hausärzte die Bitte um eine Krankschreibung. Was raten Sie hier aus Ihrer langjährigen Praxis-Erfahrung?

Dazu habe ich eine ziemlich klare Meinung: Arbeitsunfähigkeit heißt für mich, dass jemand nicht in der Lage ist, die Arbeit, die ihm aufgetragen worden ist, ordnungsgemäß durchzuführen, also ohne sich oder einem anderen zu

schaden. Wenn jemand mit der Bitte in meine Praxis kommt, dass ich den gelben Schein unterschreibe, habe ich die Pflicht, gleichzeitig aber auch das Recht, die Situation zu überprüfen.

Ich muss mir einerseits ein ungefähres Bild über seine Aufgaben am Arbeitsplatz machen, andererseits über seinen Gesundheitszustand. Aber ich kann nicht alles wirklich überprüfen, was er mir erzählt, und ich will es auch nicht. Ich bin nicht sein Kontrolleur. Wenn ich allerdings den Eindruck habe, dass etwas nicht stimmt, sage ich das meinem Patienten auch.

Und dann?

Dann ist es wie in anderen Situationen auch: Ich muss den Patienten ernst nehmen. Ich sage dann deutlich: Ich habe

den Eindruck, es steckt ein anderes Problem dahinter. Wenn er mir daraufhin von seinen Schwierigkeiten erzählt, zum Beispiel von seiner Angst vor einer Prüfung, dann kann ich mir auch erlauben, ihn darauf hinzuweisen, dass er sein Problem nicht mit der Krankschreibung löst.

Die Schwierigkeit entsteht auch hier dadurch, dass man den Eindruck hat, man ertappt den anderen bei einem Fehler und muss ihn mit einem Vorwurf konfrontieren. Dabei ist es ganz anders: Der Patient hat das Recht, meine Meinung zu hören. Damit soll er sich auseinandersetzen. Ich helfe ihm im Gespräch dabei.

Das Gespräch mit Professor Dr. Ulrich Schwantes führte Dr. Adelheid Müller-Lissner

Kurs Breaking Bad News

Die ärztliche Kunst, schlechte Nachrichten „GUT“ zu überbringen

Jeder Arzt, jede Ärztin kennt das mulmige Gefühl, Patienten eine schlechte Botschaft überbringen zu müssen: Widerstreitende Gefühle zwischen „schnell hinter sich bringen wollen“ und „noch ein bisschen aufschieben“ sind spürbar, je stärker umso schlechter die Nachricht und umso jünger die Patientin/der Patient ist. Die gute Kommunikation zwischen Arzt und Patient, gerade in kritischen Situationen, hat jedoch eine immense Bedeutung für Lebensqualität, Gesundheit und psychische Adaptationsfähigkeit von Patienten und deren Angehörigen.

„Breaking bad news“ ist erlernbar und eine verbesserte Arzt-Patient-Kommunikation ist nicht nur ein Gewinn für die Patienten, sondern genauso für uns Ärzte und das Team. Im Zentrum des Kurses steht die aktive theoretische und praktische Erarbeitung von Gesprächs- und Aufklärungskonzepten. An Hand von vorgegebenen Fällen werden Gespräche in praktischen Übungen mit trainierten feedback gebenden Simulationspatienten geübt und bearbeitet.

Der Kurs richtet sich an Ärztinnen und Ärzte aus Klinik und Praxis.



Referenten: *Frau Dr. med. Christine Klapp, Herr Prof. Dr. med. Jalid Sehouli*

Termin: *Freitag 26.03.2010
Samstag 27.03.2010*

Ort: *Ärztchamber Berlin*

Bitte melden sie sich an bei: *i.wegner@aekb.de*
(Die Teilnehmerzahl ist auf 20 begrenzt)

Fragen zum Inhalt: *Frau A. Mindel-Hennies*
Telefon 030/40806-1403, *a.mindel-hennies@aekb.de*

Gesundheit in der Illegalität

Untersuchungen haben gezeigt, dass Menschen, die in prekären Situationen leben, stärker von Krankheit betroffen sind und eine niedrigere Lebenserwartung haben als Menschen mit höherem Einkommen und belastbarem Status. Das gilt ganz besonders für Menschen, die in der so genannten Illegalität leben. Menschen ohne einen gesicherten Aufenthaltsstatus sind zwar überwiegend jung und gesund, aber: Zu den belastenden Situationen, die zum Verlassen der Heimat geführt haben, kommen zum Teil extreme Situationen auf dem Weg in ihr Zielland. Die Bilder und Geschichten der Boat people, die mit untüchtigen Booten über das Mittelmeer fahren sind aus den Medien bekannt. Menschen ohne Papiere erleben hier schnell, wie wenig Rechte sie haben, wenn sie zum Beispiel nach getaner Arbeit um den vereinbarten Lohn geprellt werden. Bei ihnen geht die Angst vor Entdeckung und Ausweisung immer mit, je schwieriger der Weg hierher war umso mehr.

Diese Angst, das Empfinden von Ohnmacht, das Gefühl der Unfähigkeit, sich und die Familie zu ernähren und zu beschützen, erzeugen einen Dauerdruck, der physisch und psychisch krank macht oder zu einer Retraumatisierung führen kann.

Dazu kommt, dass Menschen ohne Papiere Angst haben, wegen einer Krankheit entdeckt und ausgewiesen zu werden. Wer wenig oder kein Geld hat oder wer befürchtet, sein Geld könnte nicht ausreichen oder schon erlebt hat, dass er wegen der fehlenden Chipkarte in einer Arztpraxis abgewiesen wurde, vermeidet im Krankheitsfall den Arztbesuch. Er wartet, ob die Beschwerden von selbst vergehen, hofft über Nacht zu genesen.

Die Malteser Migranten Medizin (MMM) ist ein Projekt des Malteser Hilfsdienstes, der sich durch seinen christlich-humanitären Hintergrund zur Hilfe für benachteiligte Menschen verpflichtet sieht. In Berlin wurde das Pilotprojekt vor neun Jahren gestartet, um allen Menschen ohne Krankenversicherung eine Anlaufstelle zu geben. Inzwischen gibt es diese Einrichtung elfmal in Deutschland.

Die MMM Berlin ist eine fast normale allgemeinmedizinische Praxis und Schwangerschaftsberatungsstelle mit offenen Sprechstunden an drei Tagen in der Woche. Außerdem arbeiten hier fünf weitere medizinische Fachrichtungen zusammen: Gynäkologie und Schwangersprechstunde, Neurologie und Psychiatrie, Pädiatrie und Zahnheilkunde. In die Sprechstunden kommen Menschen, die

seit Tagen hohes Fieber, Lungenentzündung oder Brustschmerzen haben, mit Tumoren, die bereits durch die Haut nach außen durchgebrochen sind, Jugendliche, die sich kaum mehr auf den Beinen halten können vor Schwäche und Übelkeit wegen unerkannter Zuckerkrankheit, Menschen allen Alters mit Abszessen, Frakturen, Wunden oder mit Zahn-, Ohren- oder Bauchschmerzen seit mehreren Tagen. Es kommt ein Mann mit blutender Wunde, eine Fingerkuppe mit dem Messer abgeschnitten, ein kleines Kind mit eitriger Fußsohle, tief eingetreten eine Glasscherbe, eine schwangere Frau, glücklich über das Kind, aber voller Angst vor der Zukunft. Wer tagelang Schmerzen hat, wer sieht, dass er seiner Mutter, seiner Frau oder seinem Kind nicht helfen kann, der ist verzweifelt.

Je nach Krankheitsbild werden die Patienten in der Praxis direkt behandelt oder an niedergelassene Ärzte oder Psychologen, ins Krankenhaus, an andere Beratungsstellen oder wohin sonst notwendig überwiesen. Es ist sicher gestellt, dass in diesem Netzwerk keine Übermittlungspflicht besteht. Bei MMM geht es nicht vorrangig darum, dass die Behandlung kostenlos ist, sondern dass der Patient überhaupt eine Anlaufstelle hat, die er angstfrei aufsuchen kann, und dass er in dem medizinisch notwendigen Umfang eine Behandlung bekommt. An den entstehenden Kosten, die der Malteser Hilfsdienst aus Spenden finanziert, beteiligt er sich im Rahmen seiner finanziellen

Möglichkeiten. Das kann natürlich auch gar nichts – also kostenlos – sein. Nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylBLG) haben Asylbewerber, Geduldete und Illegale verkürzt gesagt einen Anspruch auf Behandlung bei akuten Krankheiten, Schwangerschaft oder Unfällen. Für Asylbewerber oder Geduldete ist das eine gute Möglichkeit in medizinische Behandlung zu gelangen. Anders bei Menschen ohne Aufenthaltsstatus. Hier verhindert die Übermittlungspflicht der Sozialämter an die Ausländerbehörde die Inanspruchnahme. Das Sozialamt wird den Schein für eine ambulante Behandlung zwar ausstellen, wird der Ausländerbehörde aber melden, dass es Kenntnis über einen illegalen Aufenthalt hat. Das kann zur Ausweisung des Betroffenen oder seiner ganzen Familie führen.

Anders sieht es aus bei einer Notfallbehandlung im Krankenhaus. Durch die Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz vom 18.09.2009 müssen Menschen ohne Aufenthaltsstatus, die als Notfälle in das Krankenhaus eingewiesen werden bzw. sich selbst dorthin begeben, keine Angst vor Aufdeckung ihres Status bzw. drohender Abschiebung aufgrund der Übermittlung ihrer Daten durch die Abrechnungsstellen der Krankenhausverwaltung oder auch des Sozialamts an die Ausländerbehörden haben. Ferner ist ein verlängerter Geheimnisschutz vorgesehen: Damit ist klargestellt, dass auch die Abrechnungsstellen der Krankenhausverwaltungen zum schweigepflichtigen Personenkreis gehören.

Obwohl bereits einiges positiv verändert wurde, gibt es noch manches, was noch erreicht werden kann und muss: Mit der Malteser Migranten Medizin gibt es in Berlin und anderen Städten eine Arztpraxis, in der Menschen ohne sicheren Aufenthaltsstatus medizinische Behandlung bekommen können. Dieses Angebot kann jedoch nicht flächendeckend ausgebaut werden, da die Praxen aus Spenden finanziert werden müssen und die Mitarbeiter ehrenamtlich arbeiten.

Dr. med. Adelheid Franz
Ärztliche Leiterin der Malteser Migranten Medizin in Berlin

Neue Perspektiven in Berlin?

Das Problem der medizinischen Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus (Illegalisierten) rückt nach und nach in den Fokus der Politik – im Bund genauso wie im Land Berlin. Trotz punktueller Verbesserungen sind Illegalisierte von einer gefahrlosen Gesundheitsversorgung ausgeschlossen und können daher dauerhafte gesundheitliche Schäden erleiden.

Mit den neuen allgemeinen Verwaltungsvorschriften (VerwV) zum Aufenthaltsgesetz (AufenthG) ergeben sich zumindest bei der Notfallbehandlung von Illegalisierten wesentliche Veränderungen. Grundsätzlich wird es ihnen durch die Meldepflicht des § 87 AufenthG immer noch unmöglich gemacht, gefahrlos Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz in Anspruch zu nehmen. Jedoch wird nun klar gestellt, dass auch Verwaltungsangestellte von Krankenhäusern unter die ärztliche Schweigepflicht fallen, somit durch den verlängerten Geheimnisschutz auch die Sozialämter keine Daten an die Ausländerbehörde weitergeben dürfen. Eine gefahrlose Notfallbehandlung von Menschen ohne Papiere in Krankenhäusern scheint daher nun rechtlich möglich.

In der Praxis ist vor allem die Frage noch ungeklärt, wie die Abrechnung zwischen Krankenhäusern und Sozialämtern geregelt wird. Schließlich müssen sich die zur Notfallbehandlung verpflichteten Krankenhäuser darauf verlassen können, dass die entstandenen Kosten tatsächlich erstattet werden.

Während also bei der Notfallbehandlung punktuelle Verbesserungen möglich erscheinen, bleibt Illegalisierten der Zugang zu einer ambulanten oder regulären medizinischen Versorgung durch § 87 AufenthG weiterhin versperrt. Dadurch entstehen gesundheitliche Schäden: Krebserkrankungen werden zu spät erkannt, bei chronischen Leiden entstehen Folgeschäden, Infektionskrankheiten werden nicht ausreichend therapiert, Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen nicht durchgeführt. Um eine Arztpraxis aufsuchen zu können, müssen die Betroffenen auch in Zukunft zunächst einen Krankenschein beim Sozialamt beantra-

gen. In diesen Fällen sind die Sozialämter unverändert verpflichtet, Daten an die Ausländerbehörden zu übermitteln – mit der Folge einer drohenden Abschiebung. Mit den neuen VerwV entsteht somit eine absurde Situation: Die Vorstellung beim niedergelassenen Arzt (mit zuvor beim Sozialamt eingeholten Krankenschein) kann nicht gefahrlos erfolgen. Entstehen durch die fehlende Versorgung jedoch Komplikationen, ist die Behandlung im Krankenhaus möglich. Der Gesetzgeber verhindert faktisch die einfache und kostengünstige Therapie zum Beispiel eines Bluthochdruckes, erlaubt aber beim dadurch ausgelösten Schlaganfall eine aufwendige intensivmedizinische Behandlung.

So lange die Übermittlungspflicht nach § 87 AufenthG besteht, ist deshalb auf lokaler Ebene die Einführung eines anonymen Krankenscheins sinnvoll, um auch ambulante und nicht akute stationäre Behandlungen abzudecken. Das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe (Medibüro), das seit 1996 Illegalisierte an kooperierende Berliner Arztpraxen und Krankenhäuser vermittelt, hat daher das Konzept einer geschützten Vermittlung von Krankenscheinen ausgearbeitet. Darin ist vorgesehen, dass eine ärztlich geleitete Stelle die Bedürftigkeit prüft, anonymisierte Krankenscheine ausgibt und eine Lotsenfunktion für die weitere Gesundheitsversorgung übernimmt. Die Abrechnung der anonymisierten Krankenscheine wäre dann gefahrlos über das Sozialamt möglich.

Seit über einem Jahr finden regelmäßig Gespräche zwischen dem Medibüro und der Senatsverwaltung für Gesundheit statt, um Verbesserungen hinsichtlich der Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Papiere zu erzielen sowie die Möglichkeiten einer Umsetzung des

Anonymen Krankenscheins zu eruieren. Eine einheitliche Positionierung des Berliner Senats zu diesem Thema konnte jedoch bisher nicht erreicht werden. Von Seiten des Innensenats steht weiterhin die ordnungspolitische Sicht im Vordergrund.

Über konkrete Verbesserungen in einzelnen Bereichen, wie der Duldungsregelung für Schwangere, wurde bereits in Berliner Ärzte 2/2009 berichtet. Leider ergeben sich bei der Umsetzung vielfach neue Probleme.

Schwangere, die in Berlin drei Monate vor der Geburt eine Duldung beantragen und unerlaubt eingereist sind, fallen unter die Umverteilungsregelung nach § 15a AufenthG. Aufgrund der ausländerrechtlich festgeschriebenen Umverteilung von Flüchtlingen, Asylsuchenden und illegal Eingereisten zwischen den Bundesländern finden sich die Schwangeren dann in einem Bundesland wieder, in dem sie sich nicht auskennen und in dem eine Duldungsregelung wie in Berlin gar nicht besteht – schlimmstenfalls droht ihnen dann dort die Abschiebung. Der Senatsverwaltung für Inneres ist dieses Problem bekannt. Zurzeit wird geprüft, ob Schwangerschaft als zwingender Grund anerkannt werden kann, von einer Umverteilung abzusehen.

Grundsätzlich ist eine suffiziente Gesundheitsversorgung aus medizinischer Sicht in Parallelstrukturen – wie derzeit durch die Medibüros und die Malteser Migranten Medizin organisiert – nicht zu leisten. Die Verwirklichung eines Menschenrechtes kann nicht vom unentgeltlichen Engagement einer Berufsgruppe abhängig gemacht werden. Die medizinische Versorgung muss unabhängig vom Aufenthaltsstatus das gesamte medizinische Spektrum umfassen, von der Hausarztbehandlung bis zur Intensivstation. Die Teilnahme der Berliner Ärztinnen und Ärzte an der beiliegenden Befragung ist sinnvoll und notwendig, um den Handlungsbedarf zu dokumentieren.

Burkhard Bartholome, Jessica Groß, Elène Misbach
Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin

Gesundheitsprobleme und medizinische Versorgung Illegalisierter

Wie viele Menschen in Deutschland ohne legalen Aufenthaltsstatus leben ist unklar. Aus verschiedenen nachvollziehbaren Gründen existiert keine Statistik, die das tatsächliche Ausmaß erfasst. Neueste Schätzungen gehen davon aus, dass 200.000 bis 400.000 „Menschen ohne Papiere“ in Deutschland leben (Weltwirtschaftsinstitut, Hamburg 2009). Noch unklarer ist, wie sieht es generell um den Gesundheitsstatus und um die medizinische Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus aus? Gesicherte Erkenntnisse zur gesundheitlichen Lage sind in Deutschland kaum verfügbar (11). In einigen Städten in Deutschland wurden zwar Daten und Informationen erhoben, die Rückschlüsse auf die Lebenssituation von Menschen ohne Papiere und auf spezifische Probleme beim Zugang zur Gesundheitsversorgung ermöglichen, aber hier handelt es sich meistens um sozialwissenschaftliche qualitative Studien, um Praxisbeispiele oder um quantitative Analysen mit geringer Studienpopulation, deren Ergebnisse nicht als repräsentativ angesehen werden können (1,2,3,8,9,13,15). Es fehlen verlässliche Daten über Zugang, Umfang der Inanspruchnahme, Gesundheitszustand und demographische Merkmale.

Ärzt/innen der Malteser Migranten Medizin in Köln berichten, dass viele erst bei ernststen Beschwerden oder in einem fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung medizinische Hilfe in Anspruch nehmen. Notwendige Vorsorgeuntersuchungen oder frühzeitige Behandlungen können dementsprechend nicht durchgeführt werden (3). Fallbeispiele zeigen Verschlimmerung von Krankheitsverläufen aus Angst vor Aufdeckung (5). Weitere Hindernisse beim Zugang zu medizinischer Versorgung hat eine Umfrage, die die Ärzte der Welt zum Thema „Zugang zu medizinischer Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus in Europa“ 2008 durchführte, ermittelt. Dort wurden 2118 irreguläre Migrant/innen in 11 europäischen Ländern befragt. Neben der Angst vor Anzeigen und Verhaftungen, wurden administrative Schwierigkeiten, Kosten und Diskriminierungen genannt (10). Da in den unterschiedlichen Ländern auch unterschiedliche gesetzliche Regelungen bestehen, ist es fraglich, ob die Ergebnisse dieser Studie auch auf Deutschland übertragen werden können.

In Hamburg wurde kürzlich eine Studie durchgeführt, in der 69 Ärzte und Zahn-

ärzte befragt wurden, die im Netzwerk der Medizinischen Vermittlungs- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrant/innen aktiv sind. Die Untersuchung ermittelte, dass mehr als die Hälfte der befragten Ärzt/innen mehr als einmal im Monat Migrant/innen ohne Krankenversicherung behandelt und die Behandlung meistens unentgeltlich erfolgt. Trotz geringer Rücklaufquote und begrenzter Repräsentativität weisen die Ergebnisse auf Probleme der Kostenübernahme und die Notwendigkeit eines verbesserten Zugangs zu medizinischer Versorgung für Migrant/innen ohne Papiere hin (9).

Die Malteser Migranten Medizin in Köln berichtet, dass Patienten mit einem weiten Spektrum von Krankheitsbildern die Praxis aufsuchen, der Gesundheitszustand der nicht versicherten Migrant/innen im Vergleich zu ihren versicherten Patienten schlechter bewertet wurde und viele von ihnen eine kontinuierliche Behandlung benötigen (3). In einer Untersuchung weist Castañeda auf Versorgungsdefizite bei seelischen Gesundheitsproblemen für irreguläre Migrant/innen hin und bei der Versorgung bei Schwangerschaft und Geburt.

Obwohl Migrantinnen „ohne Papiere“ bei Schwangerschaft und Geburt Leistungen zustehen, zeigt eine Untersuchung, dass ein irregulärer Status zu Einschränkungen in der Qualität und Quantität der Versorgung für Mütter und Säuglinge führt (5). Dies hat natürlich auch gesundheitsökonomische Auswirkungen. In einem Fallbeispiel zeigt Kentenich auf, dass auf Grund einer verzögerten Behandlung bei einer Schwangeren sich die stationären Behandlungskosten auf ca. 28.000.- Euro beliefen (7).

Die unsichere Lebenssituation und der erschwerte Zugang zur medizinischen Versorgung können außerdem zu einem spezifischen Risikoprofil führen. So stellt zum Beispiel die Nichtbehandlung von Infektionskrankheiten für die betroffenen irregulären Migrant/innen selbst aber auch für andere eine Gefahr dar (14). Geringe Kenntnisse zu Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten und Übertragungswegen von Infektionskrankheiten stellten Studienergebnisse bei irregulären Migrant/innen fest (10,12).

Nicht nur im Sinne des Gesundheitsschutzes sondern auch aus humanitärer und rechtlicher Perspektive ist ein verbesserter Zugang zu medizinischer Versorgung für irreguläre Migrant/innen dringend nötig, denn in verschiedenen internationalen Konventionen ist das Recht auf Gesundheit verankert. Ziel dieser Befragung ist es daher, mehr Transparenz über die medizinische Versorgung und über Gesundheitsprobleme dieser schwer zugänglichen Gruppe in Berlin zu schaffen. Die Ergebnisse sollen helfen, Ärztinnen und Ärzten, Politik, Selbstverwaltung und Unterstützerinitiativen praxisnahe Argumente für eine Verbesserung der gegenwärtigen unbefriedigenden Situation an die Hand zu geben.

Dr. Monika Hey, MPH
Berlin School of Public Health Charité –
Universitätsmedizin Berlin

Prof. Dr. Theda Borde, MPH
Alice Salomon Fachhochschule

Literaturliste in der Redaktion.

Liebe Leserinnen und Leser,

die gesundheitliche Situation von Menschen ohne legalen Aufenthaltstatus (so genannte Illegalisierte) ist häufig dramatisch. Der Grund ist einfach: Wer Angst vor Abschiebung hat, geht bei gesundheitlichen Problemen zu spät oder überhaupt nicht zum Arzt. Wie viele dieser Patientinnen und Patienten in Berlin leben, wissen wir nicht – ebenso wenig mit welchen Beschwerden sie kommen und welche besonderen Probleme es bei der Behandlung gibt. Für Ärztinnen und Ärzte ist die Behandlung solcher Patienten häufig mit vielen Unsicherheiten und Schwierigkeiten verbunden – auch wenn wir in Berlin glücklicherweise inzwischen mehr Rechtsicherheit haben. Um die Situation von Patienten ohne legalen Aufenthaltstatus und deren behandelnden Ärzten besser erfassen und in der Folge verbessern zu können, unterstützt die Ärztekammer Berlin diese Fragebogenaktion, die zusammen mit der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz sowie Wissenschaftler/-innen der Berlin School of Public Health und der Alice Salomon Schule Berlin entwickelt wurde.

Wenn Sie also in einer Praxis, einem MVZ oder einer Rettungsstelle Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus medizinisch behandeln, möchte ich Sie herzlich bitten, sich 10 bis 15 Minuten Zeit für den Fragebogen auf der gegenüber liegenden Seite zu nehmen. Teilen Sie uns Ihre Erfahrungen bei der ambulanten Versorgung von Menschen ohne Papiere anonym mit. Die meisten Angaben werden nur auf Schätzungen beruhen können. Aber auch solche Schätzungen sind für die Erhebung wichtig. Das gewonnene Datenmaterial soll helfen, Ärztinnen und Ärzten, Politik, Selbstverwaltung und Unterstützerinitiativen praxisnahe Argumente für eine Verbesserung der gegenwärtigen immer noch unbefriedigenden Situation an die Hand zu geben.

Bitte beachten Sie bei der Ausfüllung des Fragebogens, dass alle Bürger aus den EU-Ländern* in der gesamten EU Freizügigkeitsrechte besitzen und demzufolge nicht unter den Aufenthaltstatus „illegal“ fallen. Der Fragebogen betrifft daher nur die medizinische Versorgung von Menschen, die aus anderen Staaten („Drittstaaten“) kommen und ohne Aufenthaltserlaubnis in Deutschland leben. Bürger aus den neuen EU-Beitrittsländern ohne ausreichenden Krankenversicherungsschutz sind also nicht Gegenstand dieses Fragebogens.

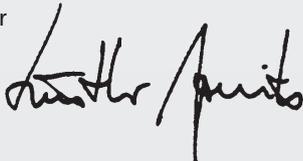
Unsere bisherigen Bemühungen und die von vielen Unterstützerorganisationen zur Verbesserung der Situation der Menschen ohne Papiere waren nicht umsonst. Das zeigt die aktuelle Klarstellung der Politik zur Meldepflicht. Der „verlängerte Geheimnisschutz“ für Krankenhäuser und Sozialämtern verhindert jetzt anders als früher bei einem Krankenhausaufenthalt die Meldung an die Ausländerbehörde. Das zeigt, beharrliche politische Arbeit kann erfolgreich sein. Darüber sollten wir uns freuen. Es wird uns gleichzeitig motivieren, uns weiterhin energisch für die noch ungelösten Probleme bei der medizinischen Versorgung dieser Menschen einzusetzen.

Bitte unterstützen Sie uns deshalb bei diesem Projekt und nehmen sich einige Minuten Zeit, um den Fragebogen auszufüllen und möglichst umgehend per Fax oder Post anonym an die Ärztekammer zurück zu schicken. Die eingehenden Faxe werden vor der weiteren Bearbeitung von der Kammer nachanonymisiert.

Über die Ergebnisse der Befragung werden wir Sie selbstverständlich in BERLINER ÄRZTE und auf der Homepage der Ärztekammer Berlin informieren.

Herzlichen Dank für Ihre Bemühungen.

Ihr



Dr. med. Günther Jonitz

Präsident der Ärztekammer Berlin

* EU- Mitgliedstaaten in alphabetischer Reihenfolge

Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Zypern.

FRAGEBOGEN

zur medizinischen Behandlung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus

(im Folgenden „Illegalisierte“ genannt)

1. Wie viele Illegalisierte **ohne** Krankenversicherung behandeln Sie ungefähr pro Jahr?
 Männer _____ Frauen _____ Kinder _____
2. Wie viele Patienten/-innen **ohne** Krankenversicherung, die **nicht** zur Gruppe der Illegalisierten gehören, behandeln sie sonst noch ungefähr pro Jahr? _____
3. In welcher Altersgruppe befinden sich die meisten Illegalisierten in Ihrer Praxis?
 bis 18 J. 19 – 30 J.
 31– 50 J. über 50 J.
4. Mit welchen Anliegen/Beschwerden kommen Illegalisierte zu Ihnen?
- | | eher selten | eher häufig | nie |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Notfälle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| akute Erkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| chronische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| bösartige Erkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infektionskrankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schwangerschaft/Geburt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| psychische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
5. Welches sind die drei häufigsten Diagnosen (Krankheitsbilder) bei Illegalisierten?
 1. _____
 2. _____
 3. _____
6. Wie kommen die Illegalisierten zu Ihnen?
- | | eher selten | eher häufig | nie |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| durch Vermittlungsstellen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Überweisung durch anderen Arzt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Freunde/Verwandte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| von alleine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
7. Wie behandeln Sie Illegalisierte?
- | | eher selten | eher häufig | nie |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Behandlung in der Praxis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Behandlung im MVZ | | | |
| Behandlung in der Rettungsstelle | | | |
| Überweisung an Facharzt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Überweisung an Klinik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Weitervermittlung an andere Stelle(n) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- welche? _____
8. Welche Besonderheiten/Probleme zeigen sich bei der Behandlung/Versorgung von Illegalisierten im Vergleich zu Ihren anderen Patienten/-innen?
9. Was ist bei der Behandlung von Illegalisierten für Sie besonders problematisch?
 1. _____
 2. _____
 3. _____
10. Woher bekommen Sie in schwierigen Fällen bei der Versorgung Illegalisierter Unterstützung?
 (Mehrfachnennung möglich)
- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| keine | <input type="checkbox"/> |
| einschlägige Hilfsorganisationen | <input type="checkbox"/> |
| KV | <input type="checkbox"/> |
| Ärztékammer | <input type="checkbox"/> |
| Krankenhaus | <input type="checkbox"/> |
| Niedergelassene/r Kollege/in | <input type="checkbox"/> |
| andere Stellen | <input type="checkbox"/> |
- welche? _____
11. Wo sehen Sie im Hinblick auf die medizinische Versorgung Illegalisierter Handlungsbedarf?
 (Mehrfachnennung möglich)
- | | |
|-------------------|--------------------------|
| Krankenhausträger | <input type="checkbox"/> |
| Politik | <input type="checkbox"/> |
| Ärztékammer | <input type="checkbox"/> |
| KV | <input type="checkbox"/> |
| sonstige | <input type="checkbox"/> |
- wo? _____
12. Wo arbeiten Sie?
 Praxis
 MVZ
 Rettungsstelle
13. Bitte geben Sie Ihre Facharztbezeichnung an:

14. Sonstige Bemerkungen/ Fragen/Anregungen:

Bitte den ausgefüllten Fragebogen per Fax Nr. 40806-3499 oder per Post möglichst umgehend an die Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin zurück senden.

Die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung Illegalisierter im Blick

Von Dr. Benjamin-Immanuel Hoff

Berlin ist als Drehscheibe zwischen Ost und West, als größte Stadt der Bundesrepublik Deutschland sowie aufgrund seiner spezifischen Struktur der Prototyp einer Einwanderungsstadt. Der Diskurs um die Frage, ob Deutschland ein Einwanderungsland sei geht daher an der sozialen Realität der Stadt vorbei, diese Frage ist für Berlin längst entschieden.¹

Wenn über Migration und Einwanderung in Berlin gesprochen wird, geht es folglich keineswegs um eine zu vernachlässigende gesellschaftliche Minderheit, sondern um einen erheblichen Teil der Stadtbevölkerung. Allein die Zahl der gemeldeten Einwohner/-innen Berlins, die nicht über die deutsche Staatsbürgerschaft verfügen, liegt bei einem Anteil von 14 %.

Über den Umfang nicht legaler Migration generell und in Berlin liegen naturgemäß keine verlässlichen Zahlenangaben vor, da sich diese Form der Zuwanderung einer statistischen Erfassung entzieht. Die in der Öffentlichkeit diskutierten Zahlenangaben unterliegen wiederum erheblichen Schwankungen, sind vielfach wenig fundiert und aufgrund ihrer Ungenauigkeit sowie des gesellschaftlich umstrittenen Hintergrundes geeignet für politische Instrumentalisierungen.

So ungewiss wie die Zahl und genaue Herkunft der Berliner/-innen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität, sind auch die Erkenntnisse über die Einwanderungsmotive und die Wege sowohl nach Deutschland als auch in die ‚Illegalität‘. Sicher ist jedoch, dass nicht legale Migrant/-innen weder eine homogene Gruppe darstellen noch grundsätzlich bereits als sogenannte



Illegale nach Deutschland kommen. Zu ‚Illegalen‘ werden Arbeitsmigrant/-innen, Flüchtlinge, die Schutz vor Verfolgung oder

Kriegen suchen, aber kein Asyl erhalten, Kinder und ältere Menschen, die bei ihren in Deutschland ansässigen Familien leben wollen, sowie Studierende und Au Pairs, die Bestimmungen in ihren Aufenthaltserlaubnissen verletzen oder länger bleiben als erlaubt, da sie Geld verdienen oder einfach weiterhin in Deutschland leben möchten. Es wird vermutet, dass die meisten von ihnen legal – als Studierende, Touristen, Au Pairs, Saisonarbeiter – nach Deutschland einreisen.

Darüber hinaus gibt es auch Menschen, die auf unterschiedlichen Wegen in die Illegalität sowie in entrechtete und gewaltförmige Verhältnisse gezwungen werden, sei es durch Menschenhandel, Prostitution, als gehandelte Ehefrauen oder Hausmädchen.

Da nicht-legale Zuwanderung einen nicht unerheblichen Teil der Migrationsrealität Berlins darstellt, sieht sich der Senat ausweislich des von ihm verabschiedeten Integrationskonzepts

„in der Verantwortung für diejenigen, die ohne Aufenthaltsstatus in unserer Stadt leben. Es ist ein wichtiger staatlicher Grundsatz zu verhindern, dass Ausländer nicht zur Illegalität ermuntert werden dürfen.

Andererseits hat der Staat die Aufgabe, aus

Illegalität entstehende soziale Probleme abzumildern und die Einhaltung der Menschenrechte auch für diesen Personenkreis zu sichern.“²

Der Senat vertritt deshalb das Ziel, dass in Berlin lebende Personen ohne Aufenthaltsstatus

„einen tatsächlichen Zugang zu all den Menschenrechten (erhalten), die als Jedermannsrechte bezeichnet werden. Dies schließt die grundgesetzlich verankerten Rechte auf die freie Entfaltung der Persönlichkeit, auf Leben und körperliche Unversehrtheit, auf Meinungsfreiheit, auf Vereinigung und Petition ein.“³

Da die Verfassung von Berlin zudem das Recht auf Bildung und auf angemessenen Wohnraum zu den universellen, für alle gültigen Rechten zählt, soll auch die Wahrnehmung dieser Rechte ohne ordnungspolitische Sanktionen möglich sein.⁴

Um diesen Anspruch des Integrationskonzeptes umzusetzen, hat die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz vor circa zwei Jahren begonnen, Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Personen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität einzuleiten.

Aus Sicht des Gesundheitssenats wird langfristig ein diskriminierungsfreier Zugang zur gesundheitlichen Basisversorgung angestrebt, dem derzeit jedoch bundesgesetzliche Hürden entgegenstehen. So verpflichtet die Übermittlungspflicht nach § 87 Aufenthaltsgesetz bundesweit u.a. die Sozialbehörden dazu, Erkenntnisse über den Aufenthalt von Menschen in der ‚Illegalität‘ an die Ausländerbehörden weiterzuleiten, es sei denn, diese Erkenntnisse stammen von einer Person, die der Schweigepflicht nach § 203 StGB unterliegt. Dies schränkt die Möglichkeit von Menschen in der ‚Illegalität‘, an der gesundheitlichen Basisversorgung aufgrund von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz teilzunehmen, erheblich ein. Vielfach wird deshalb erst im Notfall, nicht selten zu spät und in der Regel zu deutlich höheren medizinischen und gesundheitlichen Kosten ärztliche Behandlung in Anspruch genommen. Dieser Zustand ist weder gesundheitspolitisch noch humanitär tragbar.

¹ Senat von Berlin 2007, „Vielfalt fördern – Zusammenhalt stärken“. Das Berliner Integrationskonzept, Abghs.-Drs. 16/0715, S. 2.

² Senat von Berlin 2007, a.a.O., S. 83f.

³ Senat von Berlin 2008, Antwort auf die Große Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen über Menschen in Berlin ohne Aufenthaltsstatus (AGH-Drs. 16/0698), AGH-Drs. 16/1149, S. 3.

⁴ Senat von Berlin 2008, ebd.

In einem ersten Schritt wurde deshalb gemeinsam mit der Senatsverwaltung für Inneres und Sport eine Duldungsregelung für Schwangere in der ‚Illegalität‘ erlassen, mit denen diese Frauen drei Monate vor und nach der Geburt ohne Angst vor Abschiebung die notwendige medizinische Versorgung und Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz in Anspruch nehmen können.

In einem zweiten Schritt wurde klargestellt, dass für Krankenhäuser keine Übermittlungspflicht an die Ausländerbehörde besteht – eine Rechtsauffassung, in der sich der Senat nunmehr nach der Veröffentlichung der Allgemeinen Ausführungsvorschriften zum Aufenthaltsgesetz durch die Bundesregierung bestätigt sieht (siehe Kasten). Die jetzt bundesweit geltende Feststellung, dass sich Ärztinnen und Ärzte bei der Behandlung von ‚Illegalen‘ nicht strafbar machen, gehörte im Übrigen seit jeher zum Selbstverständnis Berliner Gesundheitspolitik.

Als weiteren Schritt sieht die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz die Einrichtung eines Runden Tisches vor, an dem gemeinsam mit Flüchtlingsorganisationen, Berliner Behörden sowie Akteuren des städtischen Gesundheitswesens ein ‚Berliner Modell

zum diskriminierungsfreien Zugang zur gesundheitlichen Basisversorgung für Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ erarbeitet werden soll. Zum Spektrum der Debatte eines solchen Berliner Modells gehört die Forderung nach einem „Anonymen Krankenschein“ ebenso wie die Erfahrungen anderer Kommunen (z.B. München und Frankfurt), die konkrete Praxis der MalteserMigrantenMedizin sowie die Sichtweisen der Ausländerbehörde, Ärztekammer und anderer Akteure.

Ein solches Berliner Modell kann und soll im besten Falle nicht allein die gesundheitliche Versorgung verbessern. Vielmehr soll über die flankierende Bereitstellung von ausländer- und sozialrechtlicher Beratung dazu beigetragen werden, dass Menschen in der ‚Illegalität‘ sich für die Legalisierung entscheiden, in Einzelfällen erfahren, dass sie gar nicht ‚illegal‘ sind, sowie die Möglichkeiten der Härtefallkommission und anderer Einrichtungen in Anspruch nehmen. Erfahrungsgemäß wird bis zu einem solchen Berliner Modell noch viel diskutiert und gestritten werden müssen. Doch sind die Modell-Konturen auch noch unscharf, besteht an seiner Notwendigkeit kein Zweifel. Der Fragebogen, der dieser Ausgabe des Berliner Ärztekammer-Magazins beiliegt, soll die Arbeit des

Runden Tisches unterstützen: Die Erfahrungen und Meinungen der Berliner Ärztinnen und Ärzte können uns dabei helfen, empirisch begründete Maßnahmen zur verbesserten gesundheitlichen Versorgung von ‚Illegalen‘ zu entwickeln. Eine zahlreiche Beteiligung durch die Ärztekammer-Mitglieder ist deshalb von großer Bedeutung.

Dr. Benjamin-Immanuel Hoff
Staatssekretär für Gesundheit, Umwelt
und Verbraucherschutz, Berlin

Rechtslage nach Veröffentlichung der Allgemeinen Ausführungsvorschriften zum Aufenthaltsgesetz (VV AufenthG) vom 18.9.2009:

- Öffentliche Stellen, dies sind grundsätzlich auch öffentliche Krankenhäuser oder Behörden im Gesundheitsbereich, haben die Ausländerbehörden zu unterrichten, wenn sie im Zusammenhang mit der Erfüllung ihrer Aufgaben von dem unerlaubten Aufenthalt eines Ausländers Kenntnis erlangen (§ 87 Abs. 2 AufenthG).
- Bereits das geltende Recht sieht jedoch zwei wichtige Ausnahmen von dieser Übermittlungspflicht vor:
 - Besondere gesetzliche Verwendungsregelungen stehen der Datenübermittlung an die Ausländerbehörden zwingend entgegen (§ 88 Abs. 1 AufenthG). Hierzu zählt namentlich die Schweigepflicht von Ärztinnen und Ärzten, Angehörigen eines anderen Heilberufs und deren berufsmäßig tätigen Gehilfen (§ 203 StGB). Die Allgemeine Verwaltungsvorschrift stellt nun klar, dass zu den berufsmäßig tätigen Gehilfen auch das mit der Abrechnung befasste Verwaltungspersonal von Krankenhäusern gehört. Diese Personengruppen dürfen also keine personenbezogenen Daten an die Ausländerbehörde übermitteln.
 - Öffentliche Stellen, die Daten von einem Schweigepflichtigen erhalten haben, dürfen diese Daten ebenfalls grundsätzlich (Ausnahmen: Gefährdung der öffentlichen Gesundheit oder Konsum harter Drogen) nicht mehr an die Ausländerbehörden übermitteln (sog. verlängerter Geheimnisschutz, § 88 Abs. 2 AufenthG). Daher dürfen z.B. die Sozialämter die ihnen von den Krankenhausverwaltungen übermittelten personenbezogenen Daten im Regelfall nicht mehr an die Ausländerbehörde weitergeben.
- Es gehört zu den beruflichen Verpflichtungen von Ärztinnen und Ärzten, Kranke zu behandeln. Ärztliches Handeln fällt daher nicht unter den Straftatbestand des § 95 AufenthG im Zusammenhang mit § 27 StGB (Beihilfe zum unerlaubten Aufenthalt).
- Ärztinnen und Ärzte haben einen rechtlich begründeten Anspruch auf Honorierung ihrer Leistung. Sie machen sich daher nicht strafbar, wenn sie für die Behandlung von Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität ein Honorar nehmen.

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin

Delegiertenversammlung senkt Kammerbeiträge

Bericht von der Delegiertenversammlung am 11. November 2009

Gute Nachrichten für die Mitglieder der Ärztekammer Berlin: Die Delegiertenversammlung senkt für das Jahr 2010 die Kammerbeiträge. Grund ist die verbesserte wirtschaftliche Lage der Kammer. Über alle Beitragsstufen hinweg werden die Beitragssätze um 0,05 Prozentpunkte gesenkt. Die Beitragsstufen 10 und 11 werden um 0,1 Prozentpunkte verringert. Zu Beginn der DV gedachten die Delegierten dem kürzlich verstorbenen Helmut Kewitz, der über viele Jahre in der Kammer ehrenamtlich tätig war.

Von Sascha Rudat

Dass die Kammerbeiträge gesenkt werden sollten, darüber waren sich alle Fraktionen einig. Nur über das Wie gab es in der Delegiertenversammlung am 11. November Diskussionen. Der vom Kammervorstand eingereichte Änderungsantrag der Beitragsordnung sah eine Absenkung um 0,05 Prozentpunkte vor (Beitragsstufen 10 und 11 minus 0,1 Prozentpunkte). Für die meisten Beitragsstufen bedeutete das eine Absenkung des Beitragssatzes auf 0,70 Prozent. Ein kurzfristig von Constanze Jacobowski (Fraktion Gesundheit) eingebrachter Änderungsantrag sah hingegen eine lineare Absenkung von 40 Euro über alle Beitragsstufen hinweg vor. Dadurch sollten insbesondere die niedrigeren Einkommensstufen stärker entlastet werden.

Peter Bobbert (Marburger Bund), stellvertretender Vorsitzender der Haushaltskommission, erläuterte, dass bereits im vergangenen Jahr die Beitragsstufen 2 und 3 beitragsfrei gestellt worden seien. Der Grundgedanke der Haushaltskommission sei gewesen, alle Mitglieder prozentual gleich zu entlasten. Die etwas stärkere Absenkung in den Beitragsstufen 10 und 11 begründete die Haushaltskommission damit, dass der Übergang zum höchsten Beitragssatz abgeflacht werden soll. Bei den betroffenen rund 2.500 Mitgliedern, die zu diesen Stufen gehören, handelt es sich vorwiegend um jüngere Ärzte, die so zusätzlich entlastet werden sollten.

Julian Veelken (Fraktion Gesundheit), der den Vorschlag von Constanze Jacobowski

unterstützte, nannte diese Entlastung „Klientelpolitik des Marburger Bundes“. Dem widersprach Harald Mau (Liste Allianz), der aber Jacobowskis Vorschlag als „sozial“ nachvollziehbar bezeichnete. Wolfgang Kreisler (Hausärzte) warnte davor, aus einer Stimmungslage heraus die bewährte Systematik der Beitragsordnung zu ändern. Kammerpräsident Günther Jonitz (Marburger Bund) betonte, dass sich die Beitragsordnung der Kammer um größtmögliche Gerechtigkeit bemühe. In der anschließenden Abstimmung wurde der Vorschlag von Constanze Jacobowski mehrheitlich abgelehnt. Der Vorstandsantrag wurde mehrheitlich bei 5 Gegenstimmen und 4 Enthaltungen angenommen.

Solider Haushalt

Möglich werden die Beitragssenkungen in Höhe von rund 624.000 Euro durch einen solide finanzierten Haushalt. Wie der kaufmännische Leiter der Kammer, Frank Rosenkranz, erläuterte, fielen im Wirtschaftsjahr 2008 die Einnahmen der Kammer mit rund 10,47 Millionen Euro um etwa 800.000 Euro höher aus als geplant. Dem gegenüber standen rund 80.000 Euro höhere Aufwendungen. Dank dieses positiven Ergebnisses konnte dem variablen Kapital etwas über eine halbe Million Euro zugeführt werden – statt einer geplanten Entnahme von rund 200.000 Euro. Auf Seiten der Aufwendungen waren unter anderem 304.000 Euro höhere



Personalkosten aufgrund von zusätzlichem Personal, Tarifsteigerungen und zusätzlich erforderlicher Mehrarbeit sowie struktureller Aufwendungen zu verzeichnen. Gleichzeitig musste weniger für Raumkosten, Bürobedarf und Betriebsmittel aufgebracht werden. Bei den Erträgen lagen die Beitragseinnahmen 318.000 Euro über dem Plan. Außerdem wurden 124.000 Euro mehr durch Zertifizierungen eingenommen, als vorsichtig geplant war.

„Wir können mit Freude mitteilen, dass wir ein gesundes Finanz- und Wirtschaftsfundament haben“, erklärte Schatzmeister Rudolf Fitzner und betonte, dass man immer die Strategie verfolgt habe, die Mittel, die man den Mitgliedern zurückgebe, zunächst einmal zur Verfügung haben sollte. Peter Bobbert stimmte Fitzners Ausführungen zu: „Die Zahlen sprechen für sich. Finanziell stehen wir sehr solide da. Dank an alle Mitarbeiter der Kammer.“ Die Haushaltskommission sei einstimmig zu der Empfehlung für die DV gekommen, den Jahresabschluss 2008 zur Kenntnis zu nehmen und den Vorstand zu entlasten. Julian Veelken schloss sich dem Dank an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an. Aber zunächst müsse man sich bei den Beitragszahlern bedanken. Gleichzeitig kritisierte er, dass die Risiken zu vorsichtig eingeschätzt worden seien.

Matthias Bloechle (Liste Allianz) zeigte sich verwundert über Veelkens Äußerungen. Bei der vorherigen DV im Sep-

tember sei bezüglich der Anlagestrategie der Berliner Ärzteversorgung der Vorwurf gekommen, es sei nicht vorsichtig genug gewirtschaftet worden.

Veelken erwiderte, dass die Kammer als Körperschaft des öffentlichen Rechts in Zeiten wie diesen nicht die Eigenkapitalquote auf Kosten der Beitragszahler erhöhen könne. Das sei bei der Ärzteversorgung etwas anderes.

Im Anschluss nahmen die Delegierten den Jahresabschluss zur Kenntnis und erteilten dem Vorstand einstimmig Entlastung.

Diskussionen um Koordinierungsstelle Weiterbildung

Für das laufende Jahr 2009 prognostizierte Frank Rosenkranz, dass die Erträge circa 300.000 bis 350.000 Euro über dem Plan liegen werden. Das voraussichtliche Ergebnis für 2009 werde eine schwarze Null sein. Daraufhin erläuterte er den Wirtschaftsplan 2010. Voraussichtlich würden die Aufwendungen im kommenden Jahr um circa 300.000 Euro steigen. Trotz der Absenkung der Beiträge werde in der Planung mit einer erwarteten Steigerung von etwa 470.000 Euro gegenüber der Vorjahresplanung gerechnet. Gleichwohl müsse man aber insgesamt von einer Unterdeckung ausgehen.

Rosenkranz empfahl im Jahr 2009 noch einmal eine Sondertilgung von 500.000 Euro. Wenn keine Sondertilgung vorgenommen würde, sollte die Liquidität gestärkt werden, da umfangreiche Rückstellungen bestünden. Im Ergebnis seien die Rückstellungen bereits berücksichtigt.

Rudolf Fitzner bat im Anschluss die Haushaltskommission um eine Stellungnahme zum Wirtschaftsplan. Peter Bobbert konzentrierte sich in seiner Darstellung auf den Stellenplan. Er erläutert die Zunahme der Stellen um 3,5. Zwei Stellen ergeben sich aus der Tatsache, dass die Ärztliche Stelle Qualitätssicherung nun doch bei der Ärztekammer verbleibe. Über die halbe Stelle für die Koordinierung der Weiterbildung der Allgemeinmedizin gab es eine umfassende Diskussion.

Es gebe keine abschließende Stellungnahme von der Haushaltskommission.

Die Delegiertenversammlung solle die Notwendigkeit der Einrichtung dieser halben Stelle ausführlich diskutieren. Vorstandsmitglied Vittoria Braun erläuterte die Dringlichkeit dieser Stelle. Man müsse die Allgemeinmedizin in nächster Zeit extrem stärken. „Die Anforderungen an das Fach steigen um 20 bis 30 Prozent. 42 Prozent der Allgemeinmediziner gehen in den nächsten zehn Jahren in Rente“, warnte Braun. Es gebe einen sehr großen Nachholbedarf.

Wolfgang Kreisler sagte daraufhin, dass er den dringenden Handlungsbedarf genauso sehe, aber die inhaltliche Ausgestaltung zuerst erfolgen müsste. Kammergeschäftsführer Michael Hahn betonte, dass die konkrete Ausgestaltung erfolgen werde. Seitens der DV sei es aber notwendig, mit dem Wirtschaftsplan für das Jahr 2010 die Rahmenbedingungen hierfür zu schaffen. Kammerpräsident Jonitz ergänzte, die inhaltliche Ausge-

staltung der Stelle sei nicht Gegenstand der DV.

Bei der anschließenden Abstimmung wurde der Wirtschaftsplan 2010 einstimmig angenommen.

Nachbesetzung Menschenrechtsausschuss

Einstimmig beschlossen wurden zwei Nachbesetzungen im Ausschuss für Menschenrechtsfragen. Nach dem Tod von Kurt Samuel und dem Ausscheiden von Sonja Süß wurden Renate Rusczyński und Hans Jochen Fink gewählt. Der anwesende Hans Jochen Fink bedankte sich für die Wahl und stellte sich kurz vor.

Ebenfalls einstimmig angenommen wurde die Vorschlagsliste zur Wahl der Weiterbildungsprüfer und der 1. Nachtrag zur Satzung der Lebendspendekommission. Mit diesem werden einige Regelungsdefizite ausgeglichen. srd

ANZEIGEN

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 besp. wurden, können im **Online-Veranstaltungskalender** auf der Homepage der Ärztekammer unter www.aerztekammer-berlin.de (im Portal „Ärzte“/„Fortbildung“/„Fortbildungskalender“) recherchiert werden. Hier sind auch – soweit verfügbar – nähere Informationen zu

Unterthemen und Referenten sowie die Fortbildungspunktzahl und Kontaktdaten hinterlegt. Der Fortbildungskalender 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
■ 11.01.–20.01.2010 (Kursteil C1) 20.01.–29.01.2010 (Kursteil C2)	Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr Kurs C, 920 € Kurse C1, C2: jeweils 460 €	60 P pro Kursteil
■ Teil D: Motivierende Gesprächsführung 05.02.–06.02.2010	Veranstaltungsreihe der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Suchtakademie Berlin- Brandenburg zum Erwerb der Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“	DRK Kliniken Berlin Mitte Haus E Drontheimer Str. 39–40 13359 Berlin	Information: Ärztekammer Berlin Tel.: 40806-1301 und 40806-1303 Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 130 € je Kursteil (Ermäßigung für arbeitsl. Ärzte, PJ-Studenten und Arzthelferinnen möglich)	15 P pro Teil
■ 22.02.–24.02.2010	Grundkurs im Strahlenschutz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 250 €	21 P
■ 24.02.–26.02.2010 26.02.2010	Spezialkurs im Strahlenschutz – bei der Röntgendiagnostik – bei Computertomographie	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: Spezialkurs Röntgendiagnostik: 220 € Spezialkurs CT: 70 €	20 P (Spezialkurs Röntgendiagnostik) 5 P (Spezialkurs CT)
■ 04.03.– 06.03.2010 18.03.– 20.03.2010	40-Stunden-Kurs für Qualitätsbeauftragte in der Hämotherapie gemäß der Richtlinie der BÄK zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1401, Frau Drendel E-Mail: r.drendel@aekb.de Anmeldung erforderlich, Teilnehmergebühr: 750 €	40 P
■ 19.03.2010	Theorie und Praxis der Psychometrie und Perimetrie bei arbeits- und verkehrsmedizinischen Untersuchungen	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 60 €	5 P
■ 19.03.–20.03.2010	Verkehrsmedizinische Begutachtung – Qualifizierung gemäß Fahrerlaubnisverordnung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 250 €. Kombipreis für „Verkehrsmedizinische Begutachtung“ und „Theorie und Praxis der Psycho- und Perimetrie“: 290 €.	16 P
■ 26.03.–27.03.2010	Breaking Bad News (weitere Informationen s. S. 20)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1402/ -1403 Anmeldung erforderlich Per E-Mail an i.wegner@aekb.de Teilnahmegebühren: 200 €	17 P
■ 04.–05.06.2010 25.–26.06.2010 02.–03.07.2010	Strukturierte curriculäre Fortbildung: Grundlagen der medizinischen Begutachtung, 3 Module (weitere Informationen s. S.9)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1203 E-Mail: begutachtung@aekb.de Anmeldung erforderlich Gebühren: 400 €	10 P pro Modul

Weiterbildungskurs Allgemeinmedizin zum Facharzt für Allgemeinmedizin (nach WbO 1994 – 3) Kursreihe 14 vom 10.02.2010 – 20.10.2010

Kursleitung: Dr. J. Dölling
Termine: jeweils mittwochs 19.00 – 21.15 Uhr
 10.02.10, 17.02.10, 03.03.10, 17.03.10, 14.04.10, 28.04.10,
 12.05.10, 26.05.10, 16.06.10, 30.06.10, 15.09.10, 29.09.10,
 06.10.10, 20.10.10
Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Gesamtgebühr: 128,- Euro
Information und Anmeldung: Telefon: 030/40806-1203;
 E-Mail: a.hellert@aekb.de

Weiterbildungskurs Pädiatrie zum Facharzt für Allgemeinmedizin (nach WbO 1994 – 3)

Der Kurs ist Bestandteil der 5-jährigen Weiterbildung Allgemeinmedizin (Ersatz für ein halbes Jahr Kinderheilkunde) und setzt sich zusammen aus:
 1.) 9 Stunden Theoriekurs; 2.) 40 Stunden Hospitation in einer Kinderarztpraxis; 3.) 60-stündige Teilnahme am Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung

Theoriekurs: jeweils donnerstags 19.00 – 21.15 Uhr
Termine: 10.12.2009, 17.12.2009 und 14.01.2010
Ort: Ärztekammer Berlin, Seminarraum, Friedrichstr. 16,
 10969 Berlin
Gesamtgebühr: 550,- Euro (inkl. 40-stündige Hospitation)
Information/Anmeldung: Telefon: 40806-1203, E-Mail: a.hellert@aekb.de

Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

Der 200 Stunden-Weiterbildungskurs Qualitätsmanagement nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité im Frühjahr 2010 als Kompaktkurs innerhalb von drei Monaten veranstaltet. Die drei intensiven Wochen der Präsenzphase werden durch eine 50-stündige Phase des Selbststudiums ergänzt. Ärzte haben die Möglichkeit, durch die Teilnahme an diesem Weiterbildungskurs und an einer anschließend erfolgreich abgelegten Prüfung vor der Ärztekammer Berlin die Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ zu erwerben.

Termine: Präsenzwoche 1: 22.02.2010 bis 27.02.2010 / Woche 2: 19.04.2010 bis 24.04.2010 / Woche 3: 31.05.2010 bis 05.06.2010 (jeweils montags bis freitags von 9 bis 19 Uhr und samstags von 9 bis 16 Uhr)

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Weitere Informationen erhalten Interessenten:
 telefonisch unter Tel.: 408 06-1207 (Organisatorisches) und Tel.: 40 806-1400 (Frau Markl-Vieto, Inhaltliches) oder per E-Mail: QM-Kurs2010@aekb.de



„Medizin und Ökonomie“ Fortbildungsseminar (45 Std.)

**1. bis 5. März 2010
Bundesärztekammer Berlin**

Das Verständnis betriebswirtschaftlicher Abläufe in der stationären und ambulanten Versorgung ist für Ärztinnen und Ärzte in ihrer täglichen Arbeit von wachsender Bedeutung.

Gravierende Veränderungen im Gesundheitswesen zwingen die Akteure, permanent ihre Prozess- und Arbeitsorganisation zu verbessern und ihre wirtschaftlichen und personellen Potentiale zu optimieren. Um wettbewerbsfähig zu bleiben sind deshalb fundierte Kenntnisse im Bereich der Ökonomie notwendig.

Das Seminar „Medizin und Ökonomie“ ist Teil einer Fortbildungsreihe der Bundesärztekammer, die sich mit den ökonomischen Aspekten der ärztlichen Tätigkeit befasst. Die Veranstaltung wendet sich an Ärzte in Klinik und Praxis, die Interesse an den ökonomischen Rahmenbedingungen des Arztberufes haben und sich für neue sektorenübergreifende Versorgungsformen interessieren.

Themen:

- Ökonomische Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitswesens
- Einführung in die Grundlagen der Betriebswirtschaft
- Change Management
- Gesetzliche Rahmenbedingungen der stationären Versorgung in Deutschland
- Zukunft der stationären Versorgung; Entwicklung der Trägerstrukturen, wirtschaftliche Aspekte
- Zukunft und Aufbau der Selbstverwaltung – Herausforderungen an die Ärztekammern
- Medizinisch und ökonomisch relevante Entwicklungen auf europäischer Ebene
- MDK-Prüfung, Stichproben
- Grundlagen und Besonderheiten der Finanzierung im stationären Sektor G-DRG Fallpauschalenvergütung
- Rahmen ärztlicher Tätigkeit – Normen, Umsetzungen, praktische Tipps
- Arbeiten in Medizinischen Versorgungszentren
- Round Table-Gespräch zu den Perspektiven des Gesundheitswesens aus gesundheitsökonomischer und ärztlicher Sicht

Moderation:

Prof. Dr. Schlüchtermann, Universität Bayreuth
 Dr. Bartmann, Ärztekammer Schleswig-Holstein

**Nähere Informationen erhalten Sie bei der Bundesärztekammer,
 Dezernat 1, Leiterin Frau Dr. Engelbrecht, Telefon: 030 400456-410,
 E-Mail: cme@baek.de**

Die Bedeutung der Arzt-Patienten-Beziehung in der Medizin

Die Abteilung Psychosomatik der Charité Campus Benjamin Franklin feierte am 6. November 2009 mit einem wissenschaftlichen Symposium ihr 30-jähriges Bestehen. Das wichtigste übergeordnete Thema der Abteilung ist seit der Gründung durch Prof. Dr. Hans Henning Studt – neben einer Reihe wissenschaftlicher und klinischer Schwerpunkte – die Erforschung und praktische Erfahrung der Arzt-Patienten Beziehung in der medizinischen Versorgung. Exzellente Forscher aus Deutschland und der Schweiz gaben auf der eintägigen Veranstaltung Hinweise für die richtige ärztliche Gesprächsführung, die Rolle der Arzt-Patienten Beziehung in der studentischen Lehre und bei bestimmten Patientengruppen wie zum Beispiel magersüchtigen Frauen oder Schmerzpatienten.

„Das emotionalste Lebewesen auf der Welt ist der Mensch“, zitierte Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin in seinen einführenden Worten Prof. Dr. phil. Gerd Gigerenzer, Max-Planck-Institut für Bildungsfor-

schung. Aufgabe ist es, mit diesen Emotionen umzugehen. „Denn“, hob Jonitz hervor, „eine Begegnung zwischen Arzt und Patient ist zuvorderst immer eine Begegnung zwischen Menschen“. Es gilt, die Dynamik im Arzt-Patient Verhältnis zu

verstehen und damit sowohl die ärztliche Kompetenz als auch die des Patienten stärken zu können.

Hat die Arzt-Patienten-Beziehung in der modernen Medizin noch eine Bedeutung? Die Beantwortung dieser zentralen Frage des medizinisch-psychologischen Symposiums machte Jonitz exemplarisch an vier Schwerpunkten fest, anhand derer er zugleich die internationale Gewichtung dieses Themenfeldes veranschaulichte:

- **Sprechende Medizin** (Narrative-based Medicine): Versteht der Arzt nicht, was der Patient mit seiner Geschichte erzählen will bzw. gelingt es dem Arzt nicht, sein medizinisches Wissen in die Sprache des Patienten zu übersetzen, dann kann auch die Therapie nicht helfen.
- **Medical Humanities** im Medizinstudium in Amerika, hier vermutlich geläufiger unter dem Begriff „Medizinische Geisteswissenschaften“, beinhaltet die Vermittlung von fachübergreifenden Lehrinhalten mit innovativen Lehrformen; Kern: Mediziner lernen anhand von Beispielen aus Kunst, Musik, Literatur, Geschichte und Religion besser auf Patienten einzugehen.
- **„Health Literacy“**: Verstehen von Gesundheit, Gesundheitskompetenz beziehungsweise das medizinische und gesundheitliche Basiswissen der Bevölkerung; in diesem Bereich muss es um die Auswertung der statistischen Ergebnisse zum Zweck der Aufklärung der Bevölkerung gehen und nicht um das Erzeugen von Ängsten.
- **Shared Decision Making (SDM)** ist ein Modell zur medizinischen Entscheidungsfindung, bei der die Patientenbeteiligung auf Grundlage einer partnerschaftlichen Arzt-Patienten-Beziehung und die ärztliche Kommunikationskompetenz im Mittelpunkt stehen. Zentrale Frage: Was muss der Patient wissen, um als Partner an dem medizinischen Entscheidungsprozess beteiligt werden zu können.

„Das Thema Arzt-Patienten-Beziehung ist das führende“, betonte der Präsident der ÄKB. Die Abteilung für Psychosomatik in

ANZEIGE

Berlin-Steglitz hat in den zurückliegenden 30 Jahren „einen Schatz für alle Ärzte“ erarbeitet, so Jonitz.

Patient als Lehrmeister

Voraussetzung einer tragfähigen Arzt-Patienten-Beziehung ist Vertrauen sowie eine „stimmige“ Kommunikation.

Prof. Dr. med. Wolf Langewitz, stellvertretender Chefarzt Psychosomatik, Universitätsspital Basel, führte aus, dass gute Gesprächsführung vor allem eine patientenzentrierte sein soll. Bei der Vermittlung der patientenzentrierten Kommunikation an Medizinstudenten treten nach Langewitz Schwierigkeiten auf: u.a. durch das Rollenmodell des Spezialisten an den Universitätskliniken und die kurze Verweildauer der Patienten in der Klinik („Bis wir merken, dass der Patient die Pillen nicht nimmt, ist er schon längst entlassen“). Daher muss die Arzt-Patienten-Kommunikation vom ersten Semester an fester Bestandteil des Medizinstudiums sein. Dringend bedarf es Fakultätsmitglieder, die über die Identität der Ärzte nachdenken, auf die hin sie ausbilden. Was hilft es, wenn der Oberarzt auf der Inneren mit der Stoppuhr neben den Studenten steht und wissen will, wer in zwei Minuten die meisten Fragen unterbekommt, nach dem Motto „Melk den Patienten so lange er noch mitmacht!“. Das ist das krasse Gegenteil von dem, was man dem jungen Mediziner im Kommunikationskurs beibringt: patientenzentrierte Gesprächsführung ist eine Fertigkeit, die man lernen kann und ein zentrales Werkzeug ärztlicher Tätigkeit. „Wenn der Student nicht nur seine Liste abfragt, sondern die ältere Dame auch mal zu Wort kommen lässt, dann könnte der Patient Lehrmeister des Studierenden sein“, fasst Langewitz seine Erfahrungen zusammen.

Seelenlose Medizin

Prof. Dr. med. Roland Schiffter, ehem. Chefarzt der Klinik für Neurologie am Auguste-Viktoria-Klinikum (Vivantes), kritisierte, dass die Arzt-Patienten-Beziehung flüchtiger und unverbindlicher wird. Die Fließbandmedizin lässt immer weniger

Zeit für das Wichtigste in der Arzt-Patienten-Beziehung: das ärztliche Gespräch. „Das bedeutet, der letzte Rest vom ärztlichen Miteinander mit dem Patienten wird auf ein Minimum reduziert.“ In der Epoche der Romantischen Medizin, die Gegenstand Schiffters Vortrags war, galt die Überzeugung, dass der ganze kranke Mensch mit seinen Bezügen zum Lebensumfeld im Mittelpunkt stehen sollte und nicht die Krankheit. Insofern war Medizin nicht nur eine Naturwissenschaft, sondern auch eine Kunst. Als Romantische Medizin definiert Schiffter die weitestgehend vorwissenschaftliche Medizin der Zeit etwa zwischen 1789 und 1850. „Manches, was aus der Romantischen Zeit am Wegesrand liegen geblieben ist, lohnt sich heute wieder aufgegriffen zu werden.“ Es ist für Schiffter kein Zufall, dass junge Ärzte zunehmend nicht mehr mit Patienten arbeiten wollen: „Diese seelenlose und nur nach ökonomischen Kriterien geordnete Medizin ist unerträglich geworden.“

Bestimmte Patientengruppen

In ihrem Vortrag „Von der Schwierigkeit, mit Magersüchtigen in eine hilfreiche therapeutische Beziehung zu kommen“, skizzierte Dr. med. Bettina Kallenbach-Dermutz eindrucklich, wie schwierig sich die Arzt-Patienten-Beziehung gestalten kann. Die Oberärztin der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie der Charité CBF spricht von den quälenden und schmerzlichen Gefühlen hilflos und ohnmächtig der körperlichen Auszehrung junger Mädchen und Frauen zusehen zu müssen, weil wir letztlich keine hilfreiche, haltende therapeutische Beziehung zu ihnen aufbauen konnten oder/und die Patientinnen unsere Hilfe nicht annehmen.“ Kallenbach-Dermutz benennt einige krankheitsimmanente Faktoren der Magersucht, die eine therapeutische Herausforderung sind: niedrige Therapiemotivation bzw. störungsimmanente Motivations- und Compliance Probleme, ausgeprägte Krankheitsverleugnung, unsichere Bindungsmuster und hungerbedingte Einschränkung der Körper- und Mentalfunktionen. Wie soll man in eine lebendige Austauschbeziehung mit der Patientin kommen? Die Expertin sagt, auf

dem unendlich mühsamen Weg bedarf es großer Couragiertheit, Empathie, therapeutischer Professionalität und viel Geduld.

Fest verankert

Das Symposium „Die Arzt-Patienten-Beziehung in ihrer Bedeutung für die Medizin“ mit insgesamt 13 Fachvorträgen machte deutlich, auf welche gute und erfolgreiche Geschichte die Abteilung Psychosomatik der Charité Benjamin Franklin zurückblicken kann. Prof. Dr. med. Hans-Christian Deter, Leiter der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie bekam zum Abschluss der Veranstaltung einen „Geburtstagsblumenstrauß“. Man dankte den Kollegen und Mitarbeitern sowie allen, die an der Entwicklung der Abteilung ihren Anteil hatten dafür, dass das Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie in Forschung, Lehre und Versorgung der Charité und im Bewusstsein vieler Berlinerinnen und Berliner sowie im Brandenburger Umland fest verankert ist. Den kommenden Herausforderungen sieht man mit guten Zukunftserwartungen entgegen.

Verfasserin:

Ulrike Hempel
Medizinjournalistin

ANZEIGEN

Zum Tode von Helmut Maxeiner



Wir, die wir Herrn Maxeiner über viele Jahre erlebt haben, sind sehr traurig. Herr Kollege Maxeiner hatte sich ganz der gerichtlichen Medizin bzw.

Rechtsmedizin verschrieben. Als Person bescheiden - als Fachmann herausragend, so könnte man ihn beschreiben. Die Studenten haben ihn geliebt, die jungen Mitarbeiter haben viel von ihm lernen können (wenn sie es wollten). In seiner Position als stellvertretender Institutsdirektor konnte ich mich auf ihn ganz verlassen. Bei ihm ging es immer nur um die Sache. Aber da hatte er auch hohe Anforderungen an sich und an andere. Vor Gericht war er ein gesuchter Gutachter. Sein Urteil war fundiert. Er sprach erst, wenn alle Befunde vorlagen.

Der Drang, sich in der Öffentlichkeit darzustellen, fehlte ihm völlig. Auch als Institutsdirektor habe ich von ihm lernen können. Die Standard-Methode, einen Kehlkopf zu untersuchen (z.B. nach einem Angriff gegen den Hals), geht auf ihn zurück. Das war auch das Thema seiner Habilitationsschrift. Ein anderer Forschungsschwerpunkt waren die traumatischen Hirnschädigungen (z.B. Schüttel-Trauma des Säuglings dieser Begriff ist am Berliner Institut geprägt worden). Seine Publikationsliste kann sich sehen lassen, nicht nur im Hinblick auf die Zahl seiner Arbeiten sondern ganz besonders auf ihren Gehalt. Wissenschaftliche Diskussionen verliehen immer auf höchstem Niveau. Leider war ihm die Übernahme eines Lehrstuhls nicht vergönnt gewesen. In meinen Augen zählte er dennoch zu den Besten in unserem Fach seiner Altersklasse. Das Dahlemer Institut war seine Heimat. Das Licht in seinem Arbeitszimmer verlöschte meist erst sehr spät. Die Fusion der beiden Berliner Universitätsinstitute für

Rechtsmedizin hat er kritisch gesehen, ebenso auch den Umzug nach Moabit, wo er in seiner Entfaltung sehr eingeschränkt war. Das war dann aber schon nach meinem Ausscheiden. Offen hat er nie geklagt, aber man sah ihm an, wie er mitunter litt. Hinzu kam der schwere, unverschuldete Verkehrsunfall, nach dem er sich aber relativ rasch erholte. Und wenn ich sagte, dass die Studenten ihn geliebt haben, dann trifft dies auch für seine Doktoranden zu. Für sie hat er sich förmlich aufgeopfert. Und so blieb auch nicht aus, dass man ihm den Vorsitz der Promotionskommission der Charité übertrug. Für seine e-Learning-Initiative ist er mit einem Sonderpreis der Charité ausgezeichnet worden. Ich habe ihn bewundert, wie er alles bewältigte. Die Berliner Rechtsmedizin verliert mit Herrn Maxeiner einen herausragenden Wissenschaftler, einen engagierten Lehrer, einen lieben Kollegen – kurzum einen Menschen in dem immer weniger durchschaubaren Betrieb der Hochschulmedizin. Warum?

Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult. Volkmar Schneider

Wirksam und preiswert verordnen!

Ulrich Paffrath und Dieter Schwabe: Arzneiverordnungs-Report 2009, Springer Medizin-Verlag, Heidelberg 2009, 1093 Seiten, 83 Abb., 226 Tabellen, 49,23 Euro.

Allein schon das ausführliche Kapitel über neue Medikamente ist den angeknabberten Fünfzig-Euro-Schein für diesen 25. Report wert. Denn da werden rigoros die Böcke von den Schafen geschieden, um es biblisch zu sagen. (Das passt, denn der jährliche Report ist zu einer Art Bibel geworden.) Was ist wirklich, was nur scheinbar innovativ? Von 29 Wirkstoffen in 444 Präparaten, die 2008 zugelassen wurden, bewerten die Pharmakologen

Uwe Fricke und Ulrich Schwabe nur zwölf als innovativ; aber, von diesen zwölf seien fünf trotz eines neuartigen Wirkungsmechanismus den bereits verfügbaren Mitteln nicht überlegen. Sie gehören also eigentlich auch zu den Analogpräparaten ohne therapeutischen Zusatznutzen, zu denen die Autoren zehn weitere der 29 „neuen“ Wirkstoffe zählen. Nur sieben bewerten sie tatsächlich besser als die schon verfügbaren Substanzen mit gleicher Indikation.

Aber teurer als die alten Medikamente sind die neuen fast immer, selbst die „Me-too-Präparate“, denn „viele Pharmafirmen vertrauen“, schreibt Schwabe, „auf den bei

Ärzten und Patienten weit verbreiteten Glauben, dass alle neuen Arzneimittel besser und damit mehr wert sind“. Ein Irrglaube, gehegt und gepflegt von den Marketing-Experten. Überhöhte Preise zählt Walter Thimme, Mitherausgeber des unabhängigen „Arzneimittelbriefs“, zu den unerwünschten Wirkungen. Dass sie in Deutschland zum Teil skandalös überhöht sind, dass die Arzneiausgaben der GKV 2008 um 5,3 Prozent stiegen und mit fast 30 Milliarden höher sind als die Kosten der ambulanten ärztlichen Versorgung, hat die Tagesspresse als einzigen Punkt aus dem Buch zitiert. Für Ärzte aber ist es zu einem veritablen Verordnungsratgeber geworden – ein Antidot gegen die Überdosis PR und Werbung.

R. Stein

Gegen das Vergessen

Judith Hahn und Rebecca Schwoch: Anpassung und Ausschaltung. Die Berliner Kassenärztliche Vereinigung im Nationalsozialismus; 227 Seiten, 19,80 Euro.

Rebecca Schwoch (Hrsg.): Berliner jüdische Kassenärzte und ihr Schicksal im Nationalsozialismus. 973 Seiten, 38 Euro; beide Bücher Verlag Hentrich & Hentrich, Berlin und Teetz 2009.

Die Idee hatte Roman Skoblo (Vorsitzender des Landesverbandes Jüdischer Ärzte und Psychologen). 2001 kam er zum damaligen Vorsitzenden der Berliner KV, Manfred Richter-Reichhelm, und der war sofort einverstanden, die Rolle der KV-Vorgängerin bei der Ausgrenzung, Entrechtung und Vertreibung der jüdischen Kollegen in den zwölf braunen Jahren wissenschaftlich untersuchen zu lassen, besser spät als nie. Nun liegen die beiden Bücher vor, in denen die Ergebnisse des mühevoll und nur dank kleiner und größerer Spenden und Zuwendungen (auch der Ärzte-

kammer Berlin) zustande gekommenen zeitgeschichtlichen Forschungsprojektes dokumentiert sind.

In „Anpassung und Ausschaltung“ liest man, wie überangepasst und eifrig sich die Berliner Kassenarztfunktionäre als willige Vollstrecker des Plans der Nationalsozialisten zur Ausschaltung der jüdischen Ärzte betätigten: Von der Anlage von Listen und den Beurteilungen der jüdischen Kollegen, die eine Handhabe gegen sie bieten sollten, über den Entzug der Kassenzulassung und schließlich, 1938, auch der Approbation. Und die Kassen übten Druck auf die Patienten aus, sich nicht mehr von einem jüdischen Arzt behandeln zu lassen. All dies ist im ersten Buch genau recherchiert und beschrieben.

Der zweite, wesentlich umfangreichere Band ist ein Gedenkbuch, das die Biographien von 2018 Berliner jüdischen Kassenärzten dokumentiert; wegen der schlechten Quellenlage in der Regel kurz, aber oft auch länger und inhaltsreich; etwa wenn Nachkommen befragt

werden konnten wie zum Beispiel der (2008 verstorbene) Kurt Samuel. Er berichtete über seinen Vater Arthur, der nach Verlust der Approbation als „Behandler“ jüdischer Patienten zugelassen wurde – wegen seiner Auszeichnungen als Frontkämpfer und seiner nichtjüdischen Ehefrau.

Oft heißt es in den Lebensläufen lapidar: „gest. in Auschwitz, Vernichtungslager (verschollen).“ Im KZ waren auch Ärzte nur Nummern. Jetzt bekamen Berlins jüdische Ärzte ihre Namen zurück. Im Gedenkbuch liest man das Galinski-Zitat: „Gegen das Vergessen, gegen das Verdrängen, gegen das Verharmlosen, gegen das Verschweigen.“ (Siehe auch Feuilleton Seite 36).

R. Stein

Tucholskys Claire – eine Berliner Ärztin

Als sie nach der Ankunft im Rheinsberger Quartier ausgepackt hatten, sagte Claire: „Ja, ich bin nu soweit. Jetzt frisier ich mich, un denn gehe ich spaziers. Un du?“ Wölfchen: „Das überlasse du nur mir; es wird dir dann seinerzeit das Nötige mitgeteilt werden.“

Die literarische Schaumspise „Rheinsberg – Ein Bilderbuch für Verliebte“ machte Kurt Tucholsky 1912 mit einem Schlag berühmt. Die Erzählung wurde nicht zuletzt wegen der Sprachspiele-rien der herumalbernden Verliebten zum Bestseller. Wolfgang imitiert zuweilen den gestelzten Stil der Juristen (Tucholsky machte gerade seinen Dr. jur.). Und Claire schwatzte holden Nonsens in einer Art Kleinkindersprache. „Sie wirbelte die Worte so lange herum, bis sie halb unkenntlich geworden waren..., und man wusste nie, ob es ihr beliebte, sich über die Unzulänglichkeit einer Phrase oder über die anderen lustig zu machen“, heißt es in der Schilderung der drei glücklichen Rheinsberg-Tage. Und weiter:

„Dass sie Medizinerin war, wie sie zu sein vorgab, war kaum glaubhaft, jedoch mit der Wahrheit übereinstimmend. Sie spielte immer, gab stets irgendeiner lebenden oder erdachten Gestalt für einige Augenblicke Wirklichkeit.“ Hinter Wolfgang steckt erkennbar der Autor. Aber Claire? Ist sie selbst eine lebende oder ist sie eine erdachte Gestalt? Tucholsky widmet sein Büchlein „Unseren lieben Frauen M.W., K.F., C.P.“

Die Initialen E.W. fehlen. „Dr. med. Else Weil, geb.: 19.6.1889 in Berlin, gest.: in Auschwitz, Vernichtungslager (verschollen), Approbation: 13.10.1917.“ So steht es im Gedenkbuch „Berliner Jüdische Kassenärzte und ihr Schicksal im Nationalsozialismus“ von Rebecca Schwoch (s. Besprechung auf Seite 35). Dort liest man auch, sie sei das Vorbild für Claire.



Foto: Henrich & Henrich

Das liegt nahe, denn Kurt und Else konnten sich seit dem Studium in Berlin, und 1920 heirateten sie. Da hatte die junge Ärztin gerade ihre Assistentenzeit in der II. Medizinischen Klinik der Charité hinter sich. Schon 1922 trennte sie sich wieder von Tucholsky, wohl wegen der Vielzahl seiner „lieben Frauen“, und 1924 folgte die Scheidung.

In einem der luftig-leichten Dialoge der Geschichte nimmt die Medizinstudentin ihr Wölfchen als typisch männlichen Patienten hoch: „Mir ist im Magen nicht recht.“ – „Das ist Cholera. Wart, bis du

was zu essen bekommst.“ – „Nein, hör doch, ich hab so ein Gefühl, so leer, so...“ – „Typisch. Das ist geradezu – bezeichnend ist das. Du stirbst, Wölfchen.“ – „Die richtige Liebe ist das auch nicht! Erst lasse ich dich auf Medizin studieren, und jetzt willst du nich mal durch dein Hörrohr kucken...“ Immerhin ging sie mit in die Apotheke.

Dr. Else Tucholsky (die sich von 1935 an wieder Weil nannte) war ein paar Jahre lang in Berlin als schlecht bezahlte Allgemeinärztin in ihrer Kassenpraxis tätig. Dass sie davon nicht leben konnte, lag gewiss nicht an Unfähigkeit. Dr. Benno Hallauer, in dessen privater Frauenklinik am Schiffbauerdamm sie zeitweise tätig war, stellte ihr ein glänzendes Zeugnis aus. Er erwähnt ihre „sehr gründliche allgemeine medizinische Vorbildung“ und die „ausgezeichneten Kenntnisse und Erfahrungen“, die sie sich in Gynäkologie und Geburtshilfe angeeignet habe. „...Durch ihre besondere ärztliche Begabung, bei der psychologische Einstellung zu den Patienten auch bedeutungsvoll ist, hat Frau Dr. Weil Überdurchschnittliches geleistet...“

In der Inflationszeit musste sie auch als Sekretärin, 1935 als Kinderfrau arbeiten (im selben Jahr, in dem Kurt Tucholsky sich im schwedischen Exil das Leben nahm). 1941/42 lebte sie mit dem Physikprofessor Friedrich Epstein in Frankreich, war in der Zeit der deutschen Besatzung ständig auf der Flucht, wurde mehrfach verhaftet, hoffte auf ein amerikanisches Visum.

Im September 1942 wurde sie in einem Zug mit tausend deutschen, österreichischen und polnischen Juden, darunter mehr als hundert Kinder, nach Auschwitz transportiert und gleich nach der Ankunft vergast.

In „Rheinsberg“ heißt es: „Jung sein, voller Kraft sein, eine Reihe leuchtender Tage! – das kommt nie wieder! Heiter Glück verbreiten! – Wir wollen uns Erinnerungen machen, die Funken sprühen!“

Rosemarie Stein

BERLINER  ÄRZTE

1/2010 47. JAHRGANG

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

Herausgeber:

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

Redaktion:

Dipl.-Jour. Sascha Rudat (v.i.S.d.P.)
Dipl.-Pol. Sybille Golkowski
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, -4102, FAX -4199
Titelbild: Sehstern

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 ihrer nahestehenden 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.l-va.de
E-Mail: mb@l-va.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: Messedruck Leipzig GmbH,
An der Hebemärchte 6, 04316 Leipzig

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 € 74,00 (einschließlich Versand), Patenschaftsabonnement Berlin-Brandenburg € 49,50 (einschließlich Versand). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 5,05 zzgl. € 2,50 Versandkosten.
Z. Z. gilt die Anzeigenpreislise 2010 vom 01.01.2010.

ISSN: 0939-5784