

Wie viel Demokratie für die Ärzteversorgung erlaubt der Berliner Senat?



Foto: Stebitz

Dr. med. Elmar Wille

ist Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der Berliner Ärzteversorgung und Vizepräsident der Ärztekammer Berlin

Mit dem 9. Gesetz zur Änderung des Berliner Kammergesetzes vom 19. Juli 2006 griff der Berliner Gesetzgeber, entsprechend einer Vorgabe des rot/roten Senats, tief in die Struktur unserer ärztlichen Selbstverwaltung ein. Das Ergebnis war: Weniger Wählerrechte für die Ärztinnen und Ärzte in Berlin. Sowohl das aktive als auch das passive Wahlrecht wurden beschnitten! Das provozierte Widerstand. Das den Mitgliedern des Vorstands der Ärztekammer Berlin entzogene passive Wahlrecht für die Organe der Ärzteversorgung wurde vor dem Verfassungsgericht beklagt, unter anderem mit der Begründung, dass dieses Gesetz zeitgleich den Architekten im Baukammergesetz gewährt wurde. Aber die klagenden Vorstandsmitglieder erfuhren vom Verfassungsgerichtshof Berlin wörtlich: „Der Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers ist nicht durch Freiheitsgrundrechte der Mitglieder der Selbstverwaltungskörperschaften begrenzt.“ Für mich ein Schlüsselsatz! Ferner: „Engere Grenzen der Gestaltungsfreiheit ergeben sich auch nicht daraus, dass § 4b Abs. 5, Satz 5 Berliner Kammergesetz, Personengruppen verschieden behandelt.“

Also: Wer in Berlin Verantwortung in der ärztlichen Selbstverwaltung übernimmt, muss sich entscheiden – entweder Rentenrecht oder Weiterbildungsordnung und Berufsrecht. Für beides exekutive

Verantwortung zu tragen ist verboten! In anderen Bundesländern ist es anders, in Berlin ist es auch bei anderen „Personengruppen“ anders. Aber das ist keine Willkür denn „Die Vorstellung des Gesetzgebers entbehrt nicht offenkundig jeder sachlichen Grundlage“, sic! Darüber lässt sich streiten, aber *causa finita!*

Nun aber geht es weiter da, wo das Verfassungsgericht nicht geurteilt hatte. Thema: Eigene Vertreterversammlung (VV) für das Versorgungswerk und Entzug aller Gestaltungsrechte der Delegiertenversammlung (DV) der Ärztekammer in Sachen Berliner Ärzteversorgung! Die DV der Ärztekammer hatte erstmalig am 29.11.2006 eine Wahlordnung für die Vertreterversammlung des Versorgungswerks beschlossen. Dieser Wahlordnung wurde vom Berliner Senat die Genehmigung versagt. So wurde von Seiten des Senats unter anderem zurückgewiesen, dass das Parlament der Berliner Ärzteschaft den Vorsitzenden der VV wählt. Begründung des Senats: keine! Zur Erinnerung: Geplant ist eine Mini-VV aus zwölf Personen, die alle Wahl-, Satzungs- und Vermögensrechte haben soll über ein Versorgungswerk mit über 4000 Renteneempfängern, über 24.000 anwartschaftsberechtigten Ärztinnen und Ärzten sowie über 5 Milliarden Euro Vermögen. Dass die DV ihren Ansprechpartner in der Vertreterversammlung bestimmen

möchte, versteht wohl jeder, aber nicht der Senat von Berlin. Das durch Urwahl legitimierte Ärzteparlament DV, das originäre Selbstverwaltungsorgan, wird wahrlich ohne Grund „kastriert“ und darf nicht mal die Zusammensetzung der Vertreterversammlung „wählen“, sondern nur nach Listenproporz abstimmen. Auch dürfen das Mandat von Delegiertenversammlung und Vertreterversammlung des Versorgungswerks auseinanderfallen, was einem Bruch der demokratischen Legitimationskette gleichkommt. Wie sehr der Wähler verliert, machen Zahlen klar. Derzeit bestimmen circa 600 Wähler einen Delegierten in der Ärztekammer, aber künftig sind über 2000 Wähler für ein Mandat in der Mini-VV des Versorgungswerks gefordert und dies durch indirekte Wahl über Delegierte einer „politischen Couleur“ (Liste). Hier noch eine personelle und sachlich inhaltliche Legitimation zu erkennen fällt schwer. Demokratie bedeutet: Eine Zwangsmitgliedschaft muss durch entsprechende Beteiligungsrechte der Mitglieder kompensiert werden! Unsere berufsständische Ärzteversorgung, die 20 Prozent der ärztlichen Berufseinkünfte als Beitrag erhebt, verlangt eine möglichst basisdemokratische Legitimation. Bei der Wahl muss die fachlich-persönliche Eignung ausschlaggebend sein, nicht der Listen-/Parteienproporz!

Ob das auch das Verfassungsgericht so sieht? Dem rot/roten Senat bzw. den Parteien SPD und PDS/Die Linke war das nicht zu vermitteln! Das Vertrauen in die herausragend gute Institution Ärzteversorgung wird grundlos beschädigt. Die Selbstverwaltung pervertiert schrittweise zur Auftragsverwaltung und das Versorgungswerk mutiert zum verlängerten Arm des Senats.

E. W.



Naturheiltage Berlin Frühjahrskongress 2010 – Kurs III

Freitag bis Sonntag, 5. – 7. und 19. – 21.3.2010

Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“

Veranstalter:	Ärztegesellschaft für Naturheilverfahren (Physiotherapie) Berlin-Brandenburg e.V.
Physikalische Therapie: 5. und 6.3.	Einführung Hydrotherapie, Med. Bäder, Klassische Massage, Perio- u. Colonmassage, Bewegungstrainingsberatung
Phytotherapie: 6.3.	Bei Unruhezuständen und Depressionen, bei urologischen Erkrankungen und Externa Rezepturen von medizinischen Tees
Ordnungstherapie: 19.3.	Gesundheitstraining, progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen, Hypnose
Ernährungsth.: 20.3. vorm.	Adipositas: Forschung und Beratung, Heilfasten, Mediterrane Ernährung
Schwerpunktthema: 20.03. nachm.	Falldarstellung aus der klinischen Praxis, der naturheilkundlichen Hochschulambulanz, der urologischen Fachpraxis und der Allgemeinpraxis
Ausleitende Verfahren: 21.3.	Einführung, Blutegeltherapie, Schröpfen, Aderlass, Bauscheidtieren
Anmeldung:	Vitanas Krankenhaus für Geriatrie, Senftenberger Ring 51, 13435 Berlin, Tel. 030/40057 484, Fax 030/40057 494, E-Mail: r.heinzler@vitanas.de
Veranstaltungsort:	St. Gertrauden Krankenhaus, Paretzer Str. 12, 10713 Berlin-Wilmersdorf
Kursgebühren:	360,00 € für den gesamten Kurs III. Ermäßigungen unter bestimmten Voraussetzungen und bei entsprechendem Nachweis. 20 € Rabatt bei Bezahlung bis zum 15.2.2010

Zertifizierte Veranstaltung mit 38 Punkten. Ausführliches Programm unter: www.naturheiltage-berlin.de.

Strukturierte Curriculäre Fortbildung „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“

Ein Kurs in drei Modulen, basierend auf dem Curriculum der Bundesärztekammer

Die Ärztekammer Berlin bietet ab Juni 2010 für alle in Weiterbildung befindlichen Kolleginnen und Kollegen und für Interessierte aus Klinik und Praxis den Kurs „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, Friedrichstraße 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 €.

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



MEINUNG.....

**Wie viel Demokratie für die
Ärzteversorgung erlaubt der
Berliner Senat?**

Von Elmar Wille..... 3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*.....6

**Isolierte Isoflavone sind nicht
ohne Risiko**

Informationen des Bundesinstituts für
Risikobewertung.....11

BERUFS- UND GESUND-
HEITSPOLITIK.....

**Weiterbildungsordnung:
Die wichtigsten Änderungen
des 8. Nachtrags**

Von Michael Peglau.....22

**200 Jahre Gesellschaft für
Natur- und Heilkunde**

Von Hans-Herbert Wegener 23

**Entscheidungskorridore nicht
vergessen**

Ergebnisse der Fachtagung Adherence
Von Sybille Golkowski..... 26

Er war ein Berliner

Hermann Johannes Pfannenstiel
(1862-1909)

Von Matthias David und Andreas D. Ebert
..... 28

**Frauenheilkunde im Land
des Feuers**

Von Andreas D. Ebert31

TITELTHEMA.....

(Un)sichtbare Verletzungen – Traumabehandlung in Berlin

Das Angebot zur Behandlung traumatisierter Menschen in Berlin wächst.
BERLINER ÄRZTE zeigt die Schwerpunkte und die Lücken.

Von Ulrike Hempel.....14

„Die Psychotraumatologie ist noch eine junge Wissenschaft“

Interview mit Christian Pross..... 20

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen10

**Der Veranstaltungskalender der
Ärztekammer Berlin**.....24

PERSONALIEN.....

**Bestandene Facharztprüfungen
Oktober bis Dezember 2009**
.....33

Zum Tode Walter Schefflers.....32

In memoriam Lech Wierny.....32

BUCHBESPRECHUNGEN.....

AKdÄ: Arzneiverordnungen..... 35

FEUILLETON.....

Virchow und das Weib

„...nur eine Dependenz des Eierstocks“
Von Rosemarie Stein..... 36

Abfallbeseitigung

BSR bietet Ärzten Medi-Tonne an

Die Berliner Stadtreinigungsbetriebe (BSR) bieten Arztpraxen ab sofort die so genannte Medi-Tonne an. Diese zusammen mit der Apothekerkammer entwickelte, abschließbare Tonne nimmt Altmedikamente, nichtinfektiöse medizinische Abfälle sowie gemischte Siedlungsabfälle auf. Die Hausmülltonne kann somit entfallen. Die Tonne, die in Größen von 120, 240 und 660 Liter Fassungsvermögen angeboten und 14-tägig geleert wird, gibt es als Pilotprojekt bis-

lang in den Bezirken Charlottenburg-Wilmersdorf, Spandau, Tempelhof, Schöneberg. Ab diesem Monat kommen die Bezirke Steglitz-Zehlendorf und Mitte dazu. Wie die BSR erklärt, werden die Abfälle ordnungsgemäß verbrannt. Diesen bequemen Entsorgungsweg gebe es bisher nur in Berlin.

Weitere Informationen zur Medi-Tonne finden Sie auf der Homepage der BSR unter www.bsr.de/bsr/html/informationmaterial.php



ANZEIGEN

Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

Jüdisches Krankenhaus Berlin

Mit Beginn des Jahres 2010 nahm Prof. Dr. Kri-

stof Graf in der Klinik für Innere Medizin – Kardiologie seine neue Tätigkeit auf. Graf, zuvor leitender Oberarzt am Deutschen Herzzentrum Berlin, löst Priv.-Doz. Dr. Norbert Bethge ab, der nach 18-jähriger Tätigkeit verabschiedet wurde.

Priv.-Doz. Dr. Peter Neu, ehemals Oberarzt in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité, leitet seit Januar die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie als Nachfolger von Priv.-Doz. Dr. Thomas Bschor.

Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe

Seit Januar dieses Jahres

hat Fabrizio Esposito die Leitung des Bereichs Intensivstation, Kurztherapie und 1. Hilfe am Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe. Ehemals Oberarzt der Med. Klinik mit Schwerpunkt Nephrologie und internistische Intensivmedizin der Charité, CVK, löste er Dr. Jan Padberg ab, der die Ärztliche Leitung der Zentralen Notaufnahme im evangelischen Waldkrankenhaus Spandau übernommen hat.

Helios Klinikum Emil von Behring

Seit 1. Dezember leitet Priv.-Doz. Dr.

Adrian C. Borges, ehemals tätig als Oberarzt und stellvertretender Klinikdirektor an der Medizinischen Klinik (Kardiologie, Angiologie) der Charité, Campus Mitte, die Klinik für Innere Medizin I – Kardiologie. Er trat die Nachfolge von Priv.-Doz. Dr. Claus-Dieter Schwigon an, der in den Ruhestand verabschiedet wurde.

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

Neue Berliner Palliativstation



Das Helios-Klinikum Buch hat im Januar eine Palliativstation eröffnet, wie sie im Zehlendorfer Helios-Klinikum Emil von Behring bereits seit einem Jahr existiert. Zusammen haben die beiden Stationen für unheilbar Kranke 23 Betten. Die Palliativstation in Buch ist zwar der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Tumorummunologie angegliedert, nimmt aber nicht nur Krebskranke auf, auch nicht nur Patienten des eigenen Hauses. Vielmehr können auch andere Kliniken und Praxen Patienten mit weit fortgeschrittenen, nicht mehr heilbaren Krankheiten und mit begrenzter Lebenserwartung einweisen, deren Leiden palliativ behandelt werden sollten.

Die Leitung hat Dr. Mathias Gockel, der am Münchner Universitätsklinikum Großhadern die Palliativstation mit aufbaute, also viel Erfahrung mit-

bringt. Es geht nicht mehr um Lebensverlängerung, sondern um Linderung körperlicher Beschwerden (zum Beispiel starker Schmerzen, Atemnot, Übelkeit) und seelische Nöte. Hierzu stehen neben Ärzten und Pflegekräften auch Vertreter anderer Disziplinen wie Psychologie, Psychotherapie, Kunsttherapie oder Sozialarbeit zur Verfügung. Die Bedürfnisse der Kranken haben Vorrang. Sie können jederzeit besucht werden, in dem Zimmer lässt sich ein Zusatzbett für einen Angehörigen aufstellen. „Wir wollen unsere Patienten in ihrem letzten Lebensabschnitt auf eine Weise begleiten, dass sie trotz Krankheit ihre verbleibende Lebenszeit als lebenswert empfinden“, sagt Gockel.

R. Stein

Studie

Wer wird denn künftig operieren?

„Lebensqualität in der Chirurgie? Die gibt es doch gar nicht!“ So der spontane Ausruf eines Teilnehmers an der größten Studie zur Situation von Ärzten, die es je gab. Als erste medizini-

sche Fachgruppe Deutschlands untersuchten die Chirurgen systematisch ihre Lebensqualität. 600 Besucher der Jahrestagungen aller Fachgesellschaften unter dem Dach der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) nahmen 2008/9 an der Befragung teil. Die endgültigen Ergebnisse werden im April beim Kongress der DGCH (die diese Studie unterstützt) vorgestellt.

Nach der Auswertung von fast 1800 Fragebögen wurde in Berlin einiges schon vorweg von Thomas Bohrer (Zentrum für Operative Medizin der Universität Würzburg) mitgeteilt: Ungefähr 40 Prozent der befragten Chirurgen meinen, ihre Lebensqualität sei schlechter als die der sonstigen Bevölkerung. 74 Prozent gaben an, viel zu wenig Zeit für die Familie wie überhaupt für ein Privatleben zu haben. Viele klagten darüber, dass die patientenferne administrative Tätigkeit in den Kliniken überhand nehme. Nur etwa ein Drittel der Arbeitszeit bleibe für die eigentliche Aufgabe: das Operieren. Trotz alledem würden etwa 80 Prozent wieder Chirurg werden, wenn sie noch einmal die Wahl hätten. „Chirurgen tragen die höchste Arbeitslast aller Klinikärzte“,

kommentierte Bohrer diese Zwischenergebnisse. Überstunden und Extremsätze seien von der Ausnahme zur Regel geworden. Kein Wunder, dass die Fachvertreter sich Sorgen um ihren Nachwuchs machen. „Viele Orte in Deutschland sind jetzt schon ohne Chirurgen, sagte bei der Vorstellung der vorläufigen Resultate DGCH-Präsident Rainer Gradinger. Angesichts der immer schwieriger werdenden Arbeitsbedingungen gingen viele Chirurgen nach Skandinavien oder Großbritannien. Hinzu komme, dass die Medizin sich mehr und mehr zum Frauenberuf entwickle. Für Ärztinnen ist der Spagat zwischen Klinik und Familie noch viel schwieriger als für Ärzte, also werden sie die Chirurgie meist notgedrungen meiden.“

Im Zentrum einer Klausurtagung der Fachgesellschaft der Unfallchirurgen in Ulm standen gleichfalls Nachwuchssorgen. Zu den von einer Arbeitsgruppe aufgelisteten Problemen gehören diese: Chirurgische Fächer seien wenig attraktiv. Junge Ärztinnen und Ärzte würden durch den rüden Umgangston abgeschreckt; die Weiterbildung sei oft unzulänglich, und vielerorts werde vom Nachwuchs noch immer „Maul und Haken halten“ erwartet.

R. Stein

ANZEIGE

Neue Berliner Palliativstation



Das Helios-Klinikum Buch hat im Januar eine Palliativstation eröffnet, wie sie im Zehlendorfer Helios-Klinikum Emil von Behring bereits seit einem Jahr existiert. Zusammen haben die beiden Stationen für unheilbar Kranke 23 Betten. Die Palliativstation in Buch ist zwar der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Tumorummunologie angegliedert, nimmt aber nicht nur Krebskranke auf, auch nicht nur Patienten des eigenen Hauses. Vielmehr können auch andere Kliniken und Praxen Patienten mit weit fortgeschrittenen, nicht mehr heilbaren Krankheiten und mit begrenzter Lebenserwartung einweisen, deren Leiden palliativ behandelt werden sollten.

Die Leitung hat Dr. Mathias Gockel, der am Münchner Universitätsklinikum Großhadern die Palliativstation mit aufbaute, also viel Erfahrung mit-

bringt. Es geht nicht mehr um Lebensverlängerung, sondern um Linderung körperlicher Beschwerden (zum Beispiel starker Schmerzen, Atemnot, Übelkeit) und seelische Nöte. Hierzu stehen neben Ärzten und Pflegekräften auch Vertreter anderer Disziplinen wie Psychologie, Psychotherapie, Kunsttherapie oder Sozialarbeit zur Verfügung. Die Bedürfnisse der Kranken haben Vorrang. Sie können jederzeit besucht werden, in dem Zimmer lässt sich ein Zusatzbett für einen Angehörigen aufstellen. „Wir wollen unsere Patienten in ihrem letzten Lebensabschnitt auf eine Weise begleiten, dass sie trotz Krankheit ihre verbleibende Lebenszeit als lebenswert empfinden“, sagt Gockel.

R. Stein

Studie

Wer wird denn künftig operieren?

„Lebensqualität in der Chirurgie? Die gibt es doch gar nicht!“ So der spontane Ausruf eines Teilnehmers an der größten Studie zur Situation von Ärzten, die es je gab. Als erste medizini-

sche Fachgruppe Deutschlands untersuchten die Chirurgen systematisch ihre Lebensqualität. 600 Besucher der Jahrestagungen aller Fachgesellschaften unter dem Dach der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) nahmen 2008/9 an der Befragung teil. Die endgültigen Ergebnisse werden im April beim Kongress der DGCH (die diese Studie unterstützt) vorgestellt.

Nach der Auswertung von fast 1800 Fragebögen wurde in Berlin einiges schon vorweg von Thomas Bohrer (Zentrum für Operative Medizin der Universität Würzburg) mitgeteilt: Ungefähr 40 Prozent der befragten Chirurgen meinen, ihre Lebensqualität sei schlechter als die der sonstigen Bevölkerung. 74 Prozent gaben an, viel zu wenig Zeit für die Familie wie überhaupt für ein Privatleben zu haben. Viele klagten darüber, dass die patientenferne administrative Tätigkeit in den Kliniken überhand nehme. Nur etwa ein Drittel der Arbeitszeit bleibe für die eigentliche Aufgabe: das Operieren. Trotz alledem würden etwa 80 Prozent wieder Chirurg werden, wenn sie noch einmal die Wahl hätten. „Chirurgen tragen die höchste Arbeitslast aller Klinikärzte“,

kommentierte Bohrer diese Zwischenergebnisse. Überstunden und Extremsätze seien von der Ausnahme zur Regel geworden. Kein Wunder, dass die Fachvertreter sich Sorgen um ihren Nachwuchs machen. „Viele Orte in Deutschland sind jetzt schon ohne Chirurgen, sagte bei der Vorstellung der vorläufigen Resultate DGCH-Präsident Rainer Gradinger. Angesichts der immer schwieriger werdenden Arbeitsbedingungen gingen viele Chirurgen nach Skandinavien oder Großbritannien. Hinzu komme, dass die Medizin sich mehr und mehr zum Frauenberuf entwickle. Für Ärztinnen ist der Spagat zwischen Klinik und Familie noch viel schwieriger als für Ärzte, also werden sie die Chirurgie meist notgedrungen meiden.“

Im Zentrum einer Klausurtagung der Fachgesellschaft der Unfallchirurgen in Ulm standen gleichfalls Nachwuchssorgen. Zu den von einer Arbeitsgruppe aufgelisteten Problemen gehören diese: Chirurgische Fächer seien wenig attraktiv. Junge Ärztinnen und Ärzte würden durch den rüden Umgangston abgeschreckt; die Weiterbildung sei oft unzulänglich, und vielerorts werde vom Nachwuchs noch immer „Maul und Haken halten“ erwartet.

R. Stein

ANZEIGE

Titelthema „Wenn Reden Überwindung kostet“ in BÄ 1/2010

„Worte sind das mächtigste Werkzeug, über das ein Arzt verfügt“ ist der Satz, der das Titelthema „Wenn Reden Überwindung kostet“ exakt auf den Punkt bringt. Bernard Lown hat ihn geschrieben, der Erfinder von Kardioversion und Defibrillator, absolut unverdächtig, technische Medizin gering zu schätzen.

Kennen wir Ärzte aber überhaupt diese wichtigen Werkzeuge, haben wir in Studium, Weiter- oder Fortbildung gelernt, mit ihnen umzugehen, wollen und können wir sie professionell einsetzen, haben wir es im Laufe unserer ärztlichen Tätigkeit damit zur Meisterschaft

gebracht? Große Skepsis ist angebracht.

Für technische Fertigkeiten gibt es Abrechnungsgenehmigungen, Qualitätskontrollen, Ranking und Zielvorgaben. Das gute Gespräch mit dem Patienten aber kostet Zeit und passt in kein Computerschema. Abrechnen lässt sich höchstens die Zeit des Gespräches, nicht die Qualität.

Das Problem ist auch nicht allein die Überbringung schlechter Nachrichten. Dies ist zwar belastend für den Arzt, wie die geschilderten Beispiele zeigen. Allerdings geht es nicht um das Wohlbefinden des Arztes, sondern um den Patienten.

Der hat darunter zu leiden, wenn der Arzt sein Handwerkszeug des guten Gespräches nicht beherrscht.

Wenn bei chronischen Erkrankungen das Stichwort für die Gesprächsbegleitung heißt „immer wieder“, verlangt das geduldige, einfühlsame, aber professionelle Gesprächsführung. Das ist der Alltag. Lown hat ein Buch geschrieben „Die verlorene Kunst des Heilens“. Vielleicht sollten wir uns Gedanken machen über die verlorene Kunst des Gespräches – und sie wieder finden.

*Dr. med. Jürgen Hölzinger
14129 Berlin*

Vortrag zum Thema Angst und Globalisierung

Im Rahmen des 10. Charité-Kolloquiums Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, CBF, wird Professor Dr. med. Sven Olaf Hoffmann am 11. Februar 2010 einen Vortrag halten: „Globalisierung und Angst – Von der Schwierigkeit berechnete von unberechneten Ängsten zu unterscheiden“.

Beginn: 19.00 Uhr
Ort: Hörsaal West
Hindenburgdamm 30
12203 Berlin

Fragebogenaktion zur Situation von Patienten ohne Papiere geht weiter

Die Fragebogenaktion zur gesundheitlichen Situation von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus läuft noch bis Mitte Februar. Um die Situation dieser Patienten 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 Wissenschaftlerinnen 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, möchten wir Sie herzlich bitten, sich 10 bis 15 Minuten Zeit für den Fragebogen in der Mitte von BERLINER ÄRZTE 01/2010 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. Über die Ergebnisse der Befragung werden wir Sie selbstverständlich in BERLINER ÄRZTE und auf der Homepage der Ärztekammer Berlin informieren.

Erweiterte Schweigepflicht für Krankenhauspersonal

Wie zwischenzeitlich die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz mitgeteilt hat, gehört auch das mit der Abrechnung befasste Verwaltungspersonal öffentlicher Krankenhäuser zum Personenkreis nach § 203

StGB („Ärztliche Schweigepflicht“). Die geltende Rechtslage umfasse demnach grundsätzlich auch den so genannten „verlängerten Geheimnisschutz“. Damit muss auch Verwaltungspersonal öffentlicher Krankenhäuser Patienten ohne Papiere nicht mehr den Behörden melden. Laut Senatsverwaltung hat die Bundesregierung eine Allgemeine Verwaltungsvorschrift erlassen, die am 31.10.2009 in Kraft trat. Damit werde die Rechtsauffassung der Senatsverwaltung erfreulicherweise bestätigt, heißt es in einem Schreiben an die Kammer.

*Paracetamol***Beeinträchtigung des Impferfolges**

Die prophylaktische Gabe von Paracetamol (Ben-u-ron®, viele Generika) innerhalb von 24 Stunden nach einer Grundimmunisierung mit verschiedenen Impfstoffen kann bei Kindern in unterschiedlichem Maß die Immunantwort reduzieren. Die erwünschte Fieberprophylaxe unter Paracetamol war verbunden mit einer signifikanten Verringerung der Antikörperkonzentrationen. Wurde das Analgetikum jedoch erst bei Auftreten von Fieber und Entzündungen appliziert, zeigten sich keine oder nur marginale Effekte auf die Immunantwort. Die klinische Relevanz ist unklar, es wird jedoch empfohlen, Paracetamol nicht prophylaktisch einzusetzen. Die Autoren der Studie verallgemeinern ihre Ergebnisse: in ihren Schlussfolgerungen beziehen sie sich auf alle fiebersenkenden Arzneistoffe.

Der Effekt von Ibuprofen auf die Immunantwort ist nicht bekannt.

Allerdings existieren Hinweise, dass dieser Arzneistoff – bei bestehenden Virusinfekten wie Windpocken – das Risiko von Weichteilinfektionen wie eine nekrotisierende Fasciitis bei Kindern erhöhen kann.

Quellen: Lancet 2009; 374: 1305 und 1339; Brit. med. J. 2008; 337: 707

*Lokalanästhetika***Chondrolyse**

Die amerikanische Arzneimittelüberwachungsbehörde FDA macht darauf aufmerksam, dass eine kontinuierliche intra-artikuläre Gabe von Lokalanästhetika über 2 bis 3 Tage nach arthroskopischen Eingriffen zu Nekrosen des Gelenkknorpels führen kann. Diese Methode, mit einer Elastomerpumpe (elastischer Elastomer-Ballon zum Druckaufbau) über einen Katheder Lokalanästhetika zu infundieren, sei durch die Zulassung dieser Arzneimittel nicht gedeckt.

Über eine kurzfristige Anwendung dieser Arzneistoffe als Injektion bestehen keine Bedenken. Die Warnung der FDA betrifft die Lokalanäs-

thetika Bupivacain (Carbostesin®, Generika), Lidocain (Xylocain®, Generika), Mepivacain (Scandicain®, Generika), Procain (Generika) und Ropivacain (Naropin®) mit und ohne Epinephrin. Für die in Deutschland zusätzlich zugelassenen Lokalanästhetika Articain (Ultracain®) und Prilocain (Xylonest®) sollte das Gleiche gelten.

Quelle: www.fda.gov/Safety/Med-Watch

*Oseltamivir***Mögliche Risiken**

Unabhängig von der derzeitigen kontroversen Diskussion zu den Risiken der Impfstoffe gegen die Schweinegrippe wurde ein Kurzbericht über mögliche Risiken des

Neuraminidasehemmers Oseltamivir (Tamiflu®) veröffentlicht. Verhaltensänderungen (zum Teil mit gravierenden Folgen), Krampfanfälle, Delir und Halluzinationen wurden insbesondere bei Jugendlichen unter 20 Jahren als Verdachtsfälle bei der FDA gemeldet, Diarrhoe, Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen und Ohnmacht eher bei über 20-Jährigen. Ein direkter Kausalzusammenhang konnte aus den der FDA gemeldeten Fällen (über 2000 Berichte) nicht eruiert werden. Da abzusehen ist, dass dieser Arzneistoff in Zukunft oft angewandt werden wird, besteht nach Auffassung der Autoren dringender Handlungsbedarf, das Risikoprofil von Oseltamivir genauer aufzuklären. Dem ist zuzustimmen.

Quelle: Lancet 2009; 374: 1312

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

**Tel.: 0211/4302-1560, Fax: 0211/4302-1588, E-Mail: dr.hopf@aekno.de
Dr. Günter Hopf, ÄK Nordrhein, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf**

ANZEIGE

Isolierte Isoflavone sind nicht ohne Risiko

Soja und Rotklee enthalten Isoflavone. Dies sind pflanzliche Inhaltsstoffe, die auch als Phytoestrogene bezeichnet werden, weil sie in ihrer chemischen Struktur dem menschlichen Hormon Estrogen ähneln und daher auch hormonähnlich wirken können. Von Asiatinnen, die sich traditionell ernähren und regelmäßig Sojaprodukte verzehren, wird berichtet, dass sie kaum unter Wechseljahresbeschwerden leiden. Ob bzw. inwieweit diese Beobachtung jedoch tatsächlich auf eine soja-reiche Ernährung zurückzuführen ist, wird kontrovers diskutiert.



derzeitigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse als nicht ausreichend gesichert anzusehen sind. Dem BfR bekannt gewordene, unerwünschte Wirkungen wie Übelkeit, Verstopfungen, Schwellungen oder Rötungen sind möglicherweise auf allergische Reaktionen gegen das in den Präparaten enthaltene Sojaprotein zurückzuführen oder haben andere Ursachen. Kritischer als diese kurzfristigen akuten Beschwerden bewertet das BfR die toxikologischen Risiken auf die hormonelle Situation bei Anwenderinnen.

Risikofreie Naturprodukte?

Darüber hinaus muss bei angenommenen Wirkungen von Isoflavonen unterschieden werden, ob sie in natürlicher Form über die Nahrung oder in isolierter und angereicherter Form über Nahrungsergänzungsmittel aufgenommen werden. In Deutschland werden seit einiger Zeit Nahrungsergänzungsmittel mit isolierten Isoflavonen als Alternative zur ärztlich verordneten Hormontherapie gegen Wechseljahresbeschwerden angeboten. Die Präparate werden als wirkungsvolle und nebenwirkungsfreie Naturprodukte beworben. Das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) hat vor diesem Hintergrund isoflavonhaltige Nahrungsergänzungsmittel gesundheitlich bewertet.

Nicht abgesichert

Dazu hat das BfR eine Reihe wissenschaftlicher Studien ausgewertet. Dabei zeigte sich, dass die angenommenen positiven Wirkungen von isolierten Isoflavonen auf Wechseljahresbeschwerden nach

Beeinträchtigung der Schilddrüse

In toxikologischen Untersuchungen zeigte sich, dass Isoflavone, wenn sie in isolierter oder angereicherter Form und hoher Dosierung gegeben werden, die Funktion der Schilddrüse beeinträchtigen und das Brustdrüsengewebe verändern können. Dabei ist nicht auszuschließen, dass diese als estrogenähnlich anzusehenden Effekte auch die Entwicklung von Brustkrebs fördern können. Notwendige Langzeitstudien, die die Sicherheit von isoflavonhaltigen Präparaten belegen, liegen nicht vor. Auch kann eine Dosis, die noch als sicher gilt, derzeit nicht verlässlich festgelegt werden. Da Frauen in und nach der Menopause ohnehin ein erhöhtes Brustkrebsrisiko aufweisen, ist die längerfristige Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln mit einem hohen Gehalt an Isoflavonen für diese Verbrauchergruppe nicht ohne Risiko.

www.bfr.bund.de

Krankenhausplan: Ärztekammer fordert Stärkung der Versorgungsstrukturen

Die Ärztekammer Berlin hat den Senat aufgefordert, bei der gegenwärtigen Erstellung des Krankenhausplans für die Jahre 2010 bis 2015 die vorhandenen Versorgungsstrukturen zu stärken. In den Diskussionen mit den Beteiligten (u. a. der ÄKB) hat die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz kürzlich die Rahmendaten vorgestellt. Dabei geht die Entwicklung weg von detaillierter Einzelplanung hin zu einer Rahmenplanung. Eine sinnvolle Alternative zur Bettenzahl als Planungsgröße existiert nicht. Zukünftig sollen die Betten und Fachabteilungen pro Krankenhaus, nicht aber mehr die Betten pro Fachabteilung in den Landeskrankenhausplan aufgenommen werden.

Der Krankenhausausschuss der Ärztekammer Berlin begrüßt diese Rahmenplanung, gleichzeitig drängt er aber darauf, folgende Punkte zu berücksichtigen:

Fehlerteufel

Nachruf Professor Maxeiner: Fotos vertauscht

Bei dem Nachruf auf Prof. Helmut Maxeiner in BERLINER ÄRZTE 1/2010 (S. 34) wurden aus Versehen die Fotos vertauscht. Bei dem Abgebildeten handelt es sich nicht um Professor Maxeiner, sondern um Prof. Körper, dem damaligen Dekan des Fachbereichs Grundlagenmedizin der FU Berlin. Wir bitten diesen bedauerlichen Fehler zu entschuldigen. *Die Red.*

Versorgungsstrukturen stärken

Seit 1990 wurden in Berlin in bedeutender Anzahl Krankenhausbetten abgebaut. Dies geschah in einer von allen Beteiligten getragenen sozialpartnerschaftlichen Atmosphäre. Im Vergleich der Bundesländer ist die Anzahl der Krankenhausbetten pro Einwohner in Berlin inzwischen aber im unteren Drittel angekommen. In einzelnen Fachdisziplinen, insbesondere in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie im Bereich Geriatrie, ist ein deutlicher Bettenaufbau notwendig. Letzteres ist vor dem Hintergrund einer immer älter werdenden Gesellschaft auch in Berlin dringend erforderlich. Geriatriische Kompetenz sollte in allen klinischen Schlüsselstellen vorhanden sein. Die ÄKB fordert den Senat auf, seine Investitionsverantwortung für den Erhalt und den Ausbau der Krankenhäuser im Rahmen der dualen Finanzierung wahrzunehmen.

Trägerpluralität erhalten

Die gesetzlichen Grundlagen in Deutschland schreiben eine Trägervielfalt bei den Krankenhauseigentümern fest. Dabei besteht in etwa eine Dreiteilung zwischen öffentlichen, frei-gemeinnützigen und privaten Trägern. Die ÄKB fordert auch in Berlin den Erhalt dieser Trägervielfalt.

Grundlagen der Krankenhausfinanzierung verbessern

Mit der endgültigen Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf landeseinheitliche Fallpauschalen (DRGs) stehen die Krankenhäuser untereinander



der in einem großen ökonomischen Wettbewerb. Dieses Grundprinzip der Marktwirtschaft trifft im regulierten „Gesundheitsmarkt“ jedoch auf seine Grenzen. Die Fokussierung auf Kostenaspekte führt zu Abstrichen in der Qualität der Patientenversorgung. Dieser Tendenz gilt es gegenzusteuern. Die ÄKB fordert eine auskömmliche Krankenhausfinanzierung, die es den dort tätigen Ärztinnen und Ärzten erlaubt, in Wahrnehmung ihrer Verantwortung den Patienten gegenüber ihren freien Beruf frei von ökonomischen Zwängen auszuüben.

BERLINER ÄRZTE 1/2010

Mindestmengen nicht zum Maßstab für Qualität erheben

Die durch Mindestmengenregelungen forcierte Zentrenbildung trägt aus Sicht der ÄKB nicht zur Steigerung der Versorgungsqualität bei. Dies lässt sich am Beispiel der Frühchenversorgung in den Perinatalzentren belegen. Eine bloße Orientierung an einem Fallzahlgrenzwert kann dazu führen, dass qualitativ gute, aber kleine Zentren trotz niedriger Mortalitätsraten von der Versorgung ausgeschlossen werden und qualitativ schlechte Zentren mit vergleichsweise hohen Mortalitätsraten bestehen bleiben.

Die Ärztekammer Berlin weist darauf hin, dass nur in enger Zusammenarbeit von Leistungserbringern, Leistungsträgern und politischen Entscheidungsträgern eine gute Krankenhausversorgung der Berliner Bevölkerung erreicht werden kann.

Liebe Leserinnen und Leser,

vielen von Ihnen wird aufgefallen sein, dass Sie die Januar-Ausgabe von BERLINER ÄRZTE in Folie eingeschweißt im Briefkasten gefunden haben. Wir haben darauf hin einige Beschwerden bzw. Nachfragen bekommen, warum dies nötig sei.

Sie werden BERLINER ÄRZTE auch weiterhin in der Regel ganz normal, das heißt uneingeschweißt, erhalten. Notwendig ist eine Folie nur bei dickeren Einlegern (im Januar-Heft war dies der Fortbildungskalender der Helios Kliniken), die sonst beim Versand herausfallen würden. Durch die Einschweißung entstehen der Kammer bzw. den Kammermitgliedern keine weiteren Kosten. Wir werden aber darauf achten, dass dies nur in Ausnahmefällen vorkommt. Wir bitten um Ihr Verständnis.

Die Red.

Impfungen

Schweinegrippe: Unentgeltliche Impfung nur in begründeten Einzelfällen erlaubt

Die Ärztekammer Berlin weist aus aktuellem Anlass daraufhin, dass eine unentgeltliche ärztliche Beschäftigung nur in begründeten Einzelfällen erlaubt ist. Diese liegen dann vor, wenn ein übergeordnetes Allgemeinwohlinteresse die ärztliche Tätigkeit dringend erforderlich macht. Laut Berufsordnung (§ 29 Abs. 2 Satz 3) ist die Eingehung unentgeltlicher Beschäftigungsverhältnisse prinzipiell aber nicht gestattet. Hintergrund war die Ankündigung von niedergelassenen Kinderärzten, ohne Honorar im Auftrag der Bezirksgesundheitsämter gegen das A/H1N1-Virus zu impfen. Die Kammer bittet die betroffenen Ärztinnen und Ärzte deshalb darum zu prüfen, ob aus fachlicher Sicht die unentgeltliche Impfung aus übergeordneten und dringenden Allgemeinwohlinteressen tatsächlich erforderlich ist. Dabei sind die jeweils aktuellen Umstände einzubeziehen.

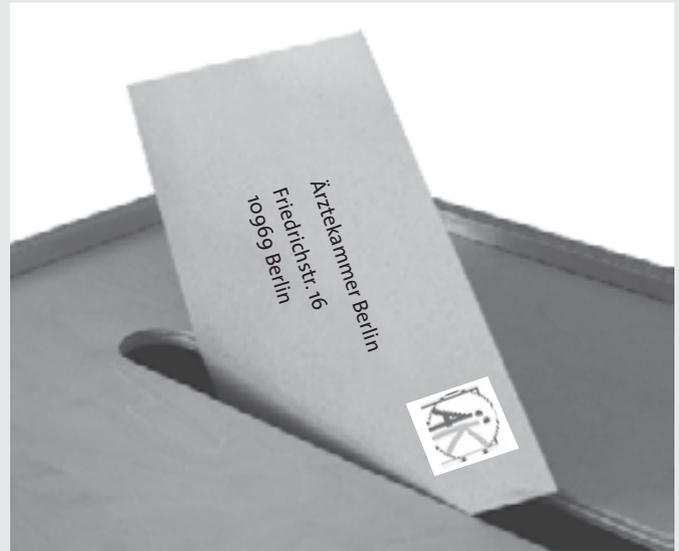


Zweifel an Wirksamkeit von Tamiflu

Während die Bundesländer um die Rücknahme des Impfstoffes gegen das Schweinegrippenvirus verhandeln, kritisieren Fachleute zunehmend die Wirksamkeit des Neuraminidasehem-

mers Oseltamivir (Tamiflu). Als wissenschaftliche Basis für die Wirksamkeit wird eine gepoolte Auswertung von zehn randomisierten Studien herangezogen, deren Autoren mit einer Ausnahme Angestellte oder bezahlte Berater des Herstellers Roche sind, wie das arznei-telegramm berichtet. Bei näherer Analyse der Studien tauchen zahlreiche weitere Ungereimtheiten auf. Forscher der internationalen Cochrane Collaboration erheben schwere Zweifel an der Wirksamkeit des Medikaments: Es gebe keinen klaren wissenschaftlichen Beweis dafür, dass Tamiflu Grippe-Komplikationen wie etwa eine Lungenentzündung verhindern könne, schreiben die Forscher um Tom Jefferson von der Cochrane Collaboration im renommierten „British Medical Journal“. Außerdem wurde erstmals bei Schweinegrippe-Patienten in

Deutschland eine Resistenz gegen Tamiflu nachgewiesen. Dies teilte die Uniklinik Münster laut Deutschem Ärzteblatt mit. „Die Resistenz bedeutet, dass sich das Virus während der Therapie mit Tamiflu verändert hat“, erklärte der Direktor des Instituts für klinische Mikrobiologie, Georg Peters, in Münster. Die Ärzte konnten demnach die Patienten vor, während und nach der Tamiflu-Therapie beobachten.



Kammerwahl 2010 – Informationen

Die 12. Amtsperiode der Delegiertenversammlung wird im Januar 2011 enden. Daher stehen im 4. Quartal des Jahres 2010 Neuwahlen an. Der Vorstand hat in seiner Sitzung im Januar 2010 den Wahlzeitraum für die Wahl (Briefwahl) zur 13. Amtsperiode der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin wie folgt festgelegt:

Beginn: Dienstag, 19. Oktober 2010

Ende: Freitag, 3. Dezember 2010, 18.00 Uhr

Nach der Wahlordnung erfolgt die Wahl aufgrund von Wahlvorschlägen, die eine Aufstellung der Listen und eine Benennung von Wahlbewerbern ermöglichen.

Für die Einreichung der Wahlvorschläge sind die von der Ärztekammer ausgegebenen Vordrucke zu verwenden. Diese Vordrucke können nach der Berufung des Wahlausschusses zur Verfügung gestellt werden.

Der Vorstand der Ärztekammer wird den Wahlausschuss voraussichtlich Ende Februar 2010

berufen. Die konstituierende Sitzung des Wahlausschusses wird zeitnah Ende Februar bzw. Anfang März stattfinden. Die Geschäftsstelle des Wahlausschusses – das Wahlbüro – wird demnach die Vordrucke für die Wahlvorschläge voraussichtlich ab Anfang März 2010 zur Verfügung stellen können.

Der Vorstand hat Herrn Christoph Röhrig zum Wahlkoordinator bestellt.

Wahlkoordinator
Christoph Röhrig
Tel.: 030 40806 – 2600
Fax: 030 40806 – 552600
Mail:
Kammerwahl2010@aekb.de
Brief:
Ärztekammer Berlin,
Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Wir werden Sie ab sofort laufend über den Wahlfortschritt informieren; nach der Wahlordnung erforderliche Bekanntmachungen oder Bekanntgaben des Vorstandes der Ärztekammer Berlin bzw. des von dem Vorstand berufenen Wahlausschusses erfolgen zu gegebener Zeit.

(UN)SICHTBARE VERLETZUNGEN



In Berlin gibt es inzwischen ein vielfältiges Angebot zur Behandlung von traumatisierten Menschen. BERLINER ÄRZTE hat sich angeschaut, welche Schwerpunkte es gibt und wo die Lücken liegen. Neueste Einrichtung ist das Traumazentrum der Bundeswehr, das im Mai 2009 gegründet wurde.

Von Ulrike Hempel

Traumabehandlung in Berlin

Behandlungszentrum für Folteropfer

Das bzfo gibt es seit Anfang 1992. Gemeinsam mit dem Zentrum für Flüchtlingshilfen und Migrationsdienste (zfm) ist es zum Synonym für eine umfassende Unterstützung und Therapie traumatisierter Opfer von Krieg, Folter, Flucht, Verfolgung und anderer Formen – vor allem staatlicher – Gewalt geworden. Im Juli 2008 wurde das Zentrum ÜBERLEBEN gegründet, das gemeinsame Dach für bzfo, zfm, Catania gGmbH und Überleben – Stiftung für Folteropfer.

Rückblickend stellt die Ärztin, Psychotherapeutin und Leiterin der beiden ambulanten Abteilungen für Erwachsene und Jugendliche, Dr. med. Mechthild Wenk-Ansohn, fest, dass sich in der langjährigen Arbeit des bzfo viele positive Entwicklungen abzeichnen wie etwa die Kooperationsweise unterschiedlicher Professionen (Sozialarbeiter, Ärzte, Psychologischen Psychotherapeuten etc.), die Erarbeitung von Standards für Begutachtungen/Stellungnahmen im Asylverfahren, aber auch die Schaffung interner Strukturen zum Schutz der Mitarbeiter vor Burnout, um nur einige zu nennen. Schildert Prof. Dr. med. Christian Pross (siehe Interview, Seite 20), dass noch vor circa 20 Jahren das Gebiet „Trauma“ eine große Unbekannte war, so gibt es inzwischen in Berlin relativ viele Kollegen, die sich mit dem Thema „Trauma“ befassen und entsprechend fortgebildet haben, sagt Wenk-Ansohn. Sie ist seit 1994 im bzfo tätig. Trotzdem reichen die vorhandenen Kapazitäten in Berlin noch nicht aus, auch

wenn das Interesse der Kollegen immer wieder groß ist. „Wir wissen, dass es im normalen Praxisbetrieb kompliziert ist, von uns einen Patienten zu übernehmen. Dazu gehört eine gehörige Portion Engagement.“ Die Ambulanz muss aber teilweise externe allgemeinärztliche, fachärztliche oder psychiatrische Behandlungen einleiten, was wegen des bürokratischen Aufwands sehr zeitaufwändig und nur in Einzelfällen erfolgreich ist: Insbesondere die psychotherapeutische Versorgungslage von Folteropfern und Flüchtlingen ist nach wie vor prekär, besonders in den umliegenden neuen Bundesländern. Die psychiatrische oder psychosomatische Grunddiagnostik und -versorgung scheidet häufig allein daran, dass es an Dolmetschern fehlt oder deren Kosten nicht übernommen werden. Frau Wenk-Ansohn erläutert: „Man muss sich immer wieder vergegenwärtigen, dass alle Menschen, die hier den Mitarbeitern des bzfo gegenüber sitzen, ÜBERLEBENDE sind. Das bedeutet sehr viel.“

Traumatisierung

Das bzfo beschreibt, woran traumatisierte Patienten beispielsweise leiden: an chronischen Schmerzzuständen, unkontrollierbaren Erinnerungen, Schlafstörungen, Alpträumen, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, psychosomatischen Beschwerden sowie schweren Depressionen. Sie haben Situationen intensiver Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen erlebt. Ein traumatisches Ereignis ist „das direkte persönliche Erleben oder Beobachten einer Situation, die mit dem Tod oder seiner Androhung, einer



Foto: bzfo

Dr. med. Mechthild Wenk-Ansohn

schweren Verletzung oder einer anderen Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit der eigenen oder einer anderen Person zu tun hat.“ Es bewirkt eine dauerhafte Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses, bestimmte Verarbeitungsmuster im Gehirn verändern sich, komplexe chronische Langzeitfolgen und ein vielschichtiger Symptomkomplex mit physischen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen sind häufig.

XENION

Ziel der politisch und religiös unabhängigen nichtstaatlichen Menschenrechtsorganisation ist es, Überlebende von Folter und organisierter Gewalt, die in Deutschland Schutz vor Verfolgung suchen, dabei zu unterstützen, ihre Rechte auf menschliche Würde und Wertschätzung geltend zu machen. „XENION“ (altgriechisch) bedeutet „Gastfreundschaft in der Fremde“. Die

Diagnostik, Begutachtung und Behandlung posttraumatischer Störungen im interkulturellen Setting

Eine modulare Fortbildungsreihe der Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin und der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit dem Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin (bzfo) und der Psychotherapeutischen Beratungsstellung für politisch Verfolgte XENION:

Die Fortbildungsreihe umfasst folgende Inhalte:

- Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen
- Diagnostik und Behandlung psychisch reaktiver Traumafolgen bei Flüchtlingen und Folteropfern, Arbeit im interkulturellen Setting (Erwachsene oder Kinder/Jugendl.)

Termine

Modul I: Grundlagen/Diagnostik

Sa./So., 20./21.03.2010

(Teilnahmegebühr: 200 €; 20 CME-Punkte)

Modul II: Erstellung von Gutachten

Sa./So., 19./20.06.2010

(Teilnahmegebühr: 200 €; 20 CME-Punkte)

Modul III: Behandlung

Fr./Sa., 24./25.09.2010

(Teilnahmegebühr: 160 €; 16 CME-Punkte)

Ort

Haus der Diakonie;

Paulsenstr. 55; 12163 Berlin

Wissenschaftliche Leitung/

Inhaltliche Auskünfte

Dr. med. M. Wenk-Ansohn;

Dr. med. F. Haenel (bzfo)

Tel.: 030 / 30 39 06-0

Anmeldung

Frau Hofmann-Britz,

Psychotherapeutenkammer Berlin

Tel.: 030 / 88 71 40-0

Fax: 030 / 88 71 40-0

E-Mail:

info@psychotherapeutenkammer-berlin.de

Psychotherapeutische Beratungsstelle hilft seit 1986 traumatisierten Flüchtlingen und Opfern von extremen Menschenrechtsverletzungen. Der Ansatz ist vor allem ein psychosozialer. Der Leiter der Einrichtung Dietrich F. Koch, Dipl. Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut, schätzt die Situation im Bereich der transkulturellen Traumatherapie äußerst defizitär ein: Folteropfer brauchen sehr schnell und sehr dringend muttersprachliche und stabilisierende Psychotherapie. „Es gibt ein wichtiges Postulat in der Behandlung von Traumatisierten: Sicherheit, Sicherheit und nochmal Sicherheit.“ Das heißt, führt Koch aus, wenn man jemanden aus der ständigen Bedrohung, Abgeschoben zu werden, nicht herausnehmen kann, dann wird auch die Therapie fragwürdig. Folter hat jedoch lange Zeit als Asylgrund überhaupt keine Bedeutung gehabt. „So haben wir es eigentlich ständig mit einer Situation zu tun, in der wir unsere Klienten nicht gesund therapieren können.“ Deshalb ist es für XENION stets von Bedeutung, wo der Mensch im Asylverfahren steht. Flankierend wird immer die Hilfe von Sozialarbeitern benötigt, die sich auch juristisch sehr gut auskennen und auch eine Kooperation mit Rechtsanwälten spielt eine große Rolle.

Opfer der Staatssicherheit der DDR

„Gegenwind“ ist eine Beratungsstelle für politisch Traumatisierte der ehemaligen DDR. Sie bietet Menschen psychosoziale und psychotherapeutische Hilfe an, die



Stefan Trobisch-Lütge

unter der SED-Diktatur politische Repression, Inhaftierung und psychische Zersetzung erfahren haben.

„Mit dieser Spezialisierung sind wir die einzige Einrichtung bundesweit“, sagt Dipl.-Psychologe und Psychoanalytiker Stefan Trobisch-Lütge, seit 1998 Leiter von „Gegenwind“. Die Beratungsstelle ist Ansprechpartner für zielgerichtete und umfassende Beratung und Begleitung bei: Psychotherapeutische Hilfen bei Folgeerkrankungen nach politischer Haft und Zersetzungsmaßnahmen; Hilfen im Umgang mit entschädigungs- und versorgungsrechtlichen Fragen; Initiierung und Anleitung von Selbsthilfegruppen zur Verarbeitung von traumatischen Erlebnissen und zum sozialen Austausch; Supervision und Weiterbildungsangebote für Einrichtungen, die politisch Traumatisierte der DDR-Diktatur beraten.

„Es wird erst jetzt offensichtlich, wie stark traumatisiert die betroffenen Menschen und ihre Familien sind und, dass die Bedeutung der Spätfolgen der

ÄRZTE GESUCHT

Wir suchen immer wieder nach (nicht nur, aber vor allem) psychotherapeutisch und psychiatrisch tätige Kollegen, die bereit sind – und Kapazitäten haben – die von uns tagesklinisch oder ambulant behandelten Patienten nach ihrer Entlassung aus unserem Behandlungszentrum in deren jeweilige Muttersprache weiterzubehandeln, bzw. die bereit sind, Dolmetschergemittelt zu arbeiten.

Unsere Patienten sprechen häufig: russisch, arabisch, kurdisch (v.a. kurmanji), farsi, bosnisch, albanisch, aber gelegentlich auch: tamil, tschetschenisch, portugiesisch, französisch, türkisch, lingala usw.

Wenn Sie einem unserer Patienten einen solchen Behandlungsplatz anbieten können, oder auch dauerhaft Patienten von uns übernehmen würden, bitten wir Sie sehr herzlich um eine kurze Meldung an info@bzfo.de oder Tel. (030) 303 906 0.

Vielen Dank!

Behandlungszentrum für Folteropfer e.V., Berlin

DDR-Diktatur zu lange unterschätzt wurde“, meint Trobisch-Lütge. Die Betroffenen leiden unter anderem unter schwerster Verunsicherung, einem hohen Misstrauenspotenzial, andauernde Persönlichkeitsänderungen nach Extrembelastung und vor allem an dem Gefühl, als Opfer eines Unrechtsregimes im wiedervereinigten Deutschland nicht angekommen zu sein. Die Erfahrungen seiner langjährigen psychotherapeutischen Praxis hat Trobisch-Lütge in das Buch „Das späte Gift“, 2004 erschienen im Psycho-sozial-Verlag, einfließen lassen.

Arzt, Psychotherapeut, Liedermacher und Stasi-Opfer

Dr. med. Karl-Heinz Bomberg wurde von der Stasi (operativer Vorgang „Sänger“) ausspioniert und 1984 wegen seiner regimiekritischen Lieder während der Arbeit auf der chirurgischen Station einer Klinik verhaftet. Bomberg war damals als Anästhesist tätig. Er wurde verurteilt, die Haftstrafe setzte man zur Bewährung aus, nach drei Monaten Untersuchungshaft wird er freigelassen. Heute ist Bomberg psychoanalytisch in eigener Praxis in Berlin-Prenzlauer Berg tätig und gilt als Experte für die psychischen Folgen von Repression in der DDR. Als politische Traumatisierung bezeichnet Bomberg den Umstand, „durch eine politisch motivierte Handlung psychisch traumatisiert worden zu sein“.

Worauf kommt es bei der Behandlung dieser Opfergruppe an? „Man muss die gesunden Anteile stärken und eine tragfähige Vertrauensbeziehung aufbauen. Dann erst ist die schrittweise Begegnung mit dem Trauma möglich“, sagt der FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und fügt hinzu, dass politisch Traumatisierte einen bestimmten Ausgangspunkt haben, wenn sie zu ihm in die Behandlung kommen. Es geht ihnen vor allem um die Anerkennung des erlittenen Unrechts. Das kann therapeutisch geschehen, aber auch gesellschaftlich bzw. versorgungsrechtlich.

FILMTIPP

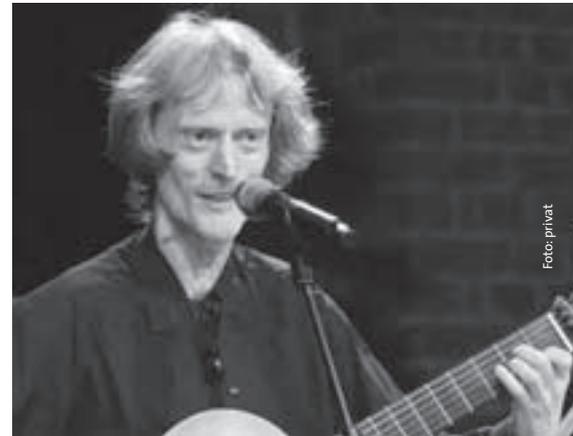
Der Dokumentarfilm „Gesicht zur Wand“ von Stefan Weinert „erzählt da weiter, wo der Oscar-prämierte Film ‚Das Leben der anderen‘ abbricht“ (DIE ZEIT). Fünf Menschen erinnern sich an politische Repression, Inhaftierung und psychische Zersetzung durch die Staatsicherheit der DDR, drei Männer und zwei Frauen von insgesamt 72.000 inhaftierten „Republikflüchtlingen“. Es sind die einfachen Sätze der Protagonisten und der Mut, für den Film an die Orte der Gefangenschaft zurückzukehren, die in der „Authentizität des Schreckens“ (Trobisch-Lütge) beklemmend sind: „Es ist die Angst, die mich in den Träumen noch heute ab und zu heimsucht und die einfach verwurzelt ist. Ich sage immer, wie ein Stein auf der Seele, der nie weggeht“.

(www.gesichtzurwand.de)

Bomberg hat, so sagt er, das Leid, das ihm von der Stasi zugefügt wurde, in Kompetenz verwandelt. Ihm selbst hat es in bestimmten Momenten der Haft geholfen, Arzt zu sein. „Die Kenntnis, dass Autosuggestion helfen kann, hat mir in der Zelle Kraft gegeben, wenn auch nur bedingt.“ Jenseits von menschlichem Zuspruch sei man ausschließlich auf sein Inneres angewiesen, eine Erfahrung, die man nur im Gefängnis oder ähnlichen Extremsituationen macht. Vor allem seine eigene DDR-Vergangenheit macht Bombergs Artikel „Unsichtbare Wunden“, erschienen in der Zeitschrift „Ärztliche Psychotherapie und Psychosomatische Medizin“ (Verlag Schattauer GmbH, Heft 04/2009) zu einem umfassenden und wissenschaftlich fundierten Beitrag hinsichtlich der Frage, wo uns heute die Vergangenheit einholt.

Kriegstraumatisierte Bundeswehrsoldaten

Soldaten begeben sich inzwischen deutlich häufiger wegen Traumafolgestörungen, nicht nur wegen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), in ärztliche Behandlung, erklärt Oberstarzt Dr. med. Peter Zimmermann, Leitender Arzt der Abteilung Psychiatrie, Psychotherapie und Psychotraumatologie des Bundeswehrkrankenhauses Berlin: 83 waren es im Jahr 2006, 149 im Jahr 2007, 2008 dann schon 245 und 2009 waren es schätzungsweise über 300 Soldaten, genaue Zahlen liegen jedoch



Dr. med. Karl-Heinz Bomberg

noch nicht vor. Zimmermann sieht einen Zusammenhang zwischen dem Anstieg der Behandlungspräferenzen und damit, dass mehr Bundeswehrsoldaten im Ausland zum Einsatz kommen sowie damit, dass die Bundeswehr den Zugang zum Hilfesystem vereinfacht hat.

Behandlung

Die meisten Soldaten lassen sich in den Bundeswehrkrankenhäusern behandeln, de facto herrscht freie Arztwahl. Grund: Das vorhandene Hintergrundwissen über das System Bundeswehr vereinfacht die Kommunikation. Hinzu kommt, dass viele Therapeuten selbst in Krisengebieten gewesen sind, Zimmermann war dreimal im Auslandseinsatz. Der Oberstarzt unterstreicht, die Behandlung eines traumatisierten Soldaten



Dr. med. Peter Zimmermann

unterscheide sich von einer traumatisierten Zivilperson insofern, als dass Soldaten, „ressourcenstark“ seien. Soll heißen, sie verfügen über ein intaktes Berufs- und Arbeitsumfeld sowie über ein gutes Kohärenzgefühl. „Auf diese Ressourcen können die Soldaten in der Traumatherapie zurückgreifen, um sich dem Schrecken nochmal zu stellen“, so der FA für Psychiatrie und Psychotherapie und Traumatherapeut.

Traumazentrum und Dunkelzifferstudie

Aufgrund eines gemeinsamen Antrags der Fraktionen von Union, SPD, FDP und Grünen zur Verbesserung der Hilfsangebote für betroffene Soldaten hat der Bundestag am 12. Februar 2009 die Einrichtung eines Forschungs- und Kompetenzzentrums der Bundeswehr beschlossen. Das Traumazentrum nahm am 1. Mai 2009 auf dem Gelände des Berliner Bundeswehrkrankenhauses die Arbeit auf und ist dem Institut für medizinischen Arbeits- und Umweltschutz der Bundeswehr (IMAUS) angegliedert. „Das Traumazentrum ist kein Gesamtzentrum, in dem behandelt und geforscht wird“, betont Zimmermann. Die Bündelung der Traumabehandlung in Berlin hätte für viele Soldaten und deren Angehörigen weite Anfahrtswege bedeutet. Aktuell ist der Forschungsschwerpunkt des Kompetenzzentrums für PTBS die so genannte Dunkelzifferstudie, die Anfang 2010 star-

tete. Die Studie wurde Mitte 2009 vom Bundesministerium der Verteidigung (BMVg) in Auftrag gegeben, um ein genaueres Bild davon zu bekommen, ob und wie viele durch Auslandseinsätze belastete Soldaten in der Bundeswehr vorkommen und wie sie das Betreuungs- und Präventionsangebot der Bundeswehr nutzen bzw. nicht nutzen.

Prävention

Das Handlungsspektrum der Bundeswehr bezüglich PTBS gliedert sich nach Zimmermann in drei Bereiche: präventive – vor dem Einsatz; sekundärpräventive – nach dem Einsatz; Therapie – bei Diagnose einer psychischen Erkrankung (z.B. PTBS). Ziel der folgenden Maßnahmen ist die Vermeidung bzw. zeitnahe Behandlung von Traumatisierungen der Soldaten:

- Personalauswahl vor dem Einsatz: Soldaten mit manifesten psychischen Erkrankungen gehen nicht in den Auslandseinsatz,

- Soldaten in der Einsatzvorausbildung auf extreme Situationen und traumatisches Umfeld psychisch und physisch vorbereiten,
- Vorgesetzte sensibilisieren, damit sie eine beginnende PTBS bei Untergebenen erkennen und entsprechend darauf reagieren,
- psychosoziales Netzwerk im Einsatzgebiet und in Deutschland: in dem Militärseelsorger, Truppenpsychologen, Truppenärzte, Sozialarbeiter zusammenarbeiten,
- eine kostenfreie Telefon-Hotline und eine im Internet geschaltete Informationsplattform, die von traumatisierten Soldaten, deren Angehörigen täglich rund um die Uhr genutzt werden kann,
- bundesweite Familienbetreuungsstellen, die den Angehörigen der Soldaten Beratungs-, Kultur- und Hilfsangebote machen,
- Soldaten bekommen bei Bedarf eine ambulante oder stationäre Therapie in einem Bundeswehrkrankenhaus, in dem nach zivilen Standards ausgebildete Traumatherapeuten tätig sind.

Stellungnahme von Katrin Lompscher, Senatorin für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, zum Angebot der Traumabehandlung in Berlin.

„Um traumatisierten, psychisch kranken Menschen möglichst optimal helfen zu können, gibt es in Berlin ein umfassendes psychiatrisches Versorgungssystem mit voll- und teilstationären wie auch ambulanten und komplementären Angeboten.

Das Erkennen und die Behandlung der Folgen von Verletzungen gehören zu den ältesten Zweigen ärztlicher Tätigkeit. Verletzungen durch Unfälle, Naturkatastrophen oder als Folge von menschlichen Auseinandersetzungen sind so alt wie die Menschheit selbst und haben neben körperlichen häufig auch massive seelische Auswirkungen auf die Betroffenen.

Seelische Verletzungen, also psychische Traumata können definiert werden als „ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, die mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergehen und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirken (zitiert nach: Fischer, Riedesser [Hg.]: Lehrbuch der Psychotraumatologie, 2. Auflage 1999, Ernst Reinhardt GmbH Co KG, Verlag, München).

Die Kontinuität der therapeutischen Beziehung und ein flexibler, differenzierter Umgang zum Beispiel mit Krisensituationen, Rückfällen oder Therapieab-



Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), vermutet, dass die Dunkelziffer der erkrankten Soldaten wegen des „inneren Ehrenkodexes“ beim Militär äußerst hoch ist. Die Angst, als Soldat versagt zu haben, aber auch Nachteile für die Karriere seien Gründe für das Verschweigen der Krankheit. Angesichts steigender Fallzahlen und absehbarer zukünftiger Ein-

satzszenarien müssen jedoch weitere Behandlungsmöglichkeiten geschaffen werden. Darunter Anlaufstellen, an die sich Soldaten auch anonym wenden können.

Fazit: Alle Einrichtungen und Interviewpartner, mit denen BERLINER ÄRZTE gesprochen hat, heben hervor: Die Kapazitäten zur Behandlung trau-

matisierter Patienten bzw. Klienten genügen bei weitem nicht, um all jenen Menschen in Berlin zeitnah professionelle Hilfe und Unterstützung zuteilwerden zu lassen, die sie dringend benötigen – einzige Ausnahme: das Bundeswehrkrankenhaus in Berlin sowie das Traumazentrum. Die anderen Projekte und Non-Profit-Organisationen (NPO) wären ohne breite finanzielle Zuwendungen, Sachleistungen, kreative Ideen und die unermüdliche Arbeit der Mitarbeiter undenkbar. Das Engagement der Ärzte und Helfer, das Angesichts der grenzenlosen Aufgabe und des vorhandenen Arbeitsvolumens zu keiner Zeit ausreichen wird, ist zugleich auch ein Appell an alle gesellschaftlichen Kräfte, Verstöße gegen die Menschenrechte zu verurteilen – egal wo, zu welchem Zweck oder in wessen Namen sie begangen werden.

Verfasserin:
Ulrike Hempel, Medizjournalistin

brüchen, sind daher von besonderer Bedeutung für den Therapieerfolg. Menschen, die schwere Traumatisierungen erfahren haben, können oft nur schwer Vertrauen fassen. Scham und ein geringes Selbstwertgefühl machen es ihnen besonders schwer, aktiv Hilfe zu suchen und Hilfsangebote zu nutzen. Während der letzten zwei Jahrzehnte wurde der Bedeutung von traumatischen Erfahrungen für die Entstehung und den Verlauf insbesondere von Suchterkrankungen mehr Aufmerksamkeit geschenkt, um Konsequenzen für Diagnostik und Therapie daraus abzuleiten. Nicht zuletzt das Thema Häusliche Gewalt und die oftmals damit verbundenen traumatischen Auswirkungen auf die Betroffenen sind zunehmend Gegenstand aktueller Forschungen sowie internationaler und nationaler Präventionsprogramme. Systematische und qualifizierte Aus-, Fort- und Weiterbildungen zum Thema sind notwendig, um das Verständnis für

die komplexen Folgen von Traumatisierungen zu fördern sowie diagnostische Kenntnisse für alle in diesem Bereich Tätigen zu gewährleisten und auszubauen.

Zusätzlich zu dem allgemeinen und gut ausgebauten psychiatrischen Versorgungssystem gibt es in Berlin noch eine Reihe von weiteren, spezifischen Angeboten. Hierzu zählen einzelne psychiatrische Kliniken, die Frauen nach erlebter sexueller Gewalt zur Verfügung stehen, wie zum Beispiel die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des St. Joseph-Krankenhauses in Berlin-Weißensee oder das Evangelische Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge in Lichtenberg. In der Charité steht für eine internationale Klientel das Zentrum für Interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie (ZIPP) zur Verfügung, dem eine Ethnopsychiatrische Ambulanz zugeordnet ist. Das Berliner Behandlungszentrum für Folteropfer e.V. bietet eine Vielzahl von ambulanten



Katrin Lompscher

und teilstationären therapeutischen Angeboten für kriegstraumatisierte Patientinnen und Patienten. Auch das psychosoziale Projekt „Gegenwind“, eine Beratungsstelle für politisch Traumatisierte der DDR-Diktatur, wird durch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz gefördert und unterstützt.“



Foto: privat

Prof. Dr. med. Christian Pross

Prof. Dr. med. Christian Pross, Arzt für Allgemeinmedizin und Psychotherapie, Ausbildung zum Supervisor und in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie, Mitbegründer und bis 2003 Leiter des Behandlungszentrums für Folteropfer (bzfo) Berlin, seit 2008 Honorarprofessor an der Charité Universitätsmedizin Berlin, seit 2009 Wissenschaftlicher Leiter der Arbeitsgruppe für Psychotraumatologie-Forschung am „Zentrum Überleben“ in Berlin, Autor des Buches „Verletzte Helfer – Umgang mit dem Trauma: Risiken und Möglichkeiten sich zu schützen“ (Klett-Cotta, 2009).

„Die Psychotraumatologie ist noch eine junge Wissenschaft“

BÄ: Wie schätzen Sie die Situation der Behandlung für Folteropfer in Berlin ein?

Das ist ein Gebiet, auf dem es immer noch sehr viel mehr Bedarf als Angebot gibt. Inzwischen gibt es zwar eine ganze Reihe von niedergelassenen Ärzten und Psychologen, die sich in der Traumadiagnostik und -therapie sowie der Betreuung von traumatisierten Flüchtlingen auskennen, aber die Warteliste des bzfo ist nach wie vor groß. Zu bedenken ist, dass Asylbewerber aus dem Raster unserer Gesundheitsversorgung herausfallen. Nach wie vor bekommen Flüchtlinge, die keinen gesicherten Aufenthalt haben, nur eine medizinische Basisversorgung über die Kasse bezahlt. Vieles, was wir aber im bzfo leisten wie Psycho-, Kunst- und Musiktherapie sowie Krankengymnastik, ist für Asylbewerber, die einen großen Teil unserer Klientel ausmacht, nicht abgedeckt und muss aus Spenden finanziert werden. Auch für die Gruppe der Stasi-Verfolgten gibt es viel zu wenig Angebote, so wie etwa die von „Gegenwind“, einer Beratungsstelle für politisch Traumatisierte der DDR-Diktatur. Auch die Kapazitäten reichen nicht aus. Die Zahl der ehemals in der DDR politisch Inhaftierten ist mit circa 300.000 sehr hoch.

BÄ: Zeichnen sich aber nicht dennoch Verbesserungen ab?

Ja, doch, man hat jetzt natürlich schon sehr viel mehr Erfahrungen. Als wir 1992 angefangen haben, war das Gebiet „Trauma“ eine große Unbekannte. Verwies man zu der Zeit einen Patienten an einen niedergelassenen Arzt oder las man Gutachten über einen Flüchtling, so konnte man feststellen, dass die meisten Kollegen davon so gut wie gar nichts wussten. Manche hatten noch nie etwas von der Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) gehört. Inzwischen hat sich das fast umgekehrt:

Trauma ist eine Art Mode geworden, der Begriff wird meines Erachtens viel zu häufig verwendet, popularisiert und trivialisiert. Die inflationäre Anwendung der Diagnose PTBS halte ich für äußerst fragwürdig.

BÄ: Welches Ziel verfolgen Sie mit Ihrem Buch „Verletzte Helfer – Umgang mit dem Trauma: Risiken und Möglichkeiten sich zu schützen“?

Während meiner langjährigen Tätigkeit auf diesem Arbeitsfeld habe ich sehr viele Spannungen und destruktive Konflikte erlebt und viele Kollegen getroffen, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben. Viele sind ausgefallen, weil sie dem Druck und dem Stress einfach nicht mehr gewachsen waren. Anfangs dachte ich, wir sind noch zu unerfahren. Dann glaubte ich, es sei ein persönliches Scheitern, aber nachdem ich mich weltweit in den Netzwerken der Traumazentren umgesehen habe, stellte ich fest, dass überall dort, wo man mit dieser Patientengruppe zu tun hat, die gleichen oder zumindest ähnliche Probleme auftreten. Dieser Beobachtung wollte ich auf den Grund gehen. Insgesamt habe ich in 13 Einrichtungen Einblick gewonnen, an Teamsitzungen teilgenommen, externe Evaluationen ausgewertet, davon 9 in westlichen Ländern und 4 in Schwellenländern vom Übergang einer Diktatur in die Demokratie. Mit insgesamt 72 Personen habe ich Interviews geführt. Anhand dieser qualitativen Daten konnte ich die Einrichtungen mit einem hohem Konflikt- und Stresspegel mit denen vergleichen, die einen niedrigen Konflikt- und Stresspegel aufweisen.

BÄ: Mit welchem Ergebnis?

Ich habe festgestellt, dass die Einrichtungen mit einem niedrigen Konflikt- und Stresspegel eine bestimmte Struk-

tur haben, die sich von den anderen Einrichtungen deutlich unterscheidet. So haben sie eine gut durchstrukturierte Arbeitsorganisation, eine klare Verteilung der Verantwortlichkeiten und Kompetenzen. Sie haben eine autorisierte Leitung und es gibt feste Rituale wie zum Beispiel strukturierte Fallbesprechungen sowie eine Fallsupervision durch einen externen, unabhängigen Supervisor. Hier werden mit den Therapeuten schwierige Fälle besprochen, was sehr wichtig ist, weil man sich bei Trauma-Patienten leicht verstrickt, in eine Überidentifizierung hineingerät und die professionelle Distanz verliert. Man braucht einen neutralen, erfahrenen Berater, der einem hilft, die eigenen blinden Flecke und Gegenübertragungen zu erkennen.

Die Einrichtungen mit hohem Konflikt- und Stresspegel haben diese Voraussetzungen in unzureichendem Maß oder gar nicht. Sie sind meist von charismatischen Gründern aufgebaut worden, die mit enormer Energie die Etablierung der Einrichtung oft gegen erhebliche Widerstände in der Gesellschaft durchgesetzt haben, aber weniger Wert legen auf Regeln, Organisation und Management. Das geht eine Weile gut, solange man noch ein kleines überschaubares Team ist, der Idealismus und der Schwung der Pionierphase anhält, man alles im Team bespricht und kollektiv entscheidet. Dieses basisdemokratische Modell funktioniert irgendwann nicht mehr, es ist dysfunktional, wenn die gewachsenen Aufgaben und die größere Mitarbeiterzahl mehr Arbeitsteilung und Differenzierung der Verantwortlichkeiten erfordern. Dann wird aber oft an diesem Modell weiter festgehalten. Es kommt zu enormen Konflikten und Grabenkämpfen. Wenn es dann keine funktionierende Leitung gibt, die für ein Konfliktmanagement sorgt, wird es chaotisch und destruktiv. Ich habe fest-

gestellt, dass dann traumatische Inhalte aus der Arbeit reinszeniert werden. Das heißt, dass es zum Beispiel Täter-Opfer-Projektionen gibt, Phantasien kursieren von Verfolgung und Bespitzelung durch Geheimdienste.

BÄ: Also sind in erster Linie Helfer, Ärzte, Psychotherapeuten von Verletzungen bedroht, die unter unzureichenden Arbeitsbedingungen tätig sind?

Es gibt inzwischen sehr viel Literatur über das so genannte sekundäre Trauma auch „stellvertretende Traumatisierung“ genannt¹. Dem liegt die Vorstellung zugrunde, dass in der Beziehung zwischen Helfer und Klient bzw. zwischen Arzt und Patient traumatische Inhalte übertragen werden und der Helfer oder Arzt dann selber Traumasymptome wie etwa Schlaflosigkeit, Alpträume, Schreckhaftigkeit und Gereiztheit entwickeln kann. Das ist ein Ansteckungsmodell. Aber ich glaube, dass das nicht stimmt: Gibt es eine haltgebende Struktur für die Helfer, die es erlaubt, die destruktiven Inhalte zu verarbeiten, zum Beispiel im Rahmen von Fallsupervision, dann wird diese „Ansteckung“ nicht stattfinden oder zumindest abgeschwächt. Ein wesentliches Ergebnis meiner Forschungsarbeit ist, dass Struktur und professionelles Management eine gute Prävention gegen diese Prozesse sind und zu einer Entlastung führen. Hoher moralischer Anspruch, Überidentifikation mit Klienten, Selbstaufopferung, Workaholicismus gepaart mit narzisstischen Größen- und Retterphantasien führen zu Überforderung, Erschöpfung, chaotischen Arbeitsabläufen und Konflikten unter den Ärzten und Helfern.

BÄ: Welche Handlungsempfehlung geben Sie?

Ich plädiere für mehr Professionalität, für gutes Management und bessere

Arbeitsorganisation in den Einrichtungen, die Menschen helfen, die schweren traumatischen Belastungen ausgesetzt waren. Ich glaube, dass auch jede Leitungskraft in regelmäßigen Abständen ein Coaching braucht, denn als Leiter ist man sehr auf sich allein gestellt, hat wenig Unterstützung und ist Projektionsfläche und Zielscheibe negativer Energie. Das ist ein enormer Stress und manchmal übermenschlich, was man dafür eine Last zu tragen hat. Ein Organisationsberater kann helfen, zu erkennen, was schief läuft, wie Reibungsverluste entstehen und wie man diese vermeiden kann.

BÄ: Bekommen Sie auf das Buch „Verletzte Helfer“ auch negatives Feedback?

Bisher eher das Gegenteil. Das Buch schildert schlichtweg Defizite und destruktive Prozesse, die ja nicht von Helfern gewollt sind, denn sie handeln in bester Absicht für hehre Ziele. Die Psychotraumatologie ist einfach noch eine junge Wissenschaft und ich würde diese Defizite als Kinderkrankheiten eines noch nicht sehr reifen Fachgebietes bezeichnen. Ich zeige Wege auf, wie man es anders und besser machen kann im Sinne eines professionellen Fehler- und Qualitätsmanagements wie es inzwischen im Gesundheitswesen Standard ist. Das ist keine Nestbeschmutzung, wenn man die Qualität der Arbeit aufgrund von fundierten Recherchen und konstruktiver Kritik zu verbessern sucht.

BÄ: Wir bedanken uns für das Gespräch.

Das Gespräch führte
Ulrike Hempel

¹McCann L, Pearlman LA (1990) Vicarious Traumatization: A Framework for Understanding the Psychological Effects of Working with Victims. In: Journal of Traumatic Stress, Vol. 3, No.1, pp. 131-149; Figley CF (ed.) (1995): Compassion Fatigue, Coping with secondary traumatic stress disorders in those who treat the traumatized. New York, Brunner and Mazel.

Weiterbildungsordnung:

Die wichtigsten Änderungen des 8. Nachtrags

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin hat in ihrer Sitzung am 11. November 2009 den 8. Nachtrag zur aktuellen Weiterbildungsordnung beschlossen. Dieser war notwendig geworden, weil die Weiterbildungsgänge an die tatsächlichen Entwicklungen in Klinik und Praxis angepasst werden mussten. Die zuständige Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz hat eine Genehmigung des Nachtrages für den Beginn dieses Jahres in Aussicht gestellt. An dieser Stelle sollen nur die wesentlichsten Eckpunkte dieser Weiterentwicklung der Weiterbildungsordnung dargestellt werden. Anfang Dezember ist der 7. Nachtrag in Kraft getreten. Die Weiterbildungsordnung inklusive 7. Nachtrag finden Sie auf der Homepage der Kammer (www.aerztekammer-berlin.de).

Von Michael Peglau

Neu ist, dass es niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten künftig möglich sein wird, eine Weiterbildung zum Erwerb einer Zusatzbezeichnung auch in Teilzeit zu absolvieren. Damit wird dem Wunsch vieler Ärzte entsprochen. Die Änderung im Paragraphenteil (§ 4 Absatz 6) stellt einen echten Fortschritt dar und sorgt für eine größere Gerechtigkeit zwischen niedergelassenen und klinisch tätigen Ärzten. Die Weiterbildungszeit verlängert sich bei einer Weiterbildung in Teilzeit entsprechend einer Weiterbildung in Vollzeit. Eine Weiterbildung in Teilzeit kann nur angerechnet werden, wenn sie vorher angezeigt und von der Ärztekammer als anrechnungsfähig bestätigt worden ist.

Der wachsenden Bedeutung der Geriatrie wird in Berlin mit der Einführung einer eigenständigen Facharztkompetenz Innere Medizin und Geriatrie Rechnung getragen. Vorausgegangen war ein langjähriger, heftiger und kontroverser Meinungsstreit vor dem Hintergrund der Beibehaltung einer alleinigen Zusatzbezeichnung Geriatrie oder einer Einführung einer eigenständigen Facharztkompetenz. Berlin beschreitet den Weg sowohl als auch, das heißt es gibt weiterhin die Zusatzbezeichnung Geriatrie. Mit der Einführung des eigenen Facharztes ist Berlin nach Brandenburg und Sachsen-Anhalt die dritte Kammer, die diesen Weg geht.

Größere Klarheit

Im Bereich der Röntgendiagnostik – fachgebunden – ist es mit dem 8. Nachtrag besser als bisher möglich, eine gezielte Differenzierung der einzelnen Organgebiete vorzunehmen. Es wird damit für Arzt und Patienten klargestellt, dass der Arzt die Röntgendiagnostik nur für ganz bestimmte Organgebiete erworben hat. In der Vergangenheit gab es in einzelnen Facharztqualifikationen Irritationen bezüglich der fachgebundenen Anwendung der gebietsbezogenen Tumortherapie. Diesem Umstand trägt die Ärztekammer Berlin mit klareren Formulierungen in der Weiterbil-

dungsordnung Rechnung. Innerhalb der Facharztqualifikationen wird nunmehr explizit auf die Weiterbildungsinhalte der gebietsbezogenen Tumortherapie verwiesen. Klarer als bisher wird damit, dass es sich bei der 2004 neu eingeführten Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumortherapie um eine gebietsübergreifende Weiterbildung mit zusätzlichen Inhalten und wesentlich umfangreicheren Anforderungen handelt.

Änderung der (Muster-)Weiterbildungsordnung möglich

Zum Jahresende 2009 hat sich auf einer Klausursitzung die Bundesärztekammer mit der Weiterentwicklung der (Muster-)Weiterbildungsordnung befasst. Es ist damit zu rechnen, dass sich der Deutsche Ärztetag 2010 in Dresden mit der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung ebenfalls auseinandersetzen wird. Sollte eine neue (Muster-)Weiterbildungsordnung verabschiedet werden, würde dies für die Länder bedeuten, ihre eigenen Weiterbildungsordnungen zu erneuern. Die Abteilung Weiterbildung der Ärztekammer Berlin bereitet sich auf eine mögliche neue Weiterbildungsordnung bereits jetzt intensiv vor. Fest steht aber schon heute, dass die künftige Berliner Weiterbildungsordnung stark von der kommenden (Muster-)Weiterbildungsordnung abweichen wird. Dies ergibt sich alleine daraus, dass die (Muster-)Weiterbildungsordnung an das besondere Versorgungsfeld eines Stadtstaates wie Berlin angepasst werden muss.

Mehr Beratung

Auf Wunsch des Ehrenamtes soll im Jahre 2010 außerdem ein neues Beratungsangebot für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung wie auch für zur Leitung der Weiterbildung Befugte geschaffen werden. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abteilung Weiterbildung stehen dann nicht nur im Hause der Ärztekammer Berlin und am Telefon für Beratungen persönlich zur Verfügung stehen, sondern werden schrittweise in ausgewählten Kliniken „Vor-Ort-Beratungen“ durchführen. Die Verwaltung sucht derzeit nach einer praktischen Lösung. Außerdem ist denkbar, dass die ehrenamtlichen Mitglieder der Bildungsausschüsse in diesem Jahr in Form von Sprechstunden für die Kammermitglieder zur Verfügung stehen. Zunächst soll mit zwei Bildungsausschüssen dieses erweiterte Beratungsangebot modellhaft erprobt werden. Abschließend wollen wir noch darauf hinweisen, dass sich der jährliche Tag der Weiterbildung als feste Instanz bewährt hat und auch im Jahre 2010 eine Wiederauflage erfahren soll.

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

200 Jahre Gesellschaft für Natur- und Heilkunde

Die Gesellschaft für Natur- und Heilkunde begeht in diesen Tagen ihren 200. Geburtstag. Gegründet im gleichen Jahr wie die Berliner Universität, nämlich 1810, hat die Gesellschaft als nicht eingetragener, im Stillen wirkender Verein alle politischen Systeme überstanden.

Von Hans-Herbert Wegener

Der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde gehörten und gehören namhafte Vertreter der Naturwissenschaften und der Medizin Berlins an. Die Mitglieder werden auf Lebenszeit gewählt und behalten ihre Mitgliedschaft auch, wenn sie zum Beispiel einen Ruf an andere Universitäten erhalten haben oder nach Erreichen des Ruhestandes aus Berlin wegziehen. In ihr praktizieren Mediziner der verschiedensten Fachrichtungen zusammen mit Pharmazeuten, Chemikern, Afrikaforschern, Geologen und vielen anderen Naturwissenschaftlern interdisziplinäres Denken, was sich bereits in der Zusammensetzung der Gründungsmitglieder widerspiegelt:

Im Jahre 1810 gehörten dazu der Chemiker und Apotheker Martin Heinrich Klaproth, der Botaniker und Arzt Carl Ludwig Willdenow, 1. Direktor des Botanischen Gartens in Berlin, Freund und Lehrer Alexander von Humboldts, ferner der Begründer der Militärärztlichen Akademie („Pepiniere“) Johannes Görke und der vierte Ehrenbürger Berlins, Ernst Ludwig Heim, auch er ebenso wie Görke Leibarzt der königlichen Familie, insbesondere der Königin Luise. Hinzu kamen der Begründer des Fruchtwechsels in der Landwirtschaft, Albrecht Thaer, der Anatom Karl Asmund Rudolphi und mit Christof Wilhelm Hufeland ein weiterer Leibarzt der Königin Luise.

Die Mitglieder der Gesellschaft in der Mitte des 19. Jahrhunderts reflektieren zugleich die Blütezeit der Berliner Universität. Viele Berliner Straßen tragen noch heute ihren Namen. Stellvertretend seien genannt: der Anatom, Physiologe und Pathologe Johannes Müller, einer der bedeutendsten

Naturwissenschaftler: Christian Gottfried Ehrenberg, namhafte Chirurgen wie Dieffenbach, Wilms, v. Langenbeck und Ernst von Bergmann, die Afrikaforscher Gustav Nachtigal und Wilhelm Peters, der erste Direktor des Zoologischen Gartens, Martin Heinrich Lichtenstein.

Hervorragende Mitglieder des 20. Jahrhunderts waren u.a. der Chirurg und Forstwirt August Bier, die Chirurgen Werner Körte und Wilhelm Heim, der Hygieniker und langjährige Präsident des Robert-Koch-Institutes und des Bundesgesundheitsamtes Georg Henneberg, die Pharmakologen Heubner und Herken, die Pharmazeuten Schenck und Fömming.

Nach der „Wende“ im Jahre 1989 wurden verstärkt anerkannte Wissenschaftler und Ärzte aus dem Ostteil der Stadt als Mitglieder aufgenommen, war doch durch die Teilung der Stadt deren Aufnahme über Jahrzehnte hinweg nicht möglich gewesen. Zu ihnen gehörte der unvergessene Anatom Johannes Staudt.



Die Gesellschaft für Natur- und Heilkunde tritt nur alle 25 Jahre an die Öffentlichkeit. Anlässlich des diesjährigen besonderen Jubiläums finden aber zahlreiche öffentliche Veranstaltungen statt, deren Gestaltung Mitglieder der Gesellschaft übernommen haben und zu denen Sie herzlich eingeladen sind: zu Vorträgen, Ausstellungen, Institutsbesichtigungen oder ganztägigen Exkursionen. Das entsprechende Programm können Sie abrufen bei:

Prof. Dr. Peter Götz, Altensteinstr.42, 14195 Berlin, oder per E-Mail unter goetzp@zedat.fu.berlin.de, ferner im Internet unter www.gnh-berlin.de.

ANZEIGE

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 besprochen 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
■ Teil D: Motivierende Gesprächsführung 05.02.-06.02.2010	Veranstaltungsreihe der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Sucht Akademie 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. 25)	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
■ 17.04.2010	Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 135 €	9 P
■ 26.04.-28.04.2010	Arbeitsmedizinische Gehörvorsorge nach G 20 „Lärm“	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 360 €	31 P

<p>■ 04.-05.06.2010 25.-26.06.2010 02.-03.07.2010</p>	<p>Strukturierte curriculäre Fortbildung: Grundlagen der medizinischen Begutachtung, 3 Module (weitere Informationen s. S. 4)</p>	<p>Ärzttekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin</p>	<p>Information: Tel.: 40806-1203 E-Mail: begutachtung@aekb.de Anmeldung erforderlich Gebühren: 400 €</p>	<p>10 P pro Modul</p>
<p>■ 20.05. – 22.05. 2010 01.07. – 03.07. 2010 02.09. – 04.09. 2010 10.12. – 11.12.2010</p>	<p>Ärztliche Führung in Zeiten des Wandels ein Kurs in 4 Modulen (weitere Informationen s. S.25)</p>	<p>Evangelische Bildungsstätte auf Schwanenwerder, Inselstraße 27-28 14129 Berlin</p>	<p>Informationen, ausführliches Programm und Anmeldung: Tel.: 40806-1403 oder -1400 E-Mail: aerztliche-fuehrung2010@aekb.de Maximal 18 Teilnehmer</p>	<p>80 P</p>

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.

Termin: Freitag 26.03.2010 – Samstag 27.03.2010
Ort: Ärztekammer Berlin

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

Ärzttekammer 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

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 Kamingsgesprächen 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

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:	Ärzttekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Gesamtgebühr:	128,- Euro
Information und Anmeldung:	Telefon: 030/40806-1203, E-Mail: a.hellert@aekb.de

Entscheidungskorridore nicht vergessen

Ergebnisse der Fachtagung Adherence

Würden Geldflüsse in der Medizin in Zukunft ausschließlich an die Einhaltung messbarer Indikatoren gekoppelt, wäre dies das Ende aller Konzepte, die eine partizipative Entscheidungsfindung von Arzt und Patienten befördern wollen. Das Kunststück, einerseits leitliniengerecht zu behandeln, aber dennoch Entscheidungskorridore zu lassen, so dass Patienten bei der Wahl der Therapie und der Ausgestaltung von Behandlungspfaden individuell mitentscheiden können, ist eine der größten Herausforderungen in der Chronikerbetreuung der Zukunft. Dies sind zwei wichtige Ergebnisse der Fachtagung „Adherence“, die am 11. Dezember 2009 im Hause der Ärztekammer stattfand. Es handelte sich hierbei um eine Folgeveranstaltung zum Berliner Gesundheitspreis 2008 – seinerzeit ausgeschrieben vom AOK Bundesverband, der AOK Berlin und der Ärztekammer Berlin. Gemeinsam mit Experten und Fachleuten aus dem Publikum wollten die Initiatoren die Möglichkeiten und Grenzen der Adherence-Konzeption ausloten. Zudem galt es zu prüfen, ob ein solches Konzept tieferen Eingang in Vertragsgestaltung, Fortbildung, Medizinstudium und Qualitätssicherung finden kann.

Von Sybille Golkowski

Hinter dem etwas sperrigen Anglizismus „Adherence“ steckt ein anspruchsvolles Kommunikationskonzept, das allerdings – so betonte Professor Norbert Schmacke von der Universität Bremen – noch nicht komplett „fertig“ ist. Nach WHO-Definition bezeichnet die Adherence zunächst einmal nur das Ausmaß, in dem das Verhalten eines Patienten mit den Behandlungszielen und -wegen übereinstimmt. Dem geht ein gemeinsamer Entscheidungsprozess voraus. Dabei informiert der Arzt den Patienten dezidiert über sein persönliches Erkrankungsrisiko oder seine bereits manifeste Erkrankung und stellt ihm die zur Verfügung stehenden Therapieoptionen in Nutzen und Risiken evidenzbasiert vor. Die Entscheidung über die einzuschlagende Therapie wird von beiden gemeinsam getroffen.

Eine besondere ärztliche Haltung

Die Förderung größtmöglicher Adherence setzt eine besondere Haltung des Arztes zu seinem Patienten voraus. Er muss in-

nerlich offen und über weite Strecken aktiv zuhörend arbeiten; eine Haltung, die die Autonomie des Patienten respektiert und für beide Seiten durchaus ungewohnt sein kann. Förderlich sind einer solchen Kommunikation sogenannte „Decision Aids“ (Entscheidungshilfen), die das persönliche Risikoprofil des Patienten anschaulich zeigen und verschiedene Therapie-Optionen in ihren individuellen Wirkungen und Risiken verständlich vorstellen. Solche Hilfen können elektronischer Natur sein, aber auch aus Texten, Broschüren oder Zusammenfassungen bestehen, die eine persönliche Beratung begleiten. Die individuelle Lebenssituation des Patienten und seine wichtigsten Behandlungsziele müssen aktiv abgefragt werden. Timing und Wortwahl sind dabei sicherlich sowohl Patienten- wie Krankheits- und Arzttyp-abhängig.

Wie viel Zeit dieses Vorgehen kostet, wurde seitens der Teilnehmer unterschiedlich bewertet. Der Bremer Hausarzt Günter Egidi sprach von einem „beträchtlichen Mehraufwand“, den er auch nur in bestimmten Behandlungssituationen betreiben könne. Professor Martin Härter vom

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf verwies hingegen auf eine Studie aus dem Jahre 2007, die bei gemeinsamer Entscheidungsfindung mit Diabetikern nur 2 bis 3 Minuten mehr Aufwand im Vergleich zum herkömmlichen Aufklärungsgespräch verbuchte. Wer von beiden der Wahrheit am nächsten liegt, blieb offen.

Sind die Patienten am Ende gesünder?

Die spannende Frage, ob eine gemeinsame Entscheidungsfindung auch zu besseren Behandlungsergebnissen führt, lässt sich (noch) nicht eindeutig beantworten. Norbert Schmacke zitierte eine systematische Cochrane-Review aus dem Jahre 2008. Es zeigte sich, dass bei Kurzzeitbehandlungen der Einsatz von schriftlichem Informationsmaterial und telefonischen Erinnerungssystemen die Therapietreue nachweislich verbessert. Bei Langzeitbehandlungen empfiehlt sich indes eine breite Kombination verschiedenster Instrumententypen. Gute Beratungsgespräche, schriftliche Zusatzinformationen, Reminder-Systeme, Dokumentationshilfen und elektronisches Monitoring, aber auch telefonische Nachfasseraktionen können in Kombination die Therapietreue auch in der Behandlung chronischer Langzeitleiden verbessern. Allerdings waren auf lange Sicht die Erfolge eher bescheiden. Erdrutschartige Verbesserungen des Gesundheitszustandes der Patienten konnte die Cochrane-Review auf lange Sicht nicht vermelden.

Therapietreue um 19 % höher

Das mag jedoch auch an den Untersuchungszielen der bislang zu diesem Thema vorhandenen Forschungsprojekte liegen. Martin Härter betonte, dass es kaum Studien gebe, die den Gesundheitszustand von Patienten, die an der Therapieentscheidung beteiligt wurden, auch langfristig mit dem einer anders betreuten Kontrollgruppe vergleichen. Was allerdings eine Review von Nierek und DiMatteo aus dem Jahre 2009 zeigte: Arzt-Patienten-Kommunikation und Adherence sind positiv korreliert. Das Risiko, dass sich der Patient nicht an Absprachen hält oder seine Medikamente nicht regelmäßig ein-

nimmt, ist bei einem ungünstigen ärztlichen Kommunikationsstil um 19 % erhöht. Verschiedene große Übersichtsarbeiten zum Thema zeigen, dass gemeinsame Therapieentscheidungen

- zu einer realistischeren Erwartung an Erkrankungsverläufe führen,
- das Wissen und damit die Möglichkeit zur Mitarbeit des Patienten erhöhen,
- die Therapietreue erhöhen,
- die gegenseitige Zufriedenheit mit dem Behandlungsverlauf verbessern und
- schwierige, lebensverändernde Therapieentscheidungen erleichtern.

In diesen Ergebnissen sieht der Bielefelder Pflegewissenschaftler Dr. Michael Schulz eine Stärke des Konzepts. Es sei völliger Unsinn, zu messen, ob ein Patient seine Medikamente eingenommen hat oder nicht, so Schulz. Vielmehr zähle allein, ob der Patient für sich und sein Leben eine gute Entscheidung getroffen habe. Scharfe Kritik übte Schulz jedoch an den Kostenträgern, die Kliniken zwingen, einen vorgegebenen Behandlungspfad einzuschlagen, sonst fließt kein Geld. Eine solche Finanzierungslogik führe die Ziele einer gemeinsamen offenen Therapieentscheidung ad absurdum.

Geldflüsse nach messbaren Indikatoren?

Und in der Tat beißt sich das Adherence-Konzept an dieser Stelle mit allen Finanzierungssystemen, die an die Erfüllung zuvor festgelegter Standards gekoppelt sind und den therapeutischen Freiraum eng bemessen. Auch die Idee des Pay for Performance (P4P) kann hierzu gerechnet werden. Zwar ist die pure Existenz flächendeckender Behandlungsleitlinien ein großer Fortschritt in der Medizin. Doch das Konzept der Adherence-Förderung beruht letztlich darauf, dass es möglich ist, sich von solchen Therapieschemata zu lösen und flexibel auf Lebensumstände und Ziele des Patienten zu reagieren. Wie es Ärzte schaffen können, dem Patienten zwar eine leitliniengerechte Behandlung anzubieten und dies auch zu dokumentie-

Gemeinsames Entscheiden ist sinnvoll, wenn...

- chronische und stark lebensverändernde Erkrankungen vorliegen, deren Therapie Konsequenzen für die weitere Lebensführung des Patienten,
- überhaupt mehrere gleichwertige, im besten Fall evidenzbasierte Therapieoptionen zur Wahl stehen,
- Patienten eine Beteiligung wünschen.



Schon im Medizinstudium – aber auch später berufsbegleitend – müssen Ärzte mit entscheidungsoffenen Kommunikationskonzepten vertraut gemacht werden: Dr. med. Christoph Heintze vom Institut für Allgemeinmedizin der Charité (l.) diskutiert mit Kai Kolpatzik (AOK Bundesverband) und dem Bremer Allgemeinmediziner Günter Egidi (r.) auf dem Abschlusspodium.

ren, sich jedoch von diesem Schema auch lösen zu können, wenn der Patient dies wünscht (ohne sich dabei dem Vorwurf der Manipulation und Leistungskürzung auszusetzen) bleibt eine spannende Frage.

Doch sobald Geld nur dann fließt, wenn auch entsprechende Verordnungen getätigt und Behandlungskaskaden ausgelöst werden, kann eine partizipative Entscheidungsfindung am Ende nicht stattfinden. Kai Kolpatzik, Leiter der Abteilung Prävention beim AOK-Bundesverband, plädierte deshalb dafür, bei Vergütungssystemen der Zukunft breitere Entscheidungskorridore einzuplanen, die eine solche Flexibilität zulassen. Grundsätzlich sei es wichtig, bei der Vergütung bereits den Einsatz Adherence-fördernder Instrumente positiv zu berücksichtigen, was derzeit in kleineren Vertragsstrukturen modellhaft erprobt werde.

Mehr „Kommunikation“ ins Medizinstudium

Die abschließende Podiumsdiskussion bewertete den derzeitigen Stellenwert des Themas „Kommunikation“ in der deutschen Mediziner Ausbildung als sehr unbe-

ANZEIGE

friedigend. Zwar verfüge etwa die Hälfte aller Universitäten mit humanmedizinischem Studiengang in Deutschland über Kommunikationslehrgänge, so Dr. med. Christoph Heintze vom Institut für Allgemeinmedizin der Charité. Allerdings können diese Schulungen letztlich nur ein Anreißer sein. Es sei wichtig, dass im Laufe des ärztlichen Berufslebens immer wieder zur Kommunikation geschult werde. Hier liegt ein breites Aufgabenfeld für Ärztekammern und Anbieter qualifizierter Fortbildungen.

Kommunikationsprozesse zur Förderung der Adherence werden in Zukunft nicht nur allein durch Ärzte, sondern zunehmend auch von Pflegekräften durchgeführt. Eine anspruchsvolle neue berufliche Spezialisierungsmöglichkeit für diese Berufsgruppe.

Für jede Krankheit eine eigene Strategie sinnvoll

Es zeigt sich, dass für unterschiedliche Krankheitsbilder sehr unterschiedliche

Instrumententypen sinnvoll sind. Bietet sich zum Beispiel bei der Behandlung der Epilepsie eine IT-gestützte Dokumentationshilfe wie die Software Epivista, möglicherweise kombiniert mit weiteren Self-Monitoring-Systemen an, so muss z.B. bei Brustkrebspatienten oder psychisch Kranken völlig anders angesetzt werden. Kommunikationsorientierte Konzepte stehen hier im Vordergrund.

Bei der individuellen Risikoabschätzung zu den großen Volkskrankheiten und der Wahl bestimmter Behandlungsstrategien und Verhaltensänderungen liegt ein attraktives Einsatzgebiet elektronischer Entscheidungshilfen. Der Wettbewerbssieger arriba, eine Beratungssoftware für Hausärzte zum Thema „Herz-/Kreislaufkrankungen“ ist dafür ein anschauliches Beispiel. Dem Patienten wird zunächst auf Basis seiner persönlichen Daten ein individuelles Krankheitsrisiko ausgerechnet. Das Programm offenbart, wie viele von 100 potenziellen Doppelgängern des Patienten im Laufe

der nächsten Jahre an einem Herzinfarkt oder einem Schlaganfall sterben würden. Dies geschieht anhand verschiedenfarbiger Smilies auf dem Bildschirm, die Risiken sichtbar quantifizieren können. Nun kann der Patient sehen, wie sich bestimmte Lebensstiländerungen oder die Einnahme von Medikamenten auf die Entwicklung der Smilies auswirken würden. Es steht ihm selbst offen, was er aus diesen Informationen macht, ein Faktum, das die beiden „Väter“ der arriba-Software, Professor Norbert Donner-Banzhoff und Professor Attila Altiner, deutlich betonten.

Dieses Loslösen von eigenen ärztlichen Überzeugungen ist sicherlich der für Ärzte schwierigste Aspekt der Adherence-Förderung. Aber es kann ärztliches Arbeiten auch befriedigender machen, denn es entlastet vom Wunsch, den Patienten partout in eine bestimmte Richtung bewegen zu wollen. Und damit entlastet er von der frustrierenden Erfahrung, dass dies eben am Ende nicht möglich ist. sygo

Er war ein Berliner

Hermann Johannes Pfannenstiel (1862-1909) zum 100. Todestag

Vor rund 100 Jahren, im Juli 1909, verstarb im Alter von 47 Jahren Hermann Johannes Pfannenstiel (Abb. 1). „... Er infizierte sich gelegentlich der Vornahme einer Operation und folgte der wegen einer eitrig zerfallenen Eierstocksgeschwulst Operierten im Tode nach...“ (Martin u. v. Rosthorn 1909). Eine kleine Stichverletzung am Mittelfinger der linken Hand hatte letztlich zu einer (damals) nicht beherrschbaren Sepsis geführt (Krömer 1909). Damit verlor die deutsche Gynäkologie des frühen 20. Jahrhunderts einen international ausgerichteten, angesehenen Ordinarius, der durch sein operatives Geschick, aber auch durch seine Art, eine Klinik zu führen, sowie Dank seiner offenbar charismatischen Persönlichkeit im In- und Ausland auf sich aufmerksam gemacht hatte (Ludwig 2005).

Von Matthias David und Andreas D. Ebert

Bekannt geworden war Pfannenstiel vor allem durch seine Modifikation des Unterbauchquerschnitts, dem suprasymphysären Faszienschnitt, die bis heute mit seinem Namen verbunden ist und die

hauptsächlich in der Gynäkologie, aber auch in der Urologie und der Chirurgie vielfach Anwendung findet. Um die Jahrhundertwende hatten verschiedene gynäkologische Operateure (Küstner, Rapin)



Abb. 1: Porträt H. J. Pfannenstiel (1862-1909)

in Ergänzung des vaginalen Operationsweges bereits Vorschläge zur Eröffnung des Abdomens über einen Querschnitt gemacht (Ludwig 2005). Ziel war es, „...Nachteile und Übelstände der [Längs]Laparotomie zu beseitigen, nämlich die entstehende Narbe und die Möglichkeit der Entstehung eines Bauchbruches...“

(Pffannenstiel 1900). Pffannenstiel hatte nun den von ihm so genannten Küstner'schen suprasymphysären Kreuzschnitt so modifiziert, dass er die Faszia nach Durchtrennung von Haut und Unterhaut nicht längs sondern ebenfalls quer durchtrennte und dann erst den Längsschnitt durch die Linia alba ausführte, der auch das Peritoneum umfasste (Pffannenstiel 1905). Dieses Operationsverfahren beschrieb Pffannenstiel ausführlich und erstmalig 1900 in der „Sammlung Klinischer Vorträge“ (Abb. 2), nachdem er seinen „suprasymphysären Faszienschnitt“ seit Mitte Juni 1898 in seiner Breslauer Klinik 51 Mal mit Erfolg ausgeführt hatte. Er schreibt hier: „...Der suprasymphysäre Querschnitt sollte nur dort ausgeführt werden, wo eine kleinere Öffnung des Abdomens ausreicht, um alle erforderlichen Eingriffe in übersichtlicher und schonender Weise vorzunehmen. ... Es kommen also vor allem in Betracht: 1. gewisse entzündliche Erkrankungen, 2. gewisse Lageveränderungen des Uterus und 3. die frühen Stadien der Extrauterin gravidität mit ihren Folgen. Dagegen möchte ich von dem suprasymphysären Faszienschnitt im Allgemeinen ausschließen die Neubildungen der Gebärmutter und ihrer Adnexe. ... So ist also das Indikationsgebiet für den suprasymphysären Faszienschnitt allerdings ein etwas beschränktes, aber in den geeigneten Fällen hat sich diese Schnittführung so außerordentlich bewährt, dass ich sie auf das wärmste empfehlen kann, vornehmlich als ein Beitrag zur Austilgung der Hernien nach der Laparotomie...“ (Pffannenstiel 1900).

Martin und von Rosthorn (1909) schrieben in ihrem Nachruf auf Pffannenstiel und über die Durchsetzung dieses operativen Zugangsweges: „...Der von ihm ausgebildete suprasymphysäre Faszienschnitt bildet in der Tat eine der letzten Etappen für die abdominale Chirurgie. Im vollen Bewußtsein der Schwierigkeit, welche sich der



Abb. 2: Deckblatt der Erstveröffentlichung von 1900 zum suprasymphysären Faszienschnitt (5)

Einbürgerung derartiger Vorschläge entgegenstellen, ist Pffannenstiel immer wieder und überall dafür eingetreten. Er hat noch die Genugtuung erlebt, dass sein Verfahren immer ausgiebigere Anerkennung gefunden hat; kommende Generationen werden voraussichtlich diesen Faszienschnitt als die Schulmethode übernehmen...“ (Martin u. v. Rosthorn 1909).

Was den meisten jetzigen Berliner Kollegen kaum bekannt sein dürfte – Hermann Johannes Pffannenstiel wurde am 28. Juni 1862 in Berlin als Sohn des königlichen Bankassessors Hermann Pffannenstiel geboren, hier besuchte er die Schule, hier studierte er an der Friedrich Wilhelm-Universität Medizin und promovierte nach dem Staatsexamen 1885 mit einer Dissertation über „Exstirpatio uteri carcinomatosa“, in der er das Material der Charité-Frauenklinik (Direktor: Prof. Adolf Gusserow) auswertete (Martin u. v. Rosthorn 1909) und hier machte er auch erste praktische ärztliche Erfahrungen. Dann ging er als Assistenzarzt an das Städtische Krankenhaus Posen und wurde schließlich

Assistent der Breslauer Universitäts-Frauenklinik. Sein späterer väterlicher Freund, Prof. Heinrich Fritsch, der Inaugurator der „Fritschen Haken“ und damalige Direktor der Klinik, hatte ihn für die Frauenheilkunde interessieren können. 1890 habilitierte sich Pffannenstiel an der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität Breslau mit einer Studie „Über die Pseudomucine der cystischen Ovarialgeschwülste“ (Philipp u. Hörmann 1955). Die intensive wissenschaftliche Beschäftigung mit der Pathologie von Ovarialtumoren ermöglichte es Pffannenstiel letztlich, im damals maßgeblichen „Handbuch der Gynäkologie“ von Johannes Veit das Kapitel über die Pathologie der Ovarien sowie die Erkrankung des Eierstocks und des Nebeneierstocks zu schreiben. „Er schuf ein grundlegendes Werk, welches weiterzuführen und in der zweiten Auflage mit der Summe der weiteren Forschungsergebnisse aus der gesamten Weltliteratur jugendfrisch zu erhalten, ihm noch vergönnt war...“, so urteilten die ebenfalls maßgeblichen Zeitgenossen (Martin u. v. Rosthorn 1909). Im Oktober 1886 übernahm Pffannenstiel die gynäkologische Abteilung des Breslauer Krankenhauses der Elisabethinerinnen. 1896 wurde er zum Titularprofessor ernannt. Pffannenstiel war auch nach Fritschs Berufung nach Bonn weiter als privater Lehrer und Examinator an der Breslauer Universitäts-Frauenklinik tätig. 1902 erfolgte dann seine Berufung zum Ordinarius an die Universität Gießen.

ANZEIGEN

Im Verlaufe des Jahres 1904 lehnte er Berufungen nach Erlangen und Freiburg ab, wofür sich die hessische Regierung mit einer großzügigen Erweiterung der Gießener Universitäts-Frauenklinik, dem Titel eines Geheimen Medizinalrates und mit dem Ludwigs-Orden-Ritterkreuz bedankte (Kroemer 1909). Aus seinen Gießener Jahren stammte unter anderem ein interessanter Vortrag, den Pfannenstiel 1906 auf dem mittelrheinischen Ärztetag hielt, und der ihn als kritisch-differenzierten Betrachter der eigenen Fachrichtung und der so genannten „gynäkologischen Reflexneurosen“ ausweist: „...Aus der Zeit der verfeinerten gynäkologischen Diagnostik und des Ausbaues der pathologischen Anatomie der weiblichen Sexualorgane stammt die Hochwertung der Frauenleiden, stammt die Lehre von den Reflexneurosen, stammt die noch heute sowohl bei Laien wie bei Ärzten vielfach herrschende Anschauung, dass die gynäkologischen Leiden für die allerverschiedensten Störungen des Allgemeinbefindens, vornehmlich im Bereiche des Nervensystems verantwortlich zu machen sind. Wenn nun auch seit länger als einem Jahrzehnt sowohl von neurologischer als auch ganz besonders von gynäkologischer Seite mit steigendem Nachdruck darauf hingewiesen worden ist, dass die Lehre von den Reflexneurosen auf recht schwachen Füßen steht und dass die Bedeutung der Frauenleiden für den Gesamtorganismus gewaltig überschätzt wurde, so kann sich doch die allgemeine ärztliche Denkweise noch immer nicht von dem Dogma der reflektorischen

Erkrankungen speziell bei Frauenleiden losmachen...“ (Pfannenstiel 1906).

Ab 1891 bekleidete Pfannenstiel die Funktion des ständigen Schriftführers der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und ab 1896 war er Mitherausgeber des „Archiv für Gynäkologie“. Im Juni 1907 erhielt Pfannenstiel den Ruf an die Universitäts-Frauenklinik nach Kiel. In einem Nachruf heißt es dazu: „...*Es fiel ihm nicht leicht, von den freundlichen Giessenern zu scheiden. Doch nahm er den Ruf an, weil sich ihm dadurch Aussicht auf einen umfassenderen Wirkungskreis im weiteren Vaterlande bot. Kaum zwei Jahre war es ihm vergönnt, als Nachfolger Werth's [in Kiel] zu lehren und zu wirken. Unter anderem fand er noch Zeit zu einer dreimonatlichen Studienreise durch die Vereinigten Staaten von Nordamerika, nach England und Paris, welche er im Frühjahr 1908, begleitet von seiner Gattin, unternahm. In den anstrengenden Wochen dieser Reise, für welche er sich durch Sprachstudien vorbereitet hatte, war der elastische Mann nicht allein der Empfangende, sondern auf Bitten der amerikanischen Kollegen oft genug der Gebende. In vielen Hörsälen hat er gesprochen, in so manchem Operationsaal seine Methoden praktisch demonstriert. Die Berichte der amerikanischen Kongresse aus dem Frühjahr 1908 zeigten uns Pfannenstiel als sprachgewandten internationalen Redner...*“ (Kroemer 1909).

Pfannenstiel kam „auf der Höhe seines Lebens“ nach Schleswig-Holstein und schien berufen, die Führung der deut-

schen Frauenheilkunde mit zu übernehmen, als ihm der tragische Berufsunfall 1909 zum Verhängnis wurde (Philipp u. Hörmann 1955).

Ihn zu würdigen stiftete einer seiner Nachfolger im Amt des Klinikdirektors in Kiel, Prof. Kurt Semm, anlässlich des 70. Todestages 1979 eine Pfannenstiel-Gedächtnisplakette und rief anlässlich der 175-Jahr-Feier der Kieler Hebammenschule eine „Stiftung zum Gedenken der Professoren Gustav Adolph Michaelis und Hermann Johannes Pfannenstiel“ ins Leben (Jensen 1989).

Verfasser:
PD Dr. med. Matthias David
Charité-Universitätsmedizin Berlin
Campus Virchow-Klinikum
Klinik für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe

Professor Dr. med. Dr. phil. Dr. h.c.
Andreas D. Ebert
Klinik für Gynäkologie und
Geburtsmedizin
Vivantes Humboldt-Klinikum, Berlin

Korrespondenzanschrift:
Priv. Doz. Dr. med. Matthias David
Charité Universitätsmedizin Berlin
Campus Virchow-Klinikum
Klinik für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin
Tel.: 030 / 450 564 032
Fax.: 030 / 450 564 904
matthias.david@charite.de

Literatur bei den Verfassern.

Frauenheilkunde im Land des Feuers

In den letzten Jahren stand Azerbaijan, die kleine Kaukasusrepublik am Kaspischen Meer, (s. Abb.) aufgrund des Gebietskonfliktes mit Armenien, aber vor allem auch aufgrund seiner Rohstoffreserven und gelegentlich auch wegen seiner von Bert Vogts trainierten Fußball-Nationalmannschaft im Fokus europäischer Interessen. Da Azerbaijans Wirtschaft derzeit aufgrund der Erdöl- und Gasreserven boomt, profitiert auch der Gesundheitssektor davon.

Von Andreas D. Ebe

Bereits seit 2006 fahren Berliner Frauenärzte und Mediziner nach Baku und halten dort in enger Kooperation mit der Azerbaijan Medical University (AMU), der Klinik Avrazia und mit dankenswerter Unterstützung der Deutschen Botschaft Vorlesungen, Seminare und Kurse für Ärzte und Studenten ab. Auf der nunmehr IV. Berlin-Baku-School of Gynecology, Obstetrics, Perinatal Medicine, Gyneco-logic Endocrinology/

Reproductive Medicin and Health Care Management wurden erstmals in einem ehemaligen GUS-Land nationale Leitlinien vorgestellt, die für die Gebiete „Endometriose“ und „Hysterektomie“ mit deutschen Spezialisten gemeinsam erarbeitet und unter der Schirmherrschaft des Azerbaijanischen Gesundheitsministeriums publiziert wurden. Die Grundlage hierfür bildeten die langjährigen Aktivitäten der Deutsch-Aserbaidtschanischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie e.V. (DAGGG e.V.), deren Vize-Präsident, Doz. Dr. Islam Magalov, den



Geografische Lage der Republik Azerbaijan

Kongress in Baku erfolgreich mit den Firmen Storz und Bayer Schering sowie den Berliner Kollegen organisierte. Die diesjährigen Themenschwerpunkte Pränatalmedizin (M. Entezami), Human-genetik (R. Wegner), Geburtshilfliches Management (N. Fuhr), Endokrinologie und Reproduktionsmedizin (Ch. Stoll/ A. D. Ebert), operative Gynäkologie (Olga Langolf/A. D. Ebert), Urogynäkologie (W. Pritze, Waldshut-Tingen), Endometriose (I. Magalov, H. Bakhirova, A. D. Ebert) und Health Care-Management (A. Schmitt) spiegelten das gesamte

Spektrum des Fachgebietes und führten mit den Teilnehmern und Vertretern des azerbaijanischen Gesundheitsministeriums zu konstruktiven vergleichenden azerbaijanisch-deutschen Diskussionen.

Eine sehr erfreuliche Konsequenz der seit 2006 traditionell vom deutschen Botschafter, Exzellenz Dr. P. C. Stanchina, eröffneten bilateralen Berlin-Baku-School besteht in der erfolgreichen, nachhaltigen Etablierung eines bisher einmaligen medizinischen Austausch-programmes, in dessen Rahmen seit 2007 inzwischen 50 azerbaijanische Ärzte aller Fachdisziplinen in den Berliner Vivantes Kliniken für jeweils drei Monate ausgebildet wurden. Das anfänglich als „Vivantes-Siemens-Fellowship“ von A. Schmitt (Vivantes), A. D. Ebert (DAGGG e.V.) und Partnern der Industrie initiierte Austauschprogramm wurde nun erstmalig als staatliches Programm der azerbaijanischen Partner realisiert. Diese KollegInnen konnten einen tiefen Einblick in das deutsche Gesundheitswesen mit all seinen Vor- und Nachteilen erwerben, neue Kontakte knüpfen und zahlreiche positive Ideen in ihrem Heimatland umsetzen.

Interessenten melden sich bitte beim Verfasser:

Prof. Dr. med. Dr. phil. Dr.h.c.
Andreas D. Ebert
für die Deutsch-Aserbaidtschanische
Gesellschaft für Geburtshilfe und
Gynäkologie e.V

E-Mail: andreas.ebert@vivantes.de

ANZEIGE

Zum Tode Walter Schefflers



Foto: Archiv

Walter Scheffler ist am 17. Dezember 2009 im Anschluss an einen unausweichlichen operativen Eingriff wenige Wochen nach Vollendung

seines 89. Lebensjahres verstorben.

Im Jahre 1920 in Berlin geboren, in Königs-Wusterhausen und Zeuthen bis zum Abitur aufgewachsen, musste er als 18-Jähriger zum Arbeitsdienst, und ein Jahr später wurde er zur Wehrmacht eingezogen. Das war im Jahre 1939 und bedeutete auch für ihn persönlich: Krieg. Er meldete sich freiwillig zum Medizinstudium, das in Trimestern zwischen den Wehrdienstzeiten absolviert und im Frühjahr 1945 mit dem Staatsexamen und der Promotion zum Dr. med. noch während des Krieges beendet wurde. Noch im Jahr 1945 begann er als Assistenzarzt an der (erst ab 1948 universi-

tären) Frauenklinik der Freien Universität in der Pulsstraße, ehe er ab 1949 bis 1952 als einer der Oberärzte unter Paul Schäfer die Leitung der Geburtshilflichen und Gynäkologischen Poliklinik übernahm. Im Jahre 1952 ließ sich Scheffler in eigener Frauenarztpraxis nieder, die er erst im Jahre 1990 aufgab.

Als Frauenarzt genoss er das Vertrauen vieler Berlinerinnen weit über die Grenzen seines Niederlassungsbezirkes hinaus, als Kollege besaß er über Jahrzehnte hinweg das Vertrauen zahlreicher Ärztinnen und Ärzte Berlins, deren Sprecher in der „Liste aus Klinik und Praxis“ (später „Äskulap“) er war und die ihn von 1966 bis 1998 für acht Legislaturperioden, also 32 Jahre lang, in die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin wählten. Hier war er als Mitglied des Ältestenrates auf Ausgleich zwischen den berufspolitischen Lagern bedacht; als (eher unbequemes) Mitglied der Haushaltskommission und gleichzeitiger Delegierter der Ärztekammer beeinflusste er manchen Wirtschaftsplan des jeweiligen Vorstandes; seit 1983 bis 2002 war Scheffler zunächst Mitglied, ab 1987

bis 2002 stellvertretender Vorsitzender des Aufsichtsausschusses im Versorgungswerk der Berliner Ärztekammer.

Wer Walter Scheffler über Jahrzehnte hinweg in seinem beruflichen, berufspolitischen und darüber hinaus gehenden Wirken begleiten durfte, wird zustimmen: Seine Person nahm er dabei immer zurück, sein Handeln in allen Funktionen war das eines Dienenden: seinen Patientinnen, seinen Kolleginnen und Kollegen, seinen Freunden.

Im hohen Alter hatten die letzten Jahre wahrlich wenig Gutes für ihn bereit, mehrere sehr komplizierte und komplikationsreiche Hüftoperationen und eine zunehmende Einschränkung der Sehfähigkeit bis hin zur nahezu völligen Erblindung machten ihm zu schaffen. Und dennoch nahm er bis in die letzten Wochen seines Lebens an allem Anteil und gab guten Rat, der oft in Anspruch genommen wurde und der nun fehlen wird.

Mit Walter Scheffler hat die Ärzteschaft Berlins einen Kollegen verloren, der sich um mehrere Arztgenerationen größte Verdienste erworben hat und dem wir ein ehrendes Andenken bewahren werden.

Dr. med. Hans-Herbert Wegener

In memoriam Lech Wierny



Foto: privat

Schüler von ihm beeindruckte er durch Herzlichkeit, Prinzipientreue, würdevolle Anteilnahme und unglaublichen Erfahrungsschatz. Ein Leben ohne

Arbeit wollte er sich nicht vorstellen und dankbar partizipierten von dieser Aufopferungsgabe viele Einrichtungen in Deutschland, Polen und Europa.

Am 3. November starb im Alter von 82 Jahren einer „der Ersten“ der minimalinvasiven Katheterdiagnostik und -therapie, Dr. sc. med. Lech Wierny. Geboren in Pruszkow/Polen, studierte er in Zabrze/Polen und war danach nahezu sechs Jahrzehnte als Radiologe erst in seinem Heimatland und später überwiegend im Institut für kardiovaskuläre Diagnostik der Charité Berlin tätig. Seit den 60er Jahren zählte er durch seine Innovationen zu den Begründern der modernen Kathethertherapie. Sein Verfahren zum perkutanen Verschluss des persistierenden Ductus arteriosus mittels eines katheterinterventionell eingebrachten

Ivalonverschlußsystems wurde patentiert (gemeinsam mit W. Porstmann und H. Warnke), verhalf mehreren hundert Patienten zu besserem Leben und wurde zu einem Meilenstein für andere minimalinvasive kurative (!) und palliative Verfahren. Er war oft der Arbeiter im Hintergrund, von bescheidener und zurückhaltender Art – hatte jedoch großen Anteil daran, seinem Institut zu internationaler Geltung zu verhelfen.

Bis zu seinem 82. Lebensjahr engagierte er sich mit seinem Rat für das Fach und gab jungen Kollegen sein Wissen weiter. Viele tausend Patientinnen und Patienten, seine Schüler und Kollegen haben ihm viel zu verdanken.

Dr. med. Matthias Fischer

Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung!

Bestandene Facharztprüfungen Oktober bis Dezember 2009*

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Mariam Abdalsalami	FA Diagnostische Radiologie	10.12.09
Musa Abu Sada	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	26.11.09
Kerrin Adlung	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	06.10.09
Dr. med. Christine Albert	FA Anästhesiologie	15.12.09
Dr. med. Hendrik Albrecht	FA Visceralchirurgie	17.12.09
Dr. med. Stephan Albrecht	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	08.12.09
Melanie Alex	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	30.12.09
Guadalupe Alva Pufleau	FA Anästhesiologie	08.10.09
Heike Anders	FA Augenheilkunde	21.10.09
Dr. med. Tamer Arslan	FA Chirurgie	15.12.09
Priv.-Doz. Dr. med. Marcus Baha	FA Visceralchirurgie	10.11.09
Oliver Bartelt	FA Kinder- und Jugendmedizin	09.12.09
Prof. Dr. med. Klaus-Jürgen Bauknecht	FA Visceralchirurgie	15.12.09
Elisabeth Beckel	FA Innere Medizin	09.12.09
Dr. med. Anke Bethkenhagen	FA Anästhesiologie	01.12.09
Klaus Bierhenke	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	08.12.09
Dr. med. Tim Bleckmann	FA Innere Medizin	28.10.09
Dr. med. Kristina Böhm	FA Öffentliches Gesundheitswesen	21.10.09
Thomas Böhnke	FA Anästhesiologie	01.12.09
Jana Böldt	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	21.10.09
Tobias Brandenburg	FA Plastische Chirurgie	15.12.09
Dr. med. Burt Brauer	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	08.12.09
Dr. med. Michael Bremer	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	07.10.09
Dr. med. Olaf Brettschneider	FA Anästhesiologie	08.10.09
Dr. med. Nico Charlier	FA Kinder- und Jugendmedizin	08.12.09
Beate Christel	FA Allgemeinmedizin	01.12.09
Dr. med. Günter Cichon	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	21.10.09
Dr. med. Nalan Coban	FA Innere Medizin	09.12.09
Peter Dirscherl	FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	08.12.09
Thi Van Huong Do	FA Innere Medizin	04.11.09
Anke Dreyer	FA Anästhesiologie	27.10.09
John Dronsella	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	06.10.09
Arne Kai-Uwe Ebeling	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	26.11.09
Dr. med. Holm Edelman	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	08.12.09
Dr. med. Jan Eick	FA Innere Medizin	11.11.09
Dr. med. Ekkehard Elsässer	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	13.10.09
Andrea Enders	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	22.12.09

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Dr. med. Andreas Engelbert	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	17.11.09
Dirk Engelmann	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	13.10.09
Matthias Federlein	FA Visceralchirurgie	20.10.09
Dr. med. Thomas Fiedler	FA Innere Medizin	11.11.09
Michael Fischer	FA Arbeitsmedizin	12.11.09
Susanne Fitzon	FA Chirurgie	13.10.09
Dr. med. Tobias Franiel	FA Radiologie	12.11.09
Dr. med. Shirley Freifrau von Lepel	FA Allgemeinmedizin	15.12.09
Dr. med. Gunter Frenzel	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	14.10.09
Dr. med. Michael Gaevert	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	13.10.09
Dr. med. Uwe Gentkow	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	08.12.09
Dr. med. Dr. med. dent. Corvin Glatzer	FA Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	16.12.09
MUDr. Leona Grimm	FA Chirurgie	17.11.09
Dr. med. Cornelius Grüber	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	26.11.09
Dr. med. Stefan Grund	FA Visceralchirurgie	20.10.09
Dipl.-Med. Ute Gutglück	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	13.10.09
Dr. med. Katja Höhne	FA Augenheilkunde	11.11.09
Dr. med. Oliver Haase	FA Gefäßchirurgie	15.12.09
Julia Häcker	FA Radiologie	10.12.09
Dr. med. Anja Maria Hägele	FA Radiologie	10.12.09
Dr. med. Klaus Halbhübner	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	14.10.09
Eva Hamann-Alter	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	09.12.09
Christian Heath	FA Anästhesiologie	01.12.09
Dr. med. Jens Heidel	FA Visceralchirurgie	17.12.09
Dr. med. Claudia Heimbächer	FA Innere Medizin	28.10.09
Tobias Hellenschmidt	FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	13.10.09
Dr. med. Thomas Helms	FA Psychiatrie und Psychotherapie	17.12.09
Dr. med. Tim Hendgen	FA Nervenheilkunde	08.12.09
Dr. med. Peter Heumann	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	07.12.09
Kerstin Hohgräwe	FA Allgemeinmedizin	08.12.09
Dr. med. Sören Hörnig	FA Innere Medizin und Pneumologie	16.12.09
Dr. med. Markus Hühn	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	07.10.09
Dr. med. Bernd Hüske	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	07.12.09
Mahmoud Ismail	FA Chirurgie	17.11.09
Dr. med. Uwe Jaeger	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	14.10.09
Dr. med. univ. Afshin Jawari-Ghassemi	FA Neurologie	15.12.09
Dr. med. Ralph Jekat	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	08.12.09
Dr. med. Gunhild Jeschke	FA Chirurgie	13.10.09
Richard Kaminsky	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	07.10.09
Dr. med. Caroline Kann	FA Innere Medizin	09.12.09

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Thomas Kaul	FA Innere Medizin	11.11.09
Dr. med. Martin Georg Kees	FA Anästhesiologie	15.12.09
Dr. med. Holger Keller	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	08.12.09
Dr. med. Roland Kersten	FA Anästhesiologie	08.10.09
Dipl.-Med. Felix Kirsch	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	06.10.09
Dominik Klaasen van Husen	FA Neurologie	15.12.09
Dr. med. Andrea Schwendy	FA Innere Medizin	09.12.09
Anja Knöll	FA Dermatologie und Venerologie	30.12.09
Dr. med. Natalia Konrad-Dohle	FA Neurologie	10.12.09
Dr. med. Holger Kopera	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	13.10.09
Jens Koschig	FA Anästhesiologie	27.10.09
Dr. med. Ulf Kuhlee	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	07.10.09
Dr. med. Volker Julius Lacher	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	14.10.09
Dr. med. Maren Laurenz	FA Kinder- und Jugendmedizin	09.12.09
Dr. med. Hae-Hyuk Lee	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	04.11.09
Silvia Lehenbauer-Dehm	FA Innere Medizin	28.10.09
Dr. med. Christoph Tobias Lehr	FA Allgemeinmedizin	20.10.09
Dr. med. Mariatu Binta Leigh	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	21.10.09
Hans-Georg Liesaus	FA Visceralchirurgie	13.10.09
Dr. med. Alexandra Lingesleben	FA Psychiatrie und Psychotherapie	01.12.09
Dr. med. Hartwig Lipke	FA Diagnostische Radiologie	12.11.09
Annette Loewe	FA Innere Medizin und Kardiologie	16.11.09
Dr. med. Alexander Macke	FA Chirurgie	13.10.09
Dr. med. Marcene Makowski	FA Innere Medizin	14.10.09
Dr. med. Robert-Marco Manka	FA Innere Medizin	04.11.09
Astrid Marg	FA Anästhesiologie	01.12.09
Dr. med. Lore Marretta	FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	28.10.09
Bartlomiej Maszynski	FA Innere Medizin	28.10.09
Dr. med. Mignon Lesly Meier-Henco	FA Psychiatrie und Psychotherapie	13.10.09
Dr. med. Sabine Meister	FA Diagnostische Radiologie	10.12.09
Dr. med. dent./RUS Dr. med. Irina Mell	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	14.10.09
Tanja Müller	FA Kinder- und Jugendmedizin	11.11.09
Wilmar Müller	FA Arbeitsmedizin	12.11.09
Dr. med. Johanna Mulzer	FA Innere Medizin	23.11.09
Dr. med. Bartolomäus Muskala	FA Neurochirurgie	26.11.09
Peter Naatz	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	07.10.09
Artashes Navasardyan	FA Herzchirurgie	15.12.09
Dr. med. Nico Negraszus	FA Augenheilkunde	21.10.09
Alla Neuhausen-Abramkina	FA Innere Medizin	14.10.09
Dalia Dler Nuri	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	09.12.09
Dr. med. Maria Nürnberg	FA Innere Medizin	11.11.09
Dr. med. Jochen Oeltjenbruns	FA Anästhesiologie	15.12.09
Jens Offermann	FA Neurologie	10.12.09
Dr. med. Carolin Opgen-Rhein	FA Psychiatrie und Psychotherapie	03.12.09

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Dr. med. Leena Pape	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	09.12.09
Juliana Park	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	28.10.09
Dr. med. Alexa Patzelt	FA Dermatologie und Venerologie	04.11.09
Dr. med. Moritz Peill-Meininghaus	FA Anästhesiologie	15.12.09
Dr. med. Vasileios Petousis	FA Augenheilkunde	21.10.09
Dr. med. Anika Petrausch	FA Allgemeinmedizin	15.12.09
Dr. med. Wolfgang Phillip	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	13.10.09
Claudia Popp	FA Innere Medizin	14.10.09
Judith Preißler	FA Psychiatrie und Psychotherapie	03.12.09
Prof. Dr. med. Josef Priller	FA Psychiatrie und Psychotherapie	12.11.09
Sven Prinz	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	13.10.09
Dr. med. Katrin Annett Putzier	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	14.10.09
Boris Nicolai Reichert	FA Visceralchirurgie	17.12.09
Dr. med. Matthias Rogalski	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	13.10.09
Dr. med. Stefan Röpke	FA Psychiatrie und Psychotherapie	17.12.09
Dr. med. Berit Rosche	FA Neurologie	15.10.09
Dr. med. Michael Rothkopf	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	08.12.09
Kai Röttger	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	17.11.09
Priv.-Doz. Dr. med. Jens-Carsten Rückert	FA Visceralchirurgie	20.10.09
Dr. med. Meike Rudolf	FA Allgemeinmedizin	01.12.09
Dr. med. Jens Samol	FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	28.10.09
Dr. med. Tobias Schade	FA Innere Medizin	09.12.09
Astrid Schenkluhn	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	09.12.09
Dr. med. Frank Schindler	FA Psychiatrie und Psychotherapie	12.11.09
Bianca Schläger	FA Anästhesiologie	27.10.09
Dr. med. Jens-Peter Schmalfeldt	FA Visceralchirurgie	20.10.09
Dr. med. Sven-Christian Schmidt	FA Visceralchirurgie	10.11.09
Sybille Schmidt	FA Visceralchirurgie	13.10.09
Dr. med. Volker Schmitz	FA Visceralchirurgie	13.10.09
Dr. med. Adrian Schreiber	FA Innere Medizin	09.12.09
Dr. med. Ralf Schröder	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	07.12.09
Dr. med. Christine Schürmann	FA Innere Medizin	09.12.09
Dott. Valentina Siddi	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	30.12.09
Dr. med. Rinata Sigal	FA Augenheilkunde	11.11.09
Stephan Simon	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	13.10.09
Dr. med. Uwe Simon	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	08.12.09
Dr. med. Priska Spencker	FA Innere Medizin	23.11.09
Dr. med. Richard Christian Stefaniak	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	18.11.09
Dr. med. Wiebke Steingrüber	FA Allgemeinmedizin	20.10.09
Dr. med. Andreas Stiehr	FA Visceralchirurgie	20.10.09
Magali Stoeckel	FA Psychiatrie und Psychotherapie	01.12.09
Dr. med. Anne Tamm-Hermelink	FA Strahlentherapie	26.11.09

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Stephan Cord Carl Temme	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	13.10.09
Dr. med. Christian Teutsch	FA Innere Medizin	23.11.09
Dr. med. Peter Thelen	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	13.10.09
Timo Tschirpke	FA Innere Medizin	04.11.09
Dr. med. Sylvia Tschötschel	FA Allgemeinmedizin	20.10.09
Kerstin Unger	FA Visceralchirurgie	10.11.09
Dr. med. Sebastian Vahrmeyer	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	13.10.09
Karine van Scherpenzeel	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	14.10.09
Dr. med. Annika Vogt	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	28.10.09
Dr. med. Antje Voigt	FA Innere Medizin	23.11.09
Dr. med. Enrico Völzke	FA Neurologie	10.12.09
Arndt von Kirchbach	FA Visceralchirurgie	13.10.09
Dr. med. Martin Walczak-Pohlzig	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	08.12.09
Dr. med. Burkard Walf	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	07.12.09
Dr. med. Tobias Johannes Weber	FA Allgemeinmedizin	01.12.09

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Ingo Wegner	FA Anästhesiologie	27.10.09
Anja Wehrenfennig	FA Allgemeinmedizin	08.12.09
Andreas Hermann Otto Westenhoff	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	26.11.09
Dr. med. Kathrin Wilkoewitz	FA Innere Medizin	09.12.09
Dr. med. Thomas Willeke	FA Psychiatrie und Psychotherapie	13.10.09
Dr. med. univ. Tobias Winkler	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	26.11.09
Dr. med. Christian Wit	FA Chirurgie	15.12.09
Dr. med. Wilfried Witte	FA Anästhesiologie	05.11.09
Athanasios Xanthopoulos	FA Innere Medizin	09.12.09
Ulrich Zappe	FA Visceralchirurgie	10.11.09
Dr. med. Ulrike Zoister	FA Allgemeinmedizin	08.12.09
Dr. med. Anja Zwehl	FA Augenheilkunde	11.11.09

* Die Liste ist nicht vollständig. Nur die Namen der Ärztinnen und Ärzte, die uns eine schriftliche Einverständniserklärung für den Abdruck gegeben haben, werden in BERLINER ÄRZTE publiziert.

Das unentbehrliche Verordnungsbuch

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (Hrsg.): Arzneiverordnungen. Empfehlungen zur rationalen Pharmakotherapie. Verlag Medizinische Medien Informations GmbH, Neu-Isenburg 2009, 82. Ausgabe, 1483 Seiten, 49,95 Euro.

Dieses Buch ist ein „Must“ für jeden Arzt, zu dessen Alltag das Rezept-schreiben gehört. Vor allem den Haus-ärzten hilft dieser vor 75 Jahren zuerst erschienene, laufend aktualisierte „Reise-führer“, sich zwischen den 59.503 Präpa-raten des medikamentösen Dschungels nicht zu verirren. Simplify your life – aber ohne Qualitätsverlust: Als eine der diver-sen nützlichen Neuerungen der Neuaus-gabe dieses praxisbewährten Handbuchs findet sich sogar eine komprimierte „Liste wichtiger Wirkstoffe für die hausärztliche Versorgung“. Sie erinnert an die internati-onale „Essential Drugs“-Liste und enthält eine Kerngruppe von 76 Substanzen sowie

77 Reserve- oder Nischen-Wirkstoffe für Sonderfälle. Die Autoren – Hausärzte und Klinische Pharmakologen – bitten die Leser um hausärztliche Kommentare zu ihrer Vorschlagsliste.

Es handelt sich dabei um eine Auswahl aus den etwa 500 von der Arzneimittelkommission empfohlenen Wirkstoffe, die in dem nach Indikationen gegliederten Handbuch ausführlich beschrieben und bewertet sind. In einem neuen Sonderteil werden auch die nicht empfohlenen Substanzen kurz charakterisiert, die neuen unter ihnen von A bis D bewertet und ihre Eignung oder Nicht-Eignung für schwangere, sehr junge und alte Patienten mit Piktogrammen dargestellt.

Ganz aktuell kann heute natürlich kein Arzneibuch sein. So wird unter den Anti-depressiva noch Reboxetin empfohlen, denn erst nach Redaktionsschluss wurde die vernichtende Bewertung (kein Nutzen

nachgewiesen) durch das IQWiG bekannt, dem der Hersteller, Pfizer, entscheidende Studiendaten lange vorenthalten hatte.

Für solche Fälle findet sich in diesem Buch eine Aufstellung von Quellen für aktuelle und unabhängige Arzneimittelinforma-tionen, auf die auch BERLINER ÄRZTE immer wieder hingewiesen hat, zum Beispiel besonders ausführlich in Heft 12/2006 mit dem Titelthema „Arzneimittel(des)infor-mation – Ärzte unter Einfluss“. Dieses dop-pelt gewichtige Handbuch – durchaus nicht mehr kitteltaschentauglich – ist ein wirksames Antidot gegen die interessen-kontaminierten „Informationen“ vieler Pharmafirmen. Deren Einflussnahme auf die Verordnungspraxis mittels zahlreicher mehr oder weniger subtiler Methoden ist hier in einem eigenen Kapitel beschrieben. Die Arzneimittelkommission dagegen hat sich, nicht zuletzt dank ehrenamtlicher Arbeit ihrer zahlreichen ärztlichen Mit-glieder, in diesem hoffentlich auch bald online zu nutzendem Buch, mit Erfolg um objektive, nach Möglichkeit evidenzbasier-te Informationen bemüht und auch wirt-schaftliche Aspekte berücksichtigt.

R. Stein

Virchow und das Weib

„... nur eine Dependenz des Eierstocks“

Wenn das Virchow wüsste! 41,5 Prozent der berufstätigen Ärzte und sogar knapp 60 Prozent der Berufsanfänger in Deutschlands Medizin sind heute Frauen. Virchows drei Töchter blieben nach der Schule zu Hause und warteten auf eine standesgemäße Heirat. Der Gründer der liberalen Fortschrittspartei war dort, wo der kleine Unterschied beginnt, am Ende mit seinem fortschrittlichen Liberalismus. Am 11. Januar des Revolutionsjahres 1848 sprach er vor der fortschrittlichen Berliner „Gesellschaft für Geburtshilfe“ (deren außerordentliches Mitglied der Pathologe war) über „Das Weib und die Zelle.“

Der Vortrag sagt einiges über sein Frauenbild aus, und der gemischt romantisch-biologistische Tenor hat für Heutige hohen Unterhaltungswert. Nach weitschweifiger und theorielastiger Einleitung kommt der junge Gelehrte zur Kernaussage über das Wesen des Weibes: „Das Weib ist eben Weib nur durch seine Generationsdrüse; alle Eigenthümlichkeiten seines Körpers und Geistes...: die süße Zartheit und Rundung der Glieder bei der eigenthümlichen Ausbildung des Beckens, die Entwicklung der Brüste bei dem Stehenbleiben der Stimmorgane, jener schöne Schmuck des Kopffaars bei dem kaum merklichen, weichen Flaum der übrigen Haut, und dann wiederum diese Tiefe des Gefühls, diese Wahrheit der unmittelbaren Anschauung, diese Sanftheit, Hingebung und Treue – kurz, alles, was wir an dem wahren Weibe Weibliches bewundern und verehren, ist nur eine Dependenz des Eierstocks.“

Theorie und Praxis bildeten eine wunderbare Harmonie: Der Präsident der Gesellschaft, Carl Maier, Berlins meistgesuchter Geburtshelfer, hatte fünf Töchter. Die mittlere, genannt Röschen, war süße siebzehn, still und zart, als der 28-jährige Rudolf Virchow sich mit ihr verlobte – beim Abschiedsbesuch im Hause Maier, bevor er nach Würzburg aufbrach, um

dem Ruf auf den Pathologie-Lehrstuhl zu folgen. Vorher war viel passiert: Im Monat nach dem Weib-und-Zelle-Vortrag die prägende Oberschlesien-Reise in Sachen Fleckfieberepidemie, die Virchow zum Sozialmediziner machte; ein Jahr später, März 1849, Entlassung als Charité-Prosek-



Rose und Rudolf Virchow

tor (aus Anlass der Verbreitung von Wahlflugblättern für das demokratische Central-Comité), wogegen er mit Erfolg protestierte und dann einem Kompromiss zustimmte.

Seine blutjunge Braut Rose wollte Virchow, jetzt als Würzburger Ordinarius in der Lage, eine Familie zu ernähren, schon Ostern 1859 heiraten. Sie hatte nichts dagegen. („Die Jungfrau ist es müde, immer nur lebensfähige Zellen produciert zu haben, sie will nun auch wirklich lebende Zellhaufen, Kinder, hervorbringen“, hieß es vorher in Virchows Vortrag.) Doch der Vater, der war nicht dafür. Die damals noch hohe Müttersterblichkeit im Hinterkopf, ver-

schob er die Hochzeit seines zarten Kindes wenigstens bis zum August.

Lebenslang schrieb Virchow seiner Frau, der Mutter seiner sechs Kinder liebevolle Briefe, die sich teilweise lesen, als seien sie an ein Kind adressiert. In dem öffentlichen Vortrag „Über die Erziehung des Weibes für seinen Beruf“, sagte er 1865, der „natürliche Beruf des Weibes“ sei die Erziehung der Kinder, schon deshalb, weil „die natürliche Organisation bei dem Weibe im Allgemeinen der kindlichen näher steht als bei dem Manne“. Haushaltsnahe

Berufe wie Kindergärtnerin und Krankenschwester tolerierte der Patriarch – aber das Frauenstudium? Da streiten sich die Gelehrten.

Christian Andree, Herausgeber von Virchows monumentalem Gesamtwerk, lässt auf seinen Helden auch in dieser Hinsicht nichts kommen. In seinem Buch „Rudolf Virchow – Leben und Ethos eines großen Arztes“ nimmt er zum Beispiel dessen Rede im preußischen Abgeordnetenhaus vom 11. März 1896 wörtlich. Leider sei die Neigung der deutschen Universitäten, Frauen zum Studium zuzulassen, nicht besonders ausgeprägt, sagte Virchow – aber nur aus praktischen Gründen und nicht, „weil sie die Damen etwa für minderwertiges Material halten“. Nur seien die Universitäten „gar nicht

darauf vorbereitet, ein so großes Publikum in sich aufzunehmen und in zweckmäßiger Weise auszubilden. Wir würden in die größte Verlegenheit geraten...“

Das seien nur vorgeschobene Gründe gewesen, meint Constantin Goshler. In seinem Buch „Rudolf Virchow, Mediziner – Anthropologe – Politiker“ zählt er ihn zu „einem der einflussreichsten Gegner des Frauenstudiums, namentlich im Bereich Medizin“. Das Thema wurde jahrelang heiß diskutiert. Erst sechs Jahre nach Virchows Tod, im Wintersemester 1908/9, wurden in Preußen die ersten Frauen zum Studium zugelassen, später als anderswo.

Rosemarie Stein