Lebenslanges Lernen

Foto: privat

Dr. med. Matthias Brockstedt

ist Vorsitzender des Fortbildungsausschusses der Ärztekammer Berlin und leitet den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst in Mitte.

Unsere Ausbildung endet nicht mit dem Staatsexamen, das wissen wir alle. Doch neben der in der Regel anschließenden Facharztweiterbildung und der nun auch gesetzlich fixierten Nachweispflicht kontinuierlicher Fortbildung gehört zu unserem berufslebenslangen Lernen noch etwas anderes. Um unsere Arbeit gut zu machen, bedarf es einer fortlaufenden Reifung der ärztlichen Persönlichkeit; einer sich stets neu definierenden Mischung aus Erfahrung, geistiger Durchdringung, Selbstwahrnehmung und Mitempfinden.

Lebenslanges Lernen (Continuing Medical Education = CME) als Vermittlung kognitiver Wissensinhalte wird zusehends ersetzt durch einen selbstgesteuerten Lernprozess, der neben der wissenschaftlichen Kompetenz die ärztliche Haltung, den Erwerb von Fertigkeiten und Fähigkeiten, die emotionale Zuwendung, aber auch Aspekte der Qualitätssicherung ärztlichen Handelns und Managementfähigkeiten umfasst.
Die Union Européenne des Medecins Specialistes hat hierfür den Begriff der lebenslangen beruflichen Entwicklung (Continuing Professional Development = CPD) geprägt, die an den jeweils individuellen Lernbedürfnissen ansetzt und auf die Verbesserung der täglichen Arbeit der Ärzte im Hinblick auf die bestmögliche Versorgungspraxis für die Bevölkerung abzielt. Wie trägt die Ärztekammer Berlin jetzt und hier dazu bei, dieses Konzept wirksam umzusetzen?

Zunächst einmal überprüft und zertifiziert die Kammer 12 000 jährliche Fortbildungsanträge. Anhand der rechtlich transparenten Prüfkriterien werden unsinnige Veranstaltungen bereits im Vorfeld gefiltert oder in fachlich strittigen Fällen den ehrenamtlichen Beiräten zur Entscheidung vorgelegt. Die Punktevergabe unterstützt gezielt die auf Evaluation und interaktivem Lernen aufgebauten Fortbildungen, setzt also Anreize für verbesserte Didaktik und kleinere Lerngruppen. Durch den aktuellen Fortbildungskalender hat der Fortbildungsausschuss eine solide Entscheidungsgrundlage für ergänzende eigene Fortbildungsangebote der Kammer zu Themen, die sonst zu wenig Berücksichtigung finden. Zu nennen wären hier zum Beispiel die Kurse zur Gutachtenerstellung oder der allgemeine Impfkurs.

Doch Qualitätssicherung guter ärztlicher Fortbildung beinhaltet aus Sicht vieler Ärztinnen, aber auch aus Sicht der Patienten die Unabhängigkeit von wirtschaftlichen Interessen in der Fortbildung. Wie steht es damit in Berlin? Nahezu die Hälfte aller Fortbildungen in der Stadt findet ohne jegliches Sponsoring statt. Das erstaunt Politiker wie Kollegen gleichermaßen, sollte aber nicht den Blick verstellen für eine kritische Auseinandersetzung mit diesem Thema. Wir müssen neben den Pharmafirmen oder Geräteherstellern auch zunehmend die Krankenkassen berücksichtigen, die im Rahmen von DMP und Sonderverträgen interessengesteuerte Fortbildung organisieren und einfordern. Das eingangs geschilderte Bild einer umfassenden ärztlichen Persönlichkeitsentwicklung im Sinne des CPD tritt dabei in den Hintergrund.

Aus Gesprächen mit Kollegen entnehme ich ein großes Bedürfnis nach einem interessenunabhängigen Gegengewicht. Doch gute ärztliche Fortbildung kostet Geld und ohne Sponsoring ist sie nur zu bekommen, wenn der Steuerzahler bereit wäre, wie z. B. in Kanada jährlich 4000 Euro pro Arzt für dessen Kompetenzerhalt aufzubringen. Damit ist nicht zu rechnen. Wie wäre es stattdessen, wenn wir in Berlin ein Exempel statuierten und alles Sponsoring von Pharmafirmen, Geräteherstellern, Privatkliniken, Krankenkassen in einen Fortbildungsfond bei der Ärztekammer Berlin einzahlen ließen? Wir sollten zumindest darüber nachdenken, ob es Möglichkeiten gibt, eine solche oder ähnliche Lösung zu finden.

M. Brockstedt

DIE OFFIZIELLE ZEITSCHRIFT DER ÄRZTEKAMMER BERLIN

47. JAHRGANG

BERLINER ÄRZTE

NR 03/2010

MEINUNG

Lebenslanges Lernen
Von Matthias Brockstedt 3

BERLINER ÄRZTE *aktuell* 6

Leserbriefe 10

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK

Leben verlängern – und dann?
Alt werden wollen fast alle, aber auch alt sein? Wie sich unsere Gesellschaft auf die steigende Lebenserwartung eingestellt hat und weiter einstellen muss, damit beschäftigte sich eine Ringvorlesung der Charité.
Von Rosemarie Stein 22

Kammer will Verbundweiterbildung fördern
Eine Zusammenfassung des Tages der Allgemeinmedizin
Von Sybille Golkowski 26

FORTBILDUNG

Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin 24

Haftunfähigkeit aufgrund psychiatrischer Krankheit
Der Beitrag informiert über rechtliche Grundlagen und ärztliche Handlungsspielräume bei der Beurteilung der Haftfähigkeit.
Von Annette Opitz-Welke 28

TITELTHEMA

Geriatriekonzept Berlin 2010
Die Herausforderungen an die geriatrische Versorgung der Großstadt Berlin sind enorm. In den nächsten 20 Jahren wird sich der Anteil der über 80-Jährigen voraussichtlich verdoppeln. Der Arbeitskreis Klinische Geriatrie der Ärztekammer Berlin hat jetzt ein Geriatriekonzept 2010 vorgelegt. Es analysiert den Status quo und zeigt auf, wo in der geriatrischen Versorgung noch Lücken klaffen und wie sie geschlossen werden können.
Von Claus Köppel, Rainer Neubart, Martina de la Chevallerie, Christine Mende et al.
..... 14

Arzneimittelinformationen aus ungetrübten Quellen
Eine Vortragsreihe der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft stellte kürzlich noch einmal alle in Deutschland verfügbaren Quellen zur objektiven Kosten/Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln vor. Sie sollten sie kennen.
Von Rosemarie Stein 30

BUCHBESPRECHUNGEN

Gewonnene Jahre
Die Akademiengruppe „Altern in Deutschland“ hat jetzt ihre Ergebnisse publiziert.
Von Rosemarie Stein 21

„Ich wollte Worte hören“
Die Schlossparkklinik ließ in ihrer Reihe „Autorenlesungen“ Patienten zu Wort kommen, die eine schwerwiegende Belastung literarisch verarbeitet haben. Die Schriftstellerin und Psychologin Kathrin Schmidt ist eine von ihnen.
Von Ulrike Hempel 32

Gesunde Führung in der Medizin
Führungshandbuch für Ärztinnen 34

FEUILLETON

Fritz Kahn – Maschine Mensch
Das Berliner Medizinhistorische Museum zeigt noch bis April Bilder zu Schriften des Berliner Arztes und Publizisten Fritz Kahn.
Von Rosemarie Stein 35

Ausstellung

Bleistiftstudie zum Portrait Max Herrmann-Neisse, 1925/1926

Foto: VG Bild-Kunst, Bonn 2010-02-02

Nie Gesehenes von George Grosz...

...zeigt die Akademie der Künste am Pariser Platz; eine Auswahl aus den eigenen überreichten Archivbänden. Diese außergewöhnliche Ausstellung sollte kein Interessierter versäumen (noch bis 5. April, Di-So 11-20 Uhr). Ihr Titel „Korrekt und anarchisch“ entstammt einer Äußerung des Schriftstellers Max Herrmann-Neisse über seinen Freund George Grosz: „Wir waren beide sowohl Lyriker als auch Zyniker, korrekt und anarchisch.“ Erstmals sieht man hier alle 23 Studien zu den beiden berühmten Herrmann-Neisse-Portraits, erstmals Grosz’ zahllose Skizzenbücher, viele der Jugendzeichnungen und die späten collagierten Postkarten an die engsten Freunde. Außerdem Zeichnungen, Druckgraphiken, Briefe, Fotos, Dokumente, Sammelmappen und Collagen (hierzu erschien anlässlich der Ausstellung eine üppig illustrierte Publikation der Kuratorin Birgit Möckel). Nicht zu vergessen die Zeitschriften der zwanziger Jahre mit so schönen Titeln wie „Der blutige Ernst“ oder, ganz aktuell, „Die Pleite“. – Nichts wie hin!

R.St

Fehlerteufel

Name verkürzt

In Heft 02/2010 wurde im Artikel „Frauenheilkunde im Land des Feuers“ der Name des Autors durch eine nachträgliche Bildvergrößerung abgeschnitten. Vollständig heißt der Autor Prof. Dr. med. Dr. phil. Dr. h.c. Andreas D. Ebert. Wir bitten den Fehler zu entschuldigen.

Chefarztwechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

Jüdisches Krankenhaus Berlin

PD Dr. med. Christian Bethge (nicht wie versehentlich in BERLINER ÄRZTE 2/2010 angegeben **PD Dr. Norbert Bethge**) wurde nach 18-jähriger leitender Chefarzttätigkeit verabschiedet. Nachfolger von Christian Bethge ist, wie berichtet, **Prof. Dr. med. Kristof Graf**, der zuvor als leitender Oberarzt am Deutschen Herzzentrum in Berlin tätig war. (PD Dr. med. Norbert Betghe ist weiterhin Chefarzt der Inneren Medizin und Medizinischer Geschäftsführer des Krankenhauses Bethel Berlin.)

Immanuel Krankenhaus Berlin/Standort Wannsee

Dr. med. Kai Bauwen leitet unter neuem Konzept einer Oberklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie als Chefarzt die eigenständige Abteilung für untere Extremitäten, Endoprothetik und Fußchirurgie am Immanuel Krankenhaus Berlin. Sein beruflicher Weg führte Bauwens über die Klinik für Chirurgie an der Charité zum Unfallkrankenhaus Berlin, wo er mit kurzer Unterbrechung 11 Jahre lang in der Unfallchirurgie und Orthopädie arbeitete.

HELIOS Klinikum Buch

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Friedrich C. Luft ist seit 31.12.2009 nicht mehr Leiter der nephrologischen Klinik (Erste Innere Klinik). Diese ist mit der kardiologischen Klinik (Leiter, **PD Dr. Henning Baberg**) zusammengeführt worden. Professor Luft bleibt jedoch nach wie vor als Direktor des Experimental and Clinical Research Center tätig, einer Einrichtung zur Förderung der klinischen Forschung der Charité und des Max-Delbrück Centrums für Molekulare Medizin, Berlin-Buch.

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

ANZEIGEN

Charité

Einen „Modellstudiengang“ für alle Medizinstudierenden Berlins...

...führt die Charité – pflichtgemäß – zum Wintersemester 2010/11 ein. Doch Sachkenner bezweifeln, dass dann eine grundlegende Studienreform gelingen kann. Der Fakultätsrat verabschiedete zwar, um die Frist einzuhalten, Anfang des Jahres nach heftigen Diskussionen (mit 15 Ja-, 3 Nein-Stimmen und einer Enthaltung) den Entwurf einer Studien- und Prüfungsordnung für dieses Modellcurriculum, er ist aber sichtbar „mit der heißen Nadel genäht“. Es handelt sich nur (so Studiendekan Manfred Gross bei der Vorlage des Entwurfs) um einen „formalen Rahmen, der die detaillierte Weiterentwicklung des Modellstudiengangs innerhalb der nächsten Monate erlaubt“.

Der Entwurf lehnt sich in weiten Teilen an den erfolgreichen, nun auslaufenden Berliner Reformstudiengang an und liest sich als ehrgeizige Absichtserklärung. Zu fragen ist, wer ihn eigentlich in so kurzer Zeit bis zur Realitätsreife weiterentwickeln soll. Denn fast alle erfahrenen Experten haben wegen der unverständlichen Vernachlässigung des Reformstudiengangs die Charité verlassen.
(Übrigens wurde die Ausbildungskommission, deren Aufgabe unter anderem die „Stellungnahme zum Erlass und zur Änderung von Studien- und Prüfungsordnungen“ ist, übergangen.)

Und die Realisierung selbst? Der Fakultätsrat stimmte dem Entwurf nur nach Einfügung der Worte „vorbehaltlich der Finanzierung“ zu. Die Mehrkosten werden auf 20 Prozent geschätzt; also ohne Erhöhung des Staatszuschusses kein Modellstudiengang. Für den modernen aktivierenden Unterricht in kleinen Gruppen braucht man viele zusätzliche Räume, ganz zu schweigen von dem nötigen, für die neuartigen Lehrformen gut geschulten Personal und den anderen Voraussetzungen einer echten Studienreform. Das offenbar - auch nicht hinzugezogene - International Advisory Board des Reformstudiengangs hat sie alle genannt (s. Themenschwerpunkt in BERLINER ÄRZTE Heft 11/09).

Das Wichtigste, „Faculty Development“, steckt noch in den Anfängen, das neue didaktische Denken zeigt noch keine Breitenwirkung. Denn nun muss man beobachten, wie Fachvertreter versuchen, soviel ihres Stoffs wie irgend möglich in die Module hineinzupressen, statt sich an den Lernzielen zu orientieren, wie es der Entwurf der Studienordnung konsequent tut.

Was wird von ihm am Ende übrig bleiben? Und wie viel von dem, was auf dem Papier steht, wird realisiert werden?

R.St

ANZEIGE

Charité

Hochschulambulanz für Sexualmedizin eröffnet

Das Institut für Sexualmedizin an der Charité hat seine Behandlungsmöglichkeiten ausgeweitet und eine neue, im Bundesgebiet bislang einmalige Hochschulambulanz für Sexualmedizin eröffnet. Mit dieser Verbesserung und Erweiterung des bisherigen Angebots ist auch eine Veränderung der erforderlichen Überweisungsmodalitäten verbunden. So kann eine Behandlung von GKV-Patienten jetzt auch auf Überweisung durch den Hausarzt erfolgen, zuvor übernahmen die Krankenkassen Diagnostik und Therapie nur für sexuelle Präferenzstörungen im Rahmen einer persönlichen Ermächtigung des Institutsleiters und nur auf Überweisung durch Psychiater oder Psychotherapeuten.
Die Einrichtung bietet Diagnostik und Behandlung für Betroffene, deren sexuelles Erleben und Verhalten bei hohem Leidensdruck beeinträchtig ist. Entsprechend den sexualmedizinischen Standards stehen (sofern möglich) paarbezogene Interventionen im Vordergrund. Zum Indikationsspektrum gehören alle Sexualstörungen, also Störungen der sexuellen Funktion (z.B. Erektionsstörungen, Vaginismus, etc.), der sexuellen Entwicklung (z.B. bei geistiger Behinderung), der geschlechtlichen Identität, der sexuellen Präferenz (auch jene, die mit einer potenziellen Fremdgefährdung verbunden sind, wie z.B. die Pädophilie) sowie Beeinträchtigungen der sexuellen Reproduktion aufgrund psychischer Ursachen.

Terminvereinbarungen sind Mo., Mi. und Fr. in der Zeit von 10 bis 12 Uhr sowie Mo. und Mi. von 13 bis 16 Uhr unter Tel. 450-529 111 möglich. Außerhalb dieser Zeiten ist eine Kontaktaufnahme über Anrufbeantworter oder E-Mail: HSA-Sexualmedizin@charite.de möglich.

Eröffnungssymposium

Am Donnerstag, den 15. April 2010, findet um 18 Uhr im Großen Hörsaal der Kaiserin-Friedrich-Stiftung ein Eröffnungssymposium statt. Interessierte Ärztinnen und Ärzte sind herzlich willkommen. Eine Reihe von Vorträgen gibt Einblick in die typischen Indikationen und das Behandlungsspektrum der Hochschulambulanz für Sexualmedizin. Das Programm finden Sie unter: www.sexualmedizin.charite.de. Eine Anmeldung ist nicht erforderlich.

ANZEIGE

Wie viel Demokratie für die Ärzteversorgung erlaubt der Berliner Senat?

BERLINER ÄRZTE 2/2010, Seite 3

Zum wiederholten Male:
Über die Notwendigkeit einer Vertreterversammlung für die Berliner Ärzteversorgung kann man unterschiedlicher Meinung sein; der Gesetzgeber zumindest sieht diese Notwendigkeit und der Vizepräsident der Kammer liefert nun die Begründung nach: Was stört den Vizepräsidenten außer der gesetzlich bestimmten Vertreterversammlung? Er schreibt: Die DV „wird wahrlich ohne Grund ‚kastriert' und darf nicht einmal die Zusammensetzung der Vertreterversammlung ‚wählen', sondern nur nach Listenproporz abstimmen." Jetzt ist die Katze aus dem Sack: Im Kammergesetz heißt es: „Die Wahlen werden nach den Grundsätzen der Verhältniswahl durchgeführt." Das bedeutet, dass die Minderheit in der Delegiertenversammlung durch den Gesetzgeber davor geschützt wird, durch eine Mehrheit von der Mitwirkung in Versorgungssachen ausgeschlossen zu werden. Also ein urdemokratisches Prinzip, das in jedem Parlament bei der Besetzung von Ausschüssen angewandt wird.

Dieses Prinzip möchte der Vizepräsident aushebeln! Dafür bemüht er Worthülsen wie „basisdemokratische Legitimation" und sieht das „Vertrauen in die herausragend gute Institution Ärzteversorgung ... grundlos beschädigt." Das Vertrauen in die Institution Ärzteversorgung wird dadurch gefährdet, dass trotz Gesetz und Verfassungsgerichtsentscheidung Vorstandsmitglieder weiterhin an den Sitzen in den Ausschüssen der Ärzteversorgung festhalten wollen. Das ist offenbar allemal wichtiger als der Schutz einer gewählten Minderheit der Delegierten (zur Zeit immerhin ein rundes Drittel!) vor der möglichen Willkür einer Mehrheit.

Die Qualität einer demokratischen Institution bemisst sich nicht allein daran, dass Beschlüsse mit Mehrheit gefasst werden, sondern auch daran, wie die Mehrheit mit der Minderheit umgeht. Offenbar deshalb hat der Gesetzgeber die entsprechende Vorschrift in das Kammergesetz geschrieben. Die vom Vorstand dagegen angestrengte Klage vor dem Verwaltungsgericht kostet hingegen unnötig Geld der Kammermitglieder.

Dr. med. Volke Pickerodt
12207 Berlin

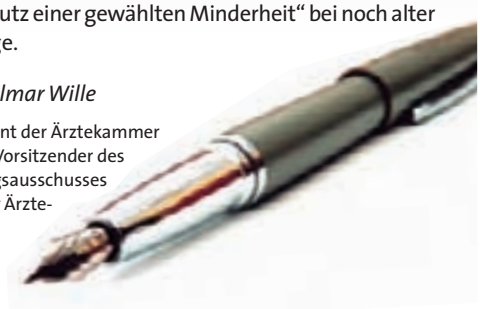
Anmerkung des Autors

„Offensichtlich sind die neu bestimmten Verwaltungsstrukturen auch für einen erfahrenen Ärztekammerparlamentarier wie den Kollegen Pickerodt nicht recht verständlich, jedenfalls so wie sie im Heilberufekammergesetz für die Zukunft festgelegt werden. Denn er schreibt, „dass die Minderheit in der DV durch den Gesetzgeber davor geschützt wird, durch die Mehrheit von der Mitwirkung in Versorgungssachen ausgeschlossen zu werden".
Ja aber genau anders herum wird ein Schuh daraus: In Zukunft ist die große Mehrheit der DV, nämlich 33 der 45 Mitglieder (von den 45 werden nur 12 nach Proporz bestimmt) von jeder Mitwirkung in Versorgungssachen ausgeschlossen und ein Ausschuss erhält auf 4 Jahre Parlamentsrechte! Das nenne ich Selbstkastration – auf Weisung des Senats.

Im übrigen zum Thema Minderheit: Solange das Versorgungswerk innerhalb der Ärztekammer existiert, wurde die Minderheit an der Verwaltung beteiligt. Auch im derzeitigen Versorgungswerksvorstand, genannt Verwaltungsausschuss (mit 6 Mitgliedern), hat die Liste des Kollegen Pickerodt zwei Mandate besetzt. Das entspricht gut und gerne ihrem Anteil an der DV. Soviel zum aktuellen „Schutz einer gewählten Minderheit" bei noch alter Rechtslage.

Dr. med. Elmar Wille

Vizepräsident der Ärztekammer Berlin und Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der Berliner Ärzteversorgung



ANZEIGE

Gesundheit in der Illegalität

BERLINER ÄRZTE 1/2010, Seite 21

Im Rahmen einer Fragebogenaktion veröffentlichten Sie mehrere ausführliche Beiträge zum Thema „Illegale“. Befremdlich ist, dass Sie ausschließlich Fürsprecher einer einzigen Sichtweise zu Wort kommen lassen. Diese Herausforderung Andersdenkender veranlasst mich, einige Punkte zur kontroversen Diskussion zu stellen – entsprechend Herrn Hoffs Aussage, bis zu einem ‚Berliner Modell’ müsse „noch viel diskutiert und gestritten werden“. Steht man auf dem Boden unseres Rechtsstaats und bedenkt die Folgen dieser Kampagne, so ergeben sich gravierende Probleme und Zweifel.

Illegale sind Illegale. Die gewählte Sprachregelung, aus Illegalen Illegalisierte zu machen, stellt das Rechtsverständnis auf den Kopf: Verantwortlich für ihren Status sind danach nicht die illegal Handelnden, sondern die boshaften anderen, die Gesellschaft und ihr Rechtsstaat. Diese Sprachregelung ist eine inhaltlich abgewandelte Neuauflage der alten und längst widerlegten These, Kriminelle seien lediglich von der Gesellschaft kriminalisierte Unschuldige, also stets Opfer.
Wie weit tragen Verbände, Ärztekammer und ein Staatsbeamter zur Erosion unseres Rechtsstaats bei, wenn sie eine klare Rechtslage mit moralisierenden Begründungen aushöhlen?
(...)
Welche Entwicklung wird unser Sozialsystem nehmen, das schon heute zu einem erheblichen Anteil schuldenfinanziert ist, wenn man ihm, wie es gefordert wird, die komplette medizinische Versorgung Hunderttausender Illegaler aufbürdet? Wer wird beim Kollaps haften? (...)
Geht es um altruistisches Verhalten der verlangenden Verbände und Ärzte? Nein. Es geht um eine rechtlich und finanziell abgesicherte zusätzliche Einnahmequelle. Altruistisch oder humanitär ließe es sich nur nennen, wenn sich die Akteure hier auf eigenes Risiko und auf eigene Kosten engagierten; oder aber, wenn sie sich einer der bewährten Hilfsorganisationen anschlössen und in den Herkunftsländern der Illegalen respektable Arbeit leisteten, zumindest dafür spendeten. Wer dort tätig war, weiß, dass es den Zurückgebliebenen weitaus schlechter geht als den meisten Illegalen hierzulande. In diesem Rahmen würden auch die Rückkehrer vor Ort nicht nur medizinisch versorgt.

Dr. Jürgen Keller
14193 Berlin

Investitionsförderung

Berlin lädt zum Infomarkt

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin veranstaltet jährlich im Frühjahr und im Herbst einen Infomarkt für ihre Mitglieder. Ärzte können sich hier zu allen KV-Bereichen von A wie Abrechnung bis Z wie Zulassung informieren. Sie können ihre Ansprechpartner der KV Berlin persönlich kennenlernen und individuelle Fragen direkt vor Ort besprechen. Der nächste KV-Infomarkt findet am

Mittwoch, dem 7. April 2010,
von 13 bis 18 Uhr
KV Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin

(gegenüber Funkturm), statt.

Diesmal steht der Infomarkt unter dem Motto „Niederlassung, Nachfolge, Neuanschaffung – Moderne Investitionsförderung für Arztpraxen“. Parallel zu den Infoständen, an denen Mitarbeiter der KV Berlin für persönliche Gespräche zur Verfügung stehen, gibt es auch wieder ein Vortragsprogramm. Hierzu wird u. a. die KfW-Bank ihr Investitionsförderungsprogramm vorstellen sowie Finanzierungsmöglichkeiten und -hilfen aufzeigen.

Daneben befassen sich weitere Vorträge mit dem Thema Neuniederlassung: „Überblick über verschiedene Kooperationsformen“ und „KV-Abrechnung richtig lesen und verstehen“.

Ein detailliertes Programm zum Infomarkt finden Interessierte unter:
www.kvberlin.de, „Termine“.

Berliner Gesundheitspreis 2010

Angebote zur Entlastung pflegender Angehöriger gesucht

In Deutschland ist die Familie immer noch die wichtigste Institution bei der Pflege von Angehörigen. Rund drei Viertel aller Pflegebedürftigen werden heute zuhause gepflegt. Betroffen davon sind etwa 1,2 Millionen bundesdeutsche Haushalte. Hinzu kommt, dass rund 68 Prozent der Pflegenden berufstätig sind und die Pflegesituation neben dem Job bewältigen. Hausärzte können tagtäglich beobachten, welche Beeinträchtigungen eine solche Doppelbelastung für Gesundheit und Lebensqualität mit sich bringen kann: Soziale Isolation, familiäre Konflikte und finanzielle Schwierigkeiten, aber auch gesundheitliche Beeinträchtigungen und Erschöpfungszustände können mit einer langjährigen Pflege kranker Eltern, Ehepartner, Freunde oder Kinder einhergehen.

Der Berliner Gesundheitspreis 2010, den die Ärztekammer Berlin gemeinsam mit dem AOK Bundesverband und der AOK Berlin-Brandenburg ausschreibt, widmet sich diesmal diesem Thema. Gesucht werden neue und außergewöhnliche Entlastungsangebote für pflegende Angehörige. Das können Projekte sein, die den Pflegenden Freiräume öffnen, am sozialen Leben teilzunehmen oder ihren Tag besser zu organisieren. Es können sich aber auch Initiativen melden, die eine Beratung in kritischen Situationen bieten, schnell über weiterführende Hilfen informieren und Pflegende untereinander sinnvoll vernetzen.

Den Berliner Gesundheitspreis gibt es seit 1995, er ist mit 50 000 Euro ausgelobt.

Die Ausschreibung läuft bis zum 31. Mai 2010. Informationen zu den Ausschreibungsbedingungen und -unterlagen finden Sie unter **www.berliner-gesundheitspreis.de.**

Illustration: Sehstern

Kammerwahl 2010 – Informationen

KAMMERWAHL

2010

Im Heft 02/2010 hatten wir darüber informiert, dass zwischen dem 19. Oktober und dem 3. Dezember 2010 die Wahlen zur 13. Amtsperiode der Delegiertenversammlung stattfinden werden.

Die konstituierende Sitzung des Wahlausschusses ist auf den 10. März 2010 terminiert. Der Wahlausschuss fasst in dieser Sitzung auch den Beschluss über die Vordrucke zur Einreichung der Wahlvorschläge (Listen). Nach der Sitzung des Ausschusses werden die Vordrucke zur Verfügung stehen. Sie können ab dem 12. März 2010 bei der Ärztekammer Berlin – Wahlkoordinator – Friedrichstraße 16, 10969 Berlin, angefordert werden. In Heft 5/2010 werden wir über die Möglichkeiten der Wahlvorschläge informieren, sich in BERLINER ÄRZTE sowie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin vorzustellen.

Wir werden Sie fortlaufend über den Wahlfortschritt informieren. Nach der Wahlordnung erforderliche Bekanntmachungen oder Bekanntgaben des Vorstands der Ärztekammer Berlin bzw. des Wahlausschusses erfolgen zu gegebener Zeit.

Online-Befragung

Honorarztstudie wird fortgesetzt

Die von der Ärztekammer Berlin unterstützte Online-Honorarztstudie wird bis Ende April fortgeführt (siehe auch BERLINER ÄRZTE 11/2009).

Momentan gibt es in Deutschland keinerlei valide Daten über den Umfang und den Charakter der honorarärztlichen Tätigkeit. Dies will die Studie zur Situation der Honorarärzte in Deutschland ändern. Die Online-Befragung wird im Rahmen der Dissertation von Alexander Teske aus Homburg/Saar durchgeführt. Wissenschaftlich betreut wird die Studie von Professor Dr. Dr. med. Günter Ollenschläger, Leiter des ärztlichen Zentrums für Qualität inder Medizin (ÄZQ). Die Studie wird von acht Landesärztekammern unterstützt. Die erhobenen Daten dienen den Angaben zufolge allein wissenschaftlichen Zwecken im Rahmen der Dissertation. Alle Antworten werden absolut anonym und streng vertraulich behandelt. Die Beantwortung des Fragebogens wird circa 20 bis 30 Minuten in Anspruch nehmen.

Die Studie ist zu finden unter: www.honorararztstudie.de

Russische Delegation

Besuch aus Sibirien

Hohen ärztlichen Besuch aus dem kalten Norden bekam die Kammer am 15. Januar . Der Vizepräsident der Ärzteassoziation Nowosibirsk, Gennady Zakharovich Rot, informierte sich in der Ärztekammer Berlin über deren Arbeit. Begleitet wurde er von Karina Yurievna Moskalenko, Vertreterin des Koch-Metschnikow-Forums. Rot war Teil einer ärztlichen Delegation, die eine Woche lang Deutschland bereiste.

Die Ärzteassoziation gibt es seit 17 Jahren, ihr gehören inzwischen rund 80 % der Ärztinnen und Ärzte der Region Nowosibirsk an; das sind rund 6000 Kollegen. Die Organisation nimmt Aufgaben wahr, die in Deutschland die Kammern und KVen übernehmen. Dazu gehören beispielsweise auch Honorarverhandlungen für die Ärzte in staatlichen Krankenhäusern. Höchstes Organ ist die jährliche Mitgliederversammlung, der Vorstand wird für drei Jahre gewählt. Wie Rot, der in Nowosibirsk eine Privatklinik betreibt, weiter berichtete, gibt es derzeit in Russland verschiedene Versuche ärztliche Organisationen auf nationaler Ebene zu etablieren.
Rot interessierte sich besonders für den Aufbau und die Arbeit der Kammer. Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz erläuterte die aktuellen Problemfelder der ärztlichen Selbstverwaltung in Deutschland, wie zum Beispiel das Thema Priorisierung.

Domen Podnar (BÄK), Christoph Röhrig, Dr. Günther Jonitz, Gennady Zakharovich Rot, Dr. Henning Schaefer, Karina Yurievna Moskalenko (v.l.n.r.)

Neuer Kurs

Sachkunde zur Aufbereitung von Medizinprodukten

Die MUT Gesellschaft für Gesundheit mbH bietet im Jahr 2010 den „Sachkundekurs zur Aufbereitung von Medizinprodukten“ in neuer, optimierter Form an. Das Konzept wurde in Zusammenarbeit mit der Senatsverwaltung Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, dem Landesamt für Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz und technische Sicherheit Berlin (LAGetSi) überarbeitet. Den Wünschen der Teilnehmer aus den vergangenen Jahren entsprechend, erfährt der Teil der manuellen Aufbereitung von Medizinprodukten im neuen Kursprogramm eine deutliche Aufwertung. Es werden neben der Erläuterung der theoretischen Grundlagen auch praktische Übungen Teil des Kursprogramms sein, so dass noch intensiver auf die Aspekte der Tätigkeit in den Arztpraxen eingegangen wird.

Diese Fortbildung trägt den Anforderungen des Medizinproduktegesetzes Rechnung.

Sie soll die Teilnehmer befähigen, in ihrer täglichen Arbeit die rechtlichen Rahmenbedingungen der Medizinprodukteaufbereitung zu erfüllen und so zum Schutz der Patienten und der Mitarbeiter in der Praxis beitragen. Nach erfolgreichem Test erhalten die Teilnehmer ein Zertifikat.

Der neue Kurs findet jeweils Freitag von 14 bis 18 Uhr und Samstag von 8.30 bis 18 Uhr statt.

Für 2010 stehen folgend Kurstermine zur Auswahl:

19. und 20 März,
der 11. und 12. Juni,
der 10. und 11. September
sowie der 12. und 13. November.

Weitere Informationen und Anmeldeformular:
www.mutgesundheit.de/fo_aufbereitung.htm
Tel.: 030/293302-25
E-Mail: michael.biertuempel@mut-gesundheit.de oder regina.pischel@mut-gesundheit.de

Kammer

Nächste Sitzung der Delegiertenversammlung

Die nächste Sitzung der Delegiertenversammlung findet statt am **Mittwoch, den 14. April 2010** um 20 Uhr im Konferenzsaal der Ärztekammer Berlin.
Für Mitglieder der Ärztekammer Berlin sind die Sitzungen öffentlich. Alle DV-Termine finden Sie auch auf unserer Homepage **www.aerztekammer-berlin.de** im Portal „Wir über uns“, „Wer wir sind“, „Die Delegiertenversammlung“, Sitzungstermine“. In diesem Kapitel können Sie übrigens auch die DV-Berichte noch einmal nachlesen..

Die Herausforderungen, die künftig an die Versorgung geriatrischer Patienten gestellt werden, sind enorm. In Berlin wird sich der Anteil der über 80-Jährigen in den nächsten 20 Jahren voraussichtlich verdoppeln. Diese Aufgabe kann man nur bewältigen, wenn man sich rechtzeitig der Entwicklung stellt. Die Ärztekammer Berlin hat dies mit der Erarbeitung des Geriatriekonzepts Berlin 2010 getan. Der Arbeitskreis Klinische Geriatrie der Kammer hat in seinem 32-seitigen Papier analysiert, welcher Bedarf an geriatrischer Versorgung besteht und zukünftig bestehen wird, wo die größten Lücken liegen und wie sie geschlossen werden können. Dabei hat sich gezeigt, dass es in Berlin viele hervorragende Angebote zur Versorgung geriatrischer Patienten gibt. Diese müssen aber konsequent fortgeführt, ausgebaut und vernetzt werden.

Arbeitskreis Klinische Geriatrie der Ärztekammer Berlin

Illustration: Sehstern, BERLINER ÄRZTE 5/09

Geriatriekonzept Berlin 2010

Demografischer Wandel und medizinische Versorgung

„Die Pädiatrie hat sich vor rund 100 Jahren aus der Inneren Medizin herausgelöst und verselbständigt. Bei der Geriatrie setzte dieser Prozess vor etwa 50 Jahren ein und ist noch immer nicht abgeschlossen. Entsprechend der demographischen Entwicklung werden die Betreuungs- und Behandlungsangebote für alte Menschen zunehmend erweitert werden müssen unter Berücksichtigung des Prinzips „häuslich-ambulant vor institutionell". Auch die Prävenierbarkeit von Erkrankungen im Alter wird in Versorgungskonzepten auch mit Blick auf die Verlängerung der krankheitsfreien Lebenserwartung, aber nicht zuletzt auch auf die Bezahlbarkeit von Leistungen eine viel größere Rolle spielen müssen als bisher. In diesem Kontext fällt dem Fachgebiet Geriatrie eine wichtige und verantwortungsvolle Aufgabe zu. Alles Bemühen um eine Verbesserung der Lebenssituation alter Menschen steht und fällt jedoch mit der Haltung der Gesellschaft zu dieser Bevölkerungsgruppe. Die Probleme kann man vor sich herschieben oder verdrängen, sie werden aber jeden „Verdränger" unbarmherzig erreichen, wenn er denn selbst einmal alt ist. Hier ist noch ein weiter Weg zu gehen und das Ziel scheint sich manchmal eher zu entfernen als zu nähern. Gerade aber das sollte Ansporn sein, die als notwendig erkannten Schritte unbeirrt weiter zu gehen", schreibt Professor Dr. med. Ruth Mattheis, Senatsdirigentin a.D., langjährige Leiterin der Abteilung „Krankenhaus" bei der Senatsverwaltung für Gesundheit/Soziales in Berlin, in der Einleitung des Geriatriekonzeptes. Der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Günther Jonitz, ergänzt, dass die Ärztekammer mit dem Geriatriekonzept wieder einmal ihren Sachverstand in einem gesellschaftspolitisch äußerst relevanten Thema einbringe. Damit komme die Kammer ihrer Gemeinwohlverpflichtung nach. Da die in den Arbeitskreisen der Kammer vertretenen Ärztinnen und Ärzte hautnah vom gesellschaftlichen Wandel und der demografischen Entwicklung betroffen seien, hätten sie auch die entsprechende Problemlösungskompetenz, die notwendig sei. Probleme dieser Art könnten nicht von Behörden und Ministerien allein gelöst werden, hebt Jonitz hervor. Aus seiner Sicht erlebt die Altersmedizin einen Wandel. „Die Geriatrie wird gesellschaftsfähig", sagt der Kammerpräsident mit Blick auf das Schattendasein, das das Fach lange geführt hatte.

Ziele des Geriatriekonzeptes Berlin

1. Eine Bestandsaufnahme des gegenwärtigen geriatrischen Versorgungsangebotes.
2. Eine Bestandsaufnahme der in den nächsten Jahren zu erwartenden Entwicklung mit Blick auf die Herausforderungen an das Fachgebiet der Geriatrie.
3. Identifizierung von Verbesserungspotenzial für eine medizinisch/pflegerisch fachlich und ökonomisch optimierte Versorgung geriatrischer Patienten in unserer Stadt.
4. Aufzeigen wie die Vernetzung des geriatrischen Versorgungssystems mit abgestuften Strukturelementen der wohnortnahen stationären und ambulanten Versorgung weiterentwickelt werden kann.

Warum ist das Geriatriekonzept wichtig?

Aufgrund der demografischen Entwicklung in Berlin muss annähernd von einer Verdopplung des Anteils der über 80-Jährigen in der Berliner Bevölkerung bis zum Jahr 2030 ausgegangen werden. Die mit der medizinischen Versorgung einer immer älter werdenden Bevölkerung einhergehenden Probleme sind eine ganz erhebliche Herausforderung an die Geriatrie im Zusammenwirken mit vielen anderen Fachdisziplinen. Der weitere Ausbau des geriatriespezifischen Versorgungsangebots ist sicher eine zentrale Aufgabe als Antwort auf die demografische Herausforderung. Auch wenn die krankheitsfreie Lebenserwartung mit Zunahme der Gesamtlebenserwartung zunimmt, wird die soziodemographische Entwicklung allerdings dazu führen, dass wir „anders" krank werden; mit einer Zunahme chronischer Erkrankungen, Zunahme der Multimorbidität und insbesondere einer Zunahme alterstypischer Erkrankungen unmittelbar am Ende des Lebens. So besteht beispielsweise bei etwa 40 % aller geriatrischen Patienten neben körperlichen Erkrankungen eine Demenz, die eine besondere Herausforderung darstellt.

Das medizinische Versorgungsangebot muss sich bereits heute auf die komplexen Probleme alter und hochbetagter Menschen einstellen, die weniger von einer spezialisierten organbezogenen Versorgung profitieren, sondern auf ein umfassendes, auf Erhalt und Stärkung der Aktivitäten des täglichen Lebens

(ADL) ausgerichtetes Angebot angewiesen sind. Ein besonderes Anliegen des Fachgebietes Geriatrie ist die Verlängerung der krankheitsfreien Lebenserwartung oder genauer Lebenserwartung mit möglichst selbstständiger Lebensführung bei einer generell steigenden Gesamtlebenserwartung.

Dies sind die Gründe ein Konzept der Geriatrie in Berlin vorzulegen, das in besonderer Weise den Aspekten der Prävention, der Qualitätssicherung vernetzter und umfassender altersmedizinischer Versorgungsangebote, aber auch der Ökonomie der Versorgung Rechnung trägt.

Demografie in Berlin

Ähnlich wie in allen anderen Bundesländern, wird auch die Berliner Bevölkerung in den nächsten Jahrzehnten immer älter. Am stärksten wächst dabei die Bevölkerungsgruppe der über 80-Jährigen: Um 87 % bis zum Jahr 2030.Im gleichen Maße erhöht sich auch die Zahl der geriatrischen (multimorbiden) Patienten, woraus sich die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Anpassung der Gesundheitsversorgungsstrukturen ergibt (s. Abb.2).

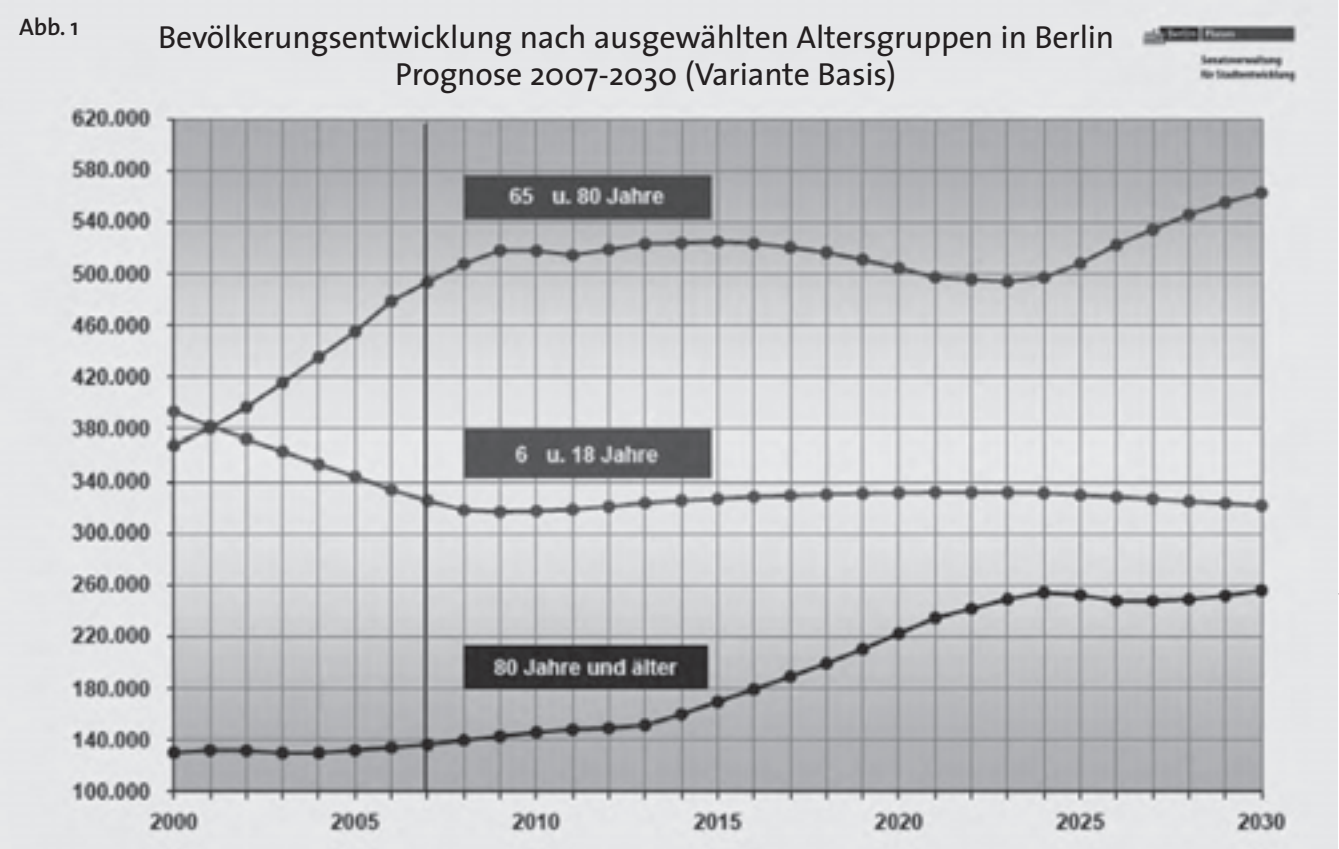
Bestehende geriatrische Versorgungsstrukturen

Die soziodemographischen Daten zeigen eine zum Teil dramatische Alterung der Bevölkerung Berlins, wobei insbesondere die älteste Bevölkerungsgruppe überdurchschnittlich stark wächst. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer Erhöhung der geriatrischen Betten in Berlin, und zwar auf circa 1600 (s. Abb. 3). Einen besonderen Mangel geriatrischer Betten gibt es insbesondere im Osten und im Norden unserer Stadt, so dass eine Angleichung insbesondere in diesen Bereichen erforderlich ist. Die Aufstockung der geriatrischen Betten sollte zum Teil auch durch eine Umwidmung anderer Betten erfolgen. Um das Prinzip der wohnortnahen Versorgung zu stärken, sollten möglichst alle geriatrischen Kliniken auch über teilstationäre Kapazitäten in geriatrischen Tageskliniken verfügen.

Zuweisung der Patienten und Aufnahme in die Geriatrie

Das Prinzip „Rehabilitation vor Pflege“ hat Gesetzeskraft. Viele ältere Menschen werden aber immer noch direkt in ein Pflegeheim eingewiesen, ohne dass jemals wenigstens der Versuch einer geriatrischen Rehabilitation unternommen worden ist. Dabei ist wissenschaftlich erwiesen und unmittelbar einsichtig, dass die Verbesserung der Selbsthilfekompetenz geriatrischer Patienten auch gesamtwirtschaftlich finanzielle Mittel einspart. Alle Berliner Geriatrien sind im Rahmen der frührehabilitativen

Abb. 1



Quelle: Senatsverwaltung für Stadtentwicklung „Bevölkerungsprognose für Berlin und die Bezirke 2007-2030“

Bevölkerungsentwicklung nach Altersgruppen (in 1.000 Personen) Variante „Basis“ Abb.2

Altersgruppe	2007	2010	2015	2020	2025	2025	Veränderrung 2007-2030	
							absolut	in %
0 - unter 6	175,3	180,6	178,8	174,2	169,2	166,1	-9,1	-5,2%
6 - unter 18	325,3	317,4	326,9	331,4	328,8	321,6	-3,7	-1,1%
18 - unter 25	299,5	289,0	250,2	250,1	252,2	256,3	-43,2	-14,4%
25 - unter 45	1.078,1	1.047,1	1.033,7	1.028,7	1.014,6	995,5	-82,5	-7,7%
45 - unter 65	907,8	944,5	982,9	966,7	953,4	917,7	917,7	+1,1%
65 - unter 80	493,7	517,8	524,9	504,5	508,1	562,8	562,6	+14,0%
80 und älter	136,6	146,0	169,7	222,4	252,4	255,9	+119,3	+87,3%
gesamt	3.416,3	3.442,4	3.467,2	3.477,9	3.479,6	3.475,8	+59,6	+1,7%

Stationäre und teilstationäre Geriatrie Abb.3

Derzeit gibt es in Berlin folgende geriatrische Kliniken und Tageskliniken:

Klinik-Standort	Betten	Plätze Tagesklinik
AWO Ida-Wolff-Geriatriezentrum	120	36
Dominikus Krankenhaus	65	15
Ev. Geriatriezentrum Berlin	132	40
Ev. Johannesstift Wichernkrankenhaus	96	10
Ev. Krankenhaus Hubertus	64	8
Ev. Waldkrankenhaus Spandau	84	
Helios Klinikum Berlin Buch	45	
Krankenhaus Bethel Berlin	60	12
Malteser Krankenhaus	43	
Median-Klinik Berlin-Mitte	110*	
(*Rehabilitationsklinik für Geriatrie)		
Sana Klinikum Lichtenberg	60	10 (ab 2010)
St. Marien-Krankenhaus Berlin	80	
Vitanas Krankenhaus für Geriatrie	90	
Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum	–	15
Vivantes Klinikum Prenzlauer Berg	35	
Vivantes Wenckebach-Klinikum	120	20
	1243	150

Komplexbehandlung in der Lage, neben der regelmäßig notwendigen Akutbehandlung (beispielsweise Neueinstellung des entgleisten Blutzuckers, die ätiologische Klärung des Sturzereignisses oder Überwindung des posttraumatischen Delirs) die notwendigen rehabilitativen Maßnahmen durchzuführen. Durch eine gute Flächendeckung der geriatrischen Angebote kann auch die dringend gebotene Wohnortnähe der Therapie sichergestellt werden.

Bestehende spezielle Versorgungsangebote

Ambulante und mobile geriatrische Rehabilitation

Außer den etablierten stationären und teilstationären geriatrischen Angeboten gibt es in Berlin einige moderne Strukturelemente, die das Angebot ergänzen und als Beitrag zu einer Weiterentwicklung angesehen werden können. Es sind die ambulante geriatrische Rehabilitation am Sankt Gertrauden-Krankenhaus (20 Plätze) und das kurz vor der Realisierung stehende Team für die mobile geriatrische Rehabilitation am Wichernkrankenhaus im Evangelischen Johannesstift in Spandau. Die Median-Klinik hat mit dem VdEK einen Vertrag über die mobile geriatrische Rehabilitation abgeschlossen. Insbesondere diese modernen wohnortnahen Angebote werden mit hoher Wahrscheinlichkeit in der Lage sein, bestimmte Patienten im häuslichen Bereich zu stabilisieren und so den (meist unerwünschten) Einzug ins Pflegeheim zu vermeiden.

Geriatrische Schwerpunktpraxis

Bereits derzeit widmen sich einzelne niedergelassene Kollegen in Berlin vorrangig der Versorgung geriatrischer Patienten. Mit der Niederlassung der Geriaterin Dr. Angela Kloppenborg in Spandau ist eine Praxis mit einem besonderen geriatrischen Profil entstanden, die als Prototyp einer geriatrischen Schwerpunktpraxis verstanden werden kann. Die geriatrische Schwerpunktpraxis wird mit hoher Wahrscheinlichkeit eine wichtige Funktion bei der vernetzten Versorgung geriatrischer Patienten in Berlin einnehmen.

Medizinische Versorgung in Pflegeheimen

Da in Pflegeheimen viele schwer betroffene multimorbide Patienten leben, sind hier eine hohe Frequenz der ärztlichen Präsenz sowie eine besonders ausgeprägte geriatrische Kompetenz der

medizinischen Versorgung erforderlich. Meist werden die Bewohner von niedergelassenen Ärzten versorgt. In Berlin gibt es darüber hinaus in 37 Pflegeheimen Heimärzte. Bekannt wurde dieses Modell unter dem Namen „Berliner Projekt“.

Es wurde als Weiterentwicklung des besonderen Berliner Konstrukts „Krankenhaus für chronisch Kranke“ 1998 in Berlin begonnen und definierte den Heimarzt als wichtiges Versorgungsprinzip im Gesundheitsmanagement älterer Patienten neu. Hierzu wurde eine Rahmenvereinbarung zwischen der AOK Berlin, der BKK, der IKK, der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, der Berliner Krankenhausgesellschaft sowie 65 Einrichtungen mit circa 8000 Plätzen geschlossen. Wegen der positiven Erfahrungen ist das Modell inzwischen mehrfach verlängert worden.

In einer differenzierten Evaluation des Modellprojektes konnten insgesamt folgende Effekte nachgewiesen werden:

• Bei einem hohen Anteil der Gesundheitsprobleme von Heimbewohnern konnte ein Klinikaufenthalt vermieden werden.
• Es zeigte sich eine deutliche Kostenersparnis (bei der AOK ein Minderaufwand der Gesundheitskosten für die Heimbewohner zwischen 2,8 bis 4,6 Millionen im Jahr).
• Die Menge der verordneten Medikamente konnte gesenkt werden.
• Insgesamt konnte eine hohe Zufriedenheit der betroffenen Patienten mit dem System konstatiert werden.

Es gibt Bestrebungen, durch eine spezielle Qualifikation der Heimärzte sowie eine apparative Grundausstattung in den Heimen dieses Konzept zum Wohl der Heimbewohner zu optimieren und dabei auch die Versorgungsökonomie zu verbessern. Grundvoraussetzung dafür ist die Fortführung des Modells zu fairen und kostendeckenden Konditionen mit den Krankenkassen.

Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“

Seit 1999 verfügt Berlin über ein Netz von Anlaufstellen für ältere Menschen, in denen die vielfältigen Hilfsangebote koordiniert werden können. Diese Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“ stellen eine wichtige Ergänzung der geriatrischen Versorgung dar. Insbesondere leisten sie auch wertvollen Beitrag zur Vernetzung zwischen den verschiedenen Institutionen. Sie beraten zu allen Fragen rund ums Alter und unterstützen bei Behinderung und Pflegebedürftigkeit, bei sozialen und sozialrechtlichen Fragen, klären die Finanzierungsmöglichkeiten einschließlich der Unterstützung bei Antragsverfahren, helfen bei der Durchsetzung von Ansprüchen, koordinieren die notwendigen Hilfen, planen und organisieren die Maßnahmen zur Wohnungsanpassung.

Mit der Einführung der Pflegstützpunkte wurde die Anzahl der Anlaufstellen erhöht, und das Spektrum der Beratung und Koordination erweitert.

Fotos: Evangelisches Geriatriezentrum Berlin gGmbH

Zentrale Forderungen des Geriatriekonzepts

Geriatrische Versorgungsangebote stärker vernetzen

Die geriatrische Versorgung sollte noch weiter vernetzt werden und noch mehr als bisher auch gezielt Präventionsstrategien wie zum Beispiel zur Sturzvermeidung verfolgen. Es gilt für eine bessere und konsequentere Nutzung des bereits heute bestehenden abgestuften Versorgungsangebots der Geriatrie mit stationärer, teilstationärer, ambulanter und mobiler ambulanter Behandlung zu sorgen und zugleich dieses System nach Maßgabe örtlicher Erfordernisse weiter im Land Berlin auszubauen. Ebenso sollten möglichst flächendeckend Versorgungspfade für typisch geriatrische Erkrankungen geschaffen und eine Vernetzung zum Beispiel mit Pflegeeinrichtungen, therapeutischen Praxen, Hilfsmittelversorgern, Apotheken u. ä. weiter entwickelt werden.

Hilfreich für eine weitere Optimierung und Vernetzung des medizinischen und pflegerischen Versorgungsangebots sind die bereits vorhandenen Beratungs - stellen in den Bezirken und die gerontopsychiatrischen Verbünde. In der stationären Versorgung spielt insbesondere

die geriatrische Komplexbehandlung zur Sicherstellung einer optimalen (akut)medizinischen Versorgung bei gleichzeitig integrierter geriatrischer Frührehabilitation eine Schlüsselrolle. Hier gilt das Prinzip: Soviel akutmedizinische Versorgung wie angemessen und von Beginn an soviel geriatrische Frührehabilitation wie nur möglich. Hierdurch kann Pflegebedürftigkeit vom geriatrischen Patienten abgewendet und seine ADL-Kompetenz gestärkt und dem bekannten „Drehtüreffekt" bei unzulänglicher stationärer Behandlung entgegengewirkt werden.

Mitautor PD Dr. Dr. med. Claus Köppel, Sprecher des Arbeitskreises Geriatrie, hebt in diesem Zusammenhang die besondere Bedeutung der Teamarbeit hervor. „Das Wort Team wird ja oft strapaziert, bei geriatrischen Patienten aber ist die Arbeit in multiprofessionellen Teams unabdingbar für gute Qualität."

Erfolgreiches Berliner Heimarztmodell fortführen und ausbauen

Das erfolgreiche in Berlin „geborene" Heimarztmodell sollte weiter ausgebaut werden. Dazu bedarf es aber fairer Vertragsbedingungen und einer kostendeckenden Finanzierung seitens der Krankenkassen, betont Köppel, der das Zentrum für Altersmedizin am Wenckebach-Klinikum leitet. In einer umfassenden Versorgung älterer multimorbider Patienten (bzw. Bewohner) kommt dem Pflegeheim eine wichtige und weiter in der Bedeutung zunehmende Aufgabe zu. Unverzichtbar für die Gesundheitsversorgung im Pflegeheim ist eine besondere geriatrische Kompetenz aller Mitglieder des Versorgungsteams, insbesondere der Ärzte und des Pflegeteams.

Viele Bewohner von Pflegeheimen sind wegen ihrer psychischen und somatischen Beeinträchtigungen nicht in der Lage, einen Hausarzt oder Facharzt aufzusuchen. Aus diesem Grund kann der notwendige Arztkontakt nur im Pflegeheim stattfinden. In Berlin verfügen seit 1996 eine Reihe von Pflegeheimen über angestellte oder besonders vertraglich gebundene Heimärzte („Berliner Modell"), was nachweislich zu einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung dieser Bewohner und zu einer beachtlichen Kostenreduktion durch eine reduzierte Zahl von Krankenhauseinweisungen geführt hat.

Dieses sehr erfolgreiche Versorgungsmodell, an dem sich leider nur einige Krankenkassen beteiligt haben, gilt es fortzuführen. Dies wird aber nur gelingen, wenn wie bisher faire und auskömmliche Vertragskonditionen von den Krankenkassen zugestanden werden. Leider ist die Fortführung dieses Modells derzeit ungewiss.

Geriatrische Kompetenz in den Rettungsstellen stärken

Die Ärztekammer Berlin setzt sich dafür ein, dass ältere Patienten, die des besonderen Versorgungsangebots der Geriatrie bedürfen, bereits in der Rettungsstelle identifiziert werden und über entsprechende Behandlungspfade einer qualitätsgesicherten Versorgung zugeführt werden. Um die Allokationsentscheidung fachkompetent treffen zu können, muss geriatrische Kompetenz schon in den Rettungsstellen der Kliniken sichergestellt werden. Hierzu ist es wichtig, bei älteren Patienten bei Aufnahme ein Screening zur geriatrischen Behandlungsbedürftigkeit durchzuführen. Ebenso gilt es, Behandlungspfade für die wichtigsten geriatrischen

PD Dr. Dr. med. Claus Köppel

Krankheitsbilder zu entwickeln. Geriatrische Kompetenz ist derzeit in kaum einer Rettungsstelle der Berliner Krankenhäuser vertreten. Dies bedingt, dass viele ältere Patienten, die unmittelbar von einer geriatrischen Versorgung profitieren würden, nicht in eine derartige Abteilung gelangen.

Geriatrische Schwerpunktpraxen fördern

Weiterhin gilt es, endlich geriatrische Schwerpunktpraxen zu fördern und auskömmlich zu finanzieren. Obwohl die Versorgung des geriatrischen Klientels aufwendiger als die von jüngeren Patienten ist, findet dies im gegenwärtigen Vergütungssystem in keiner Weise angemessene Berücksichtigung. Es müssen geriatrische Schwerpunktpraxen und eine leistungsgerechte Vergütung für die spezifisch geriatrische ambulante Versorgung geschaffen werden. Nur so wird es durch optimierte ambulante geriatrische Versorgung gelingen, vermeidbare und kostspielige Krankenhauseinweisungen zu verhindern.

Zahl geriatrischer Krankenhausbetten maßvoll erhöhen

Das stationäre geriatrische Behandlungsangebot muss mit Blick auf den Qualitätserhalt maßvoll ausgebaut werden, wobei auch Bettenumwidmungen ins Auge gefasst werden sollten. Dies sollte allerdings behutsam, nach Maßgabe der altersstrukturellen Kennzahlen in den einzelnen Bezirken und vor allem unter Wahrung der geriatrischen Qualitätsstandards geschehen. Eine Erhöhung der Bettenzahl von derzeit rund 1250 auf 1600 erscheint sinnvoll.

Genauso wichtig ist es aber auch, die vorhandenen Versorgungsstrukturen zu überprüfen und für geriatrietypische Erkrankungen Versorgungspfade (Clinical Pathways) zu schaffen. Längst nicht alle Patienten, die von einer geriatrischen Komplexbehandlung profitieren würden, gelangen derzeit überhaupt, zeitnah und vor allem ohne unnötige Umwege in geriatrische Kliniken. Hier gibt es einen nicht zu unterschätzenden Optimierungsbedarf, von dem alte Menschen in ihrer Lebensqualität und nicht zuletzt auch die Wirtschaftlichkeit der Versorgung alter Menschen profitieren würde.

Nachwuchs in allen Berufsgruppen der Altersmedizin fördern

Ein Ausbau des Versorgungsangebots wird nur dann erfolgreich sein, wenn es gelingt, entsprechenden Nachwuchs in allen Berufsgruppen der Altersmedizin, angefangen bei Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten, zu rekrutieren. Hier müssen eine Reihe von immer noch bestehenden Vorurteilen über eine vermeintlich wenig Erfolgserlebnisse mit sich bringende Tätigkeit in der Altersmedizin abgebaut werden. Bereits im Medizinstudium muss Wertschätzung für den alten Menschen vermittelt werden. Auch wenn eine Heilung des geriatrischen Patienten die Ausnahme ist, wird jede Verbesserung in der ADL-Kompetenz und zum Beispiel die Vermeidung einer institutionellen Pflege vom Patienten und seinen Angehörigen dankbar an den Arzt und sein Team zurückgegeben.

Einen wichtigen Schritt zur Stärkung der geriatrischen Medizin hat die Ärztekammer Berlin getan, indem sie kürzlich mit dem 8. Nachtrag zur Weiterbildungsordnung den Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie geschaffen hat. Sie ist damit eine der ersten Kammern, die diesen Weg geht. Daneben existiert weiterhin die Zusatz-Weiterbildung Geriatrie, so dass in Berlin künftig verschiedene Wege zur Herausbildung geriatrischer Kompetenz zur Verfügung stehen.

Inzwischen gibt es Bestrebungen, diesen geriatrischen Facharzt bundesweit zu etablieren.

Forschung und Lehre der Altersmedizin ausbauen

Auch die Forschung und hier insbesondere die Versorgungsforschung sind bei alten Menschen bzw. geriatrischen Patienten in besonderer Weise gefordert. Im Blickpunkt stehen die Verbesserung der Lebensqualität des alten Menschen und die Verlängerung der krankheitsfreien Lebenserwartung und der Lebenserwartung in Selbstständigkeit durch Maßnahmen der Prävention oder der therapeutischen Interventionen. In enger Kooperation mit den in Berlin ansässigen drei Universitäten und Forschungseinrichtungen ist eine Therapieforschung mit dem Ziel einer Risikostratifizierung für viele typische altersmedizinische Erkrankungen geboten. Gerade hochaltrige Patienten profitieren bisweilen mehr von therapeutischen Interventionen als jüngere Patienten mit einem anderen, oft prognostisch ungünstigeren Risikoprofil.
Wie die Leiterin der Forschungsgruppe Geriatrie der Charité und Ärztliche Leiterin des Evangelischen Geriatriezentrums, Professor Dr. med. Elisabeth Steinhagen-Thiessen, betont, müsse die Zahl geriatrischer Lehrstühle in Berlin und bundesweit stark angehoben werden. Gleichzeitig plädiert sie für eine Stärkung der geriatrischen Kompetenz in allen Fächern. Dies müsse schon in der Ausbildung berücksichtigt werden.

Prof. Elisabeth Steinhagen-Thiessen mit Patient

Fazit

Die Herausforderungen, die der demografische Wandel an die Versorgung geriatrischer Patienten in Zukunft stellen wird, sind enorm. Bewältigen lassen sich diese nur, wenn alle an der Versorgung beteiligten Institutionen zusammenwirken. Das schließt neben Kliniken, Tageskliniken, ambulanten, mobilen, pflegenden und koordinierenden Versorgungsstrukturen auch die Landesregierung, die Bezirke und die Kostenträger ein. Die Vertreter der älteren Generation (zum Beispiel Landesseniorenvertretung, Seniorenvertreter der Bezirke, Kompetenz-Netz für das Alter Berlin-Brandenburg) werden zunehmend wichtige Dialogpartner. Ganz vorbildliche Arbeit leisten im Land Berlin die vielen Selbsthilfegruppen, deren Angebot noch viel zu wenig konsequent genutzt wird.
Die Ärztekammer Berlin möchte mit dem Geriatriekonzept Berlin 2010 ihr Know-How einbringen und aufzeigen, welche Lösungsansätze es gibt, um den älteren Menschen dieser Stadt auch in Zukunft eine angemessene medizinische Versorgung zu bieten.

Das vollständige Geriatriekonzept finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin unter:
www.aerztekammer-berlin.de
im Kapitel „Presse“ als Anlage der Presseerklärung vom 01.02.2010.

Arbeitskreis Klinische Geriatrie der Ärztekammer Berlin

Redaktion: Dr. Rainer Neubart (Schriftleitung), Martina de la Chevallerie, Dr. Christine Mende

Verantwortlich im Sinne des Presserechts: PD Dr. Dr. Claus Köppel, Sprecher des Arbeitskreises

Gewonnene Jahre

Wider die Klischees vom Alter

Akademiengruppe Altern in Deutschland Band 7 (Hrsg. K.- Kochsiek): Altern und Gesundheit, 302 Seiten, 24 Euro; Band 9: Gewonnene Jahre. Empfehlungen. 102 Seiten, 12 Euro; Nova Acta Leopoldina, Bd. 105/369 u. Bd. 107/371. Wissenschaftliche Verlagsanstalt, Stuttgart 2009.

Altersbilder von Journalisten. Studie in der Reihe „Alter und Demographie". 84 Seiten. Robert Bosch Stiftung, Stuttgart 2009

Um 1900 wurden in Deutschland Männer durchschnittlich 45, Frauen 48 Jahre alt, heute sind es 77 bzw. 82 Jahre. Zugleich mit dem Anstieg der Lebenserwartung sank seit dem späten 19. Jahrhundert die Geburtenziffer rapide: von durchschnittlich fünf auf heute 1,5 Kinder im Laufe eines Frauenlebens. Zusammen benennt man die beiden Entwicklungen mit dem wohlklingenden Namen „Demographischer Wandel".

Was für Auswirkungen diese menschheitsgeschichtlich völlig neue, nicht auf Deutschland beschränkte Situation hat, welche Chancen die gewonnenen Jahre bieten und wie die Gesellschaft mit ihnen und mit den Herausforderungen umgehen sollte: Damit befasste sich im Auftrag der Leopoldina (seit kurzem Nationale Akademie der Wissenschaften) und der Deutschen Akademie der Technikwissenschaften mehrere Jahre lang die Gruppe „Altern in Deutschland", ein interdisziplinäres Team aus Medizinern, Natur- Technik- und Geisteswissenschaftlern sowie Praktikern verschiedener Bereiche. Entsprechend vieldimensional ist das Ergebnis ihrer gemeinsamen Forschungsarbeit, das in 9 Bänden vorliegt. Herausgegriffen haben wir hier den 9. Band mit den zusammenfassenden Empfehlungen und den 7. der Materialbände, „Altern und Gesundheit".

Die Presse sieht das Alter differenziert

In diesem Zusammenhang möchten wir darauf hinweisen, dass auch die Robert Bosch Stiftung sich, mit ihrem Förder-Schwerpunkt „Alter und Demographie", wie die Akademiegruppe darum bemüht, falsche, negative Vorurteile zu widerlegen und ein differenziertes Bild vom Alter herauszuarbeiten. Daher auch die Studie, mit der die Stiftung das Institut für Demoskopie Allensbach betraut hat: „Altersbilder von Journalisten". Die befragten Pressevertreter distanzierten sich von den zum Teil noch in der Bevölkerung fortlebenden negativen Stereotypen; sie sehen das Leben im Alter differenzierter und eher chancenorientiert.

Da Ärzte naturgemäß mit alten Menschen vorwiegend dann zu tun haben, wenn sie krank sind (oft hinfällig, multimorbide, pflegebedürftig), muss ihr Bild vom Alter meist negativ sein. Deshalb dürfte die Feststellung der Arbeitsgruppe viele überraschen: „Gesundheitliche Einschränkungen und chronische Behinderungen im Alter haben... im Vergleich zu früheren Jahren abgenommen. Die durchschnittliche gesunde Lebenszeit jenseits des 65. Lebensjahrs ist allein in der Dekade der 1990er um zweieinhalb bzw. eineinhalb Jahre gestiegen (Männer/Frauen)... Die Lebensqualität ist trotz chronischer Krankheit und/oder Behinderung besser als früher. Insgesamt hat das Risiko, pflegebedürftig zu werden, in Deutschland in den letzten Jahren abgenommen."

Die Akademiegruppe verkennt aber keineswegs die Probleme der Hochbetagten, vor allem die dramatische Zunahme der Demenzen. Der Band „Altern und Gesundheit" enthält den Beitrag „Das hohe Alter – mehr Bürde als Würde" des verstorbenen, international sehr bekannten Berliner Alternsforschers Paul Baltes, des Initiators der Arbeitsgruppe. „Die guten Nachrichten", heißt es da, „betreffen das 3. Alter", während das 4. Alter (Hochbetagte) „die Gesellschaft vor schier unüberwindliche Probleme stellt". Baltes weiter: „Die Zukunft ist das Alter. Deshalb muss unter dem gesellschaftlichen Aspekt die Alternsforschung einen der Eckpfeiler der Wissenschaft im 21. Jahrhundert bilden."

Nicht nur in der Gerontologie hat Deutschland einen enormen Nachholbedarf, auch in der Geriatrie. Die Arbeitsgruppe der Akademien will sie gestärkt sehen, und sie betont die Schlüsselrolle des Hausarztes bei der Verbesserung der Gesundheit alter Menschen.

Der Gewinn an Lebenszeit – ein noch nicht ausgeschöpftes Fortschrittspotenzial. Aus dieser zentralen Hypothese leitet die Arbeitsgruppe drei Ziele ab: 1. Bessere Chancen für jeden Einzelnen, sein Leben bis ins hohe Alter selbstständig und eigenverantwortlich zu gestalten. 2. Eine Gesellschaft für alle Lebensalter mit einem produktiven, gerechten und solidarischen Verhältnis der Generationen. 3. Statt immer nur aufs Alter zu blicken, muss die gesamte Gesellschaft zukunftsfähig gemacht werden. Hierfür hat die Akademiegruppe zahlreiche Vorschläge erarbeitet.

R. Stein

ANZEIGEN

Leben verlängern – und dann?

Alt werden wollen fast alle, aber auch alt sein? Die gestiegene Lebenserwartung erfordert einen Umbau des Gesundheitswesens, ja der Gesellschaft. Das kam bei einer Charité-Ringvorlesung zur Sprache.

Schon Hufeland wetterte: Das Rauchen sei ein „schmutziges, beißendes, übelriechendes Lebensbedürfnis“, heißt es im 1787 zuerst veröffentlichten Standardwerk der Gesundheitsaufklärung „Die Kunst, das menschliche Leben zu verlängern“. Es wurde zum internationalen Bestseller. Von der 3. Auflage an nannte der Autor das Handbuch „Makrobiotik“ – das klang wissenschaftlicher. Das Werk war zwar kein Fachbuch, sondern ein populärwissenschaftliches Sachbuch, aber fürs Bildungsbürgertum geschrieben. Die Mixtur aus Hygiene und Moral mit dem Rat zum Maßhalten bei allem, auch beim Essen, wäre bei den vielen anderen auch schlecht angekommen, für die das Alter (wenn sie es denn erreichten) Armut und Elend bedeutete. Einen Rückblick auf die Ära um 1800 gab der Berliner Medizinhistoriker Volker Hess bei der Veranstaltung „Wege in die Zukunft – Die alternde Gesellschaft“ im Rahmen der Ringvorlesung zum Charité-Jubiläum.

Mäßigung, Vernunft und eine bürgerliche Lebensführung verlängere das Leben, verkündete der Weimarer Leib- und Modearzt (seit 1810 erster Berliner Medizin-Dekan). Einiges aus dem Inhalt des lange vorbereiteten Buches hatte er schon 1792 im Hause Goethe vorgetragen, worauf Herzog Carl August ihn zum Professor in Jena machte. Dort hielt er, zeitweise vor 500 Hörern, auch öffentliche Vorlesungen über „die Kunst das menschliche Leben lange und brauchbar zu erhalten“.

ANZEIGE

Der Titel hätte Immanuel Kant vielleicht besser gefallen als „...das menschliche Leben zu verlängern“. Denn Kant, von Hufeland um eine Stellungnahme gebeten, reagierte distanziert und leicht ironisch auf Hufelands Buch und viele seiner Regeln, wie Hess berichtete. Viel schlafen? Was hat man dann vom längeren Leben? Sich schonen? Dann stirbt man womöglich früh an Langeweile. Lange Leben und dabei gesund bleiben? Kaum möglich, meinte der Weise aus Königsberg skeptisch. Und die eigentliche Frage „wofür alt werden?“ stellt sich zwar den Philosophen, nicht aber den Ärzten.

Behandlungsziel: Alltagskompetenz

Die Begriffe „Primärprävention“ und „Lebensqualität“ kannte Hufeland noch nicht. Aber sein Rat gilt im Prinzip noch heute. Es ist bekannt, dass trotz des medizinischen Fortschritts das gesundheitsbewusste Verhalten, allerdings auch die gesundheitsförderlichen Verhältnisse, die Hauptgründe für den Anstieg der Lebenserwartung sind. Und: „Will man gesundes Alter fördern, muss die Prävention in jedem, auch im späten Lebensalter gestärkt werden“, heißt es in den Empfehlungen der Akademiegruppe „Altern in Deutschland“ (s. Besprechung auf Seite 21 dieses Heftes). Der Gruppe gehörte auch die Berliner Altersmedizinerin Elisabeth Steinhagen-Thiessen an, die ebenfalls in dieser Charité-Veranstaltung sprach.

Der Alterungsprozess, so führte sie aus, ist sowohl extrinsisch (z. B. durch Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten) als auch intrinsisch (Zufall, Genetik) beeinflusst. Wie schon die Berliner Altersstudie zeigte, sind alte Menschen, bei denen mehrere Krankheiten diagnostiziert wurden, oft erstaunlich zufrieden mit ihrem Gesundheitszustand.

Welcher Behandlungsbedarf besteht, muss multiprofessionell und in Hinblick

auf Funktionsstörungen und –verluste ermittelt werden. Das Behandlungsziel heißt vor allem Alltagskompetenz. Aber, so kritisierte die Geriaterin, die Behandlungsmöglichkeiten im Alter lassen zu wünschen übrig. Das DRG-System geht von einer einzigen Diagnose aus, multimorbiden geriatrischen Patienten wird es nicht gerecht. Die drastisch verkürzte Verweildauer verweist sie auf die ambulante Versorgung zurück, die aber oft unzulänglich ist, weil ausreichende Strukturen fehlen. Hinzu kommt: „Multimorbide Alte fallen wegen der unkoordinierten Versorgungsabläufe oft durchs Netz“, sagte Elisabeth Steinhagen-Thiessen. Das von ihr geleitete Ev. Geriatriezentrum (ausführlich vorgestellt in BERLINER ÄRZTE 10/07) versucht, diesen Mangel zu beheben.

Alters-Hauptprobleme

Als die drei größten Krankheitsgruppen im Alter nannte sie die Störungen des Bewegungsapparates, die Herz-Kreislauf-Krankheiten und die Demenzen. Auf die letzteren ging die Charité-Psychiaterin Isabella Heuser näher ein, aber vor allem im Zusammenhang mit den Depressionen. Denn – so zeigte sich in ihrer Gedächtnissprechstunde – etwa 40 Prozent aller Demenzen beginnen mit einer Depression. Von ihr sind 10-15 Prozent aller über Sechzigjährigen betroffen. (Gesamtbevölkerung: 2-7 Prozent.) Meist klagen sie über körperliche Symptome; die Depression larviert sich dahinter und bleibt deshalb oft unbehandelt, obgleich gut therapierbar. Dahinter steht oft der Verlust sozialer Netzwerke, verminderte Wertschätzung, Isolation, besonders bei Männern. Als Gegenmittel nannte die Psychiaterin „sinnstiftende Aktivitäten“.

„Wie gehen wir mit Dementen unter Wahrung der Menschenwürde um?“, fragte der Heidelberger Gerontologe Andreas Kruse; eines der beiden von ihm thematisierten ethischen Hauptprobleme: Mit unserem sehr eingeschränkten Menschenbild werden wir dem Demenzkranken nicht gerecht, weil wir den Menschen mit seinem Denken gleichsetzen, dagegen seine Emotionalität ignorieren.

Das andere große Problem: Wie lassen sich die psychischen, kognitiven und sozialen Potenziale im Alter fördern und nutzen? Zum Wohle der Älteren, die sich auch jenseits der starren Altersgrenze noch fit fühlen und dem „öffentlichen Raum“ mitgestalten wollen und zum Wohle der Gesellschaft, die von ihren Kompetenzen sehr profitieren könnte, wenn sie sie adäquat nutzte. Als gutes Beispiel nannte Kruse ein erfolgreiches Projekt bei der Firma Bosch zur Qualifikation und zum richtigen Einsatz ihrer älteren (50- bis 65-jährigen) Mitarbeiter einschließlich Gesundheitsvorsorge. Wo es um Schnelligkeit geht, sind die Jüngeren gefragt, wo andere Qualitäten wie zum Beispiel Erfahrung wichtiger sind, die Älteren. Das Projekt führte zu einem Zuwachs an Kompetenz und Zufriedenheit. „Der Diskurs in der Öffentlichkeit über diese Probleme muss viel intensiver werden“, sagte er abschließend.

Rosemarie Stein

ANZEIGE

ANZEIGENSCHLUSS

Ausgabe April 2010: 05. März 2010

Allgemeiner Hinweis

Die Ankündigungen auf diesen beiden Seiten geben einen Überblick über die ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen, die von der Ärztekammer Berlin veranstaltet werden oder in Kooperation mit ihr stattfinden. Alle weiteren Fortbildungsveranstaltungen, die bepunktet wurden, können im **Online-Fortbildungskalender** 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 Interessensschwerpunkten orientierte Veranstaltungsauswahl weit im Voraus.

Termine	Thema / Referenten	Veranstaltungsort	Information/ Gebühr	Fortbildungspunkte
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 beide Kurse: 290 €.	16 P
26.03.-27.03.2010	**Breaking Bad News**	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
04.-05.06.2010 **25.-26.06.2010** **02.-03.07.2010**	**Strukturierte curriculäre Fortbildung: Grundlagen der medizinischen Begutachtung, 3 Module** (weitere Informationen s. S. 25)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1203 E-Mail: begutachtung@aekb.de Anmeldung erforderlich Gebühren: 400 €	10 P pro Modul
20.05. – 22.05. 2010 **01.07. – 03.07. 2010** **02.09. – 04.09. 2010** **10.12. – 11.12.2010**	**Ärztliche Führung in Zeiten des Wandels** **ein Kurs in 4 Modulen** (weitere Informationen s. S.25)	Evangelische Bildungsstätte auf Schwanenwerder, Inselstraße 27-28 14129 Berlin	Informationen, ausführliches Programm und Anmeldung: Tel.: 40806-1403 oder -1400 E-Mail: aerztliche-fuehrung2010@aekb.de Maximal 18 Teilnehmer	80 P
07.-09.06.2010	**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

■	**09.-11.06.2010** **11.06.2010**	**Spezialkurs im Strahlenschutz** **- bei der Röntgendiagnostik** **- bei interventioneller Radiologie**	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 IR: 70 €	20 P (Spezialkurs Röntgendiagnostik) 5 P (Spezialkurs IR)
■	**06.09.-11.09.2010** **01.11.-06.11.2010** **13.12.-18.12.2010**	**Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)** Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1207 (Organisatorisches), Tel.: 40806-1400 (Inhaltliches), E-Mail: QM-Kurs2010@aekb.de	50 P pro Modul

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 13-19.30 Uhr; samstags jeweils 8-14 Uhr)
Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

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

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 Kamingesprächen bietet der Kurs zudem die Gelegenheit, sich direkt mit Protagonisten aus Klinkleitungen 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

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 Fortb.-punkte)
Modul II: Erstellung von Gutachten
Sa./So.,19./20.06.2010 (Teilnahmegebühr: 200 €; 20 Fortb.-punkte)
Modul III: Behandlung
Fr./Sa., 24./25.09.2010 (Teilnahmegebühr: 160 €; 16 Fortb.-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 40-40;
E-Mail: info@psychotherapeutenkammer-berlin.de

Kammer will Verbundweiterbildungen fördern

Tag der Allgemeinmedizin in Berlin

Künftige Hausärzte sollen es in Berlin bald leichter haben, ihre klinischen Weiterbildungsabschnitte zu absolvieren. Die Ärztekammer Berlin will ihre Anstrengungen erhöhen, Nachwuchs-Hausärzten über so genannte „Verbundweiterbildungen" ein strukturiertes Durchlaufen ihrer vorgesehenen Weiterbildungsabschnitte zu erleichtern. Das betonten Ärztekammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz und seine Vorstandskollegin Prof. Dr. med. Vittoria Braun auf dem Tag der Allgemeinmedizin am 27. Januar in der Ärztekammer Berlin. Geplant ist eine - derzeit allerdings erst im Aufbau befindliche - Koordinierungsstelle, die künftig eine Zusammenarbeit von Kliniken und benachbarten Weiterbildungspraxen unterstützt. Neben dieser guten Nachricht bot der Tag ausführlich Gelegenheit zu einer Standortbestimmung des Faches. Und die fiel gemischt aus.

Von Sybille Golkowski

Zwar ist es gelungen, die Weiterbildung Allgemeinmedizin in den letzten Jahren auf solide Füße zu stellen und ein inhaltliches Programm dafür aufzulegen, das die Breite des Faches gut abbildet. Auch haben der Abschied von einer gemeinsamen Basisweiterbildung mit der Inneren Medizin und die Re-Etablierung als eigenständiges Fach die Allgemeinmedizin inhaltlich gestärkt. Aber zwei Probleme bereiten den Vertretern der Zunft seit Jahren große Sorgen und sind nach wie vor noch nicht ausreichend gelöst.

Der Nachwuchs zögert noch

Problem eins: Der Allgemeinmedizin bricht der Nachwuchs weg. Weiterbildungsbefugte (nicht nur in Berlin) suchen händeringend nach Assistenten und finden nicht genug Bewerber. Allein am Tag der Veranstaltung verzeichnete die Online-Weiterbildungsbörse der Kammer 40 Angebote und 4 Gesuche für ambulante Weiterbildungsstellen in der Allgemeinmedizin. Auch die Prüfungsstatistik stagniert: Noch im Jahre 2003 legten 121 Allgemeinmediziner ihre Facharztprüfung bei der Ärztekammer Berlin ab; 2009 waren es nur noch 67.

Das wird sich auswirken. Vittoria Braun rechnete vor, dass im Jahre 2015 mindestens 15 % weniger Hausärzte zur Verfügung stehen werden als heute. Und dies vor dem Hintergrund, dass die weitere Morbiditätsentwicklung bereits im Jahr 2020 eine um circa 20 bis 30 % höhere Anforderung an die Primärversorgung erwarten lässt. Besonders in der Fläche wird sich das schmerzhaft bemerkbar machen. Doch auch im vergleichsweise noch gut versorgten Berlin sind Engpässe absehbar. Von den derzeit 2443 niedergelassenen Hausärzten in Berlin sind 1300 Fachärzte für Allgemeinmedizin. Von ihnen sind 548 älter als 55 Jahre, sie werden ihre Praxen in spätestens zehn Jahren abgeben, erläuterte Dr. med. Angelika Prehn, Vorsitzende der KV Berlin. Natürlich bringt das all jene, die sich jetzt für das Fach entscheiden, in eine komfortable Situation. Sie werden schon bald ein breites Angebot an Praxen vorfinden, die sie übernehmen können. Selbst dem nicht eben kleinen Anteil derer, die das unternehmerische Risiko einer eigenen Niederlassung scheuen und gern angestellt arbeiten wollen, beschert die voranschreitende Konzentration aufgekaufter Arztsitze in Gemeinschaftspraxen und MVZs recht gute Aussichten, etwas Passendes zu finden.

Klinische Weiterbildung nur Undercover?

Problem zwei: Assistenten haben nach wie vor Schwierigkeiten, Stellen für ihre klinischen Weiterbildungsabschnitte zu finden. Das schaffen sie oft nur, wenn sie gleichsam „undercover" agieren und sich als angehende Internisten oder Chirurgen ausgeben. Denn Kliniken scheuen sich, trotz im Initiativprogramm Allgemeinmedizin zur Verfügung stehender zusätzlicher Mittel, ihre Weiterbildungsstellen mit fachfremden Allgemeinmedizinern zu besetzen.

Berlins erste Verbundweiterbildungs-Modelle

Eindrucksvoll zeigten Chefärzte der DRK-Kliniken Köpenick an diesem Abend, dass diese weitverbreitete Einschätzung in Kliniken falsch ist. Stattdessen sind die Weiterbildungsassistenten der Allgemeinmedizin für die Fachkliniken ein Gewinn. Ein neben den angehenden Internisten und Chirurgen mitlaufender Allgemeinmediziner erleichtert oftmals die Basisarbeit auf der Station. Bei ihm müssen fachlich andere Schwerpunkte gesetzt werden, aber es ist von Vorteil, wenn es Assistenten im Team gibt, die nicht gezwungen sind, spezielle OP-Kataloge zu erfüllen und Spezialuntersuchungen nachzuwei-

sen. Die Erkenntnis der Köpenicker Chefärzte kommt nicht von ungefähr. Die DRK-Kliniken haben gemeinsam mit der hausärztlichen Praxis von Charité-Lehrstuhlinhaberin Vittoria Braun in Eigenregie eine koordinierte Weiterbildung auf die Beine gestellt (wir berichteten in Heft 12/2009). Die Ärzte in Weiterbildung zur Allgemeinmedizin, die stationär in der Chirurgie, Inneren Medizin oder der Anästhesiologie arbeiten, kommen zu sogenannten „Rückkehrtagen" in die Hausarztpraxis von Vittoria Braun. Dort tauschen sie sich zu typischen allgemeinmedizinischen Fragestellungen aus, erhalten ein Kommunikationstraining und stellen frühzeitig Selbstverständnis und Identität zur Hausarztmedizin her. Ab April 2010 wird vom DRK-Klinikum eine fünfjährige Verbundweiterbildung angeboten. Neben den Köpenickern bietet noch das Justizvollzugskrankenhaus Berlin am Saatwinkler Damm eine Verbundweiterbildung für Allgemeinmediziner an. Eine der treibenden Kräfte ist hier der Ärztliche Direktor Dr. med. Marc Lehmann.

Aktiv auf benachbarte Kliniken zugehen

Ohne Ärzte, die sich wie Braun und Lehmann gleichsam als Motoren für Verbundmodelle engagieren, geht es nicht. Vor voll besetztem Haus warb Braun deshalb für mehr ärztliche Eigeninitiative beim Zustandekommen solcher Verbundweiterbildungen. Sie propagierte ein Modell, bei dem ein oder mehrere niedergelassene Weiterbildungsbefugte der Allgemeinmedizin aktiv auf benachbarte Kliniken zugehen. Eine solche Idee könne man den Beteiligten nicht „von oben" überstülpen, so Braun.

Fotos: Rudat

Eine Zusammenarbeit in der Weiterbildung könne insbesondere durch persönliche Kontakte zu aufgeschlossenen Klinikleitungen und Chefärzten wachsen, mit denen man schon lange und gut zusammenarbeitet und über die eine Initialzündung für eine solche Initiative möglich ist. Wie das geht, hat jetzt gerade die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) in der lesenswerten Broschüre „Verbundweiterbildung zum Allgemeinarzt" zusammengefasst (www.degam.de, Kapitel „Weiterbildung", „Verbundweiterbildung zum Allgemeinarzt").

Die Ärztekammer will Interessierte künftig aktiv logistisch unterstützen, damit Verbünde am Ende wirklich zustande kommen und gut arbeiten können. Auch dies ist eine der zentralen Aufgaben der geplanten Koordinierungsstelle. Die Zeiten stehen günstig, denn gerade sind die Mittel aus dem Initiativprogramm Allgemeinmedizin aufgestockt worden. Mit ihnen erhalten Praxen und Kliniken einen Zuschuss, wenn sie Ärzte im Fach Allgemeinmedizin weiterbilden. Das Antragsverfahren für die Mittel läuft im ambulanten Bereich über die KV Berlin und für die Kliniken über die Registrierstelle der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Zudem sollen die jungen Kollegen beim Absolvieren der geforderten Weiterbildungsabschnitte organisatorische Hilfestellung bekommen.

Es ist zu wünschen, dass die Initialzündung der ersten Berliner Pionier-Modelle Feuer fängt. Denn – und da waren sich alle Fachleute an diesem Abend einig – das Fach gehöre zwar nicht zu den finanziell lukrativsten, durch seine Breite und den umfassenden und jahrelangen Patientenkontakt jedoch zu den schönsten und bereicherndsten Berufsfeldern für Ärzte.

SyGo

Haben Sie Fragen?

Wie erwähnt, ist unsere geplante Koordinierungsstelle derzeit noch nicht im Einsatz. Ärztinnen und Ärzte, die jedoch bereits im Vorfeld Fragen und Anregungen haben, wenden sich bitte an: **tagderallgemeinmedizin@aekb.de**

ANZEIGEN

Haftunfähigkeit aufgrund psychiatrischer Krankheit

Rechtliche Grundlage und ärztlicher Handlungsspielraum

Kommt ein Patient in die Sprechstunde mit dem Wunsch „haftunfähig" geschrieben zu werden, so geht es meist darum, eine anstehende Haftstrafe wegen einer bestehenden körperlichen oder psychischen Erkrankung nicht anzutreten. Um die Patienten in diesem verständlichen Anliegen adäquat zu beraten, braucht die/der behandelnde Ärztin/Arzt Kenntnisse über die gesetzlichen Vorgaben und seinen eigenen Handlungsspielraum.

Von Annette Opitz-Welke

Der Begriff „Haftfähigkeit" wird häufig allgemein für alle Formen des Freiheitsentzugs verwendet, im einzelnen geht es dabei um drei verschiedene Situationen: Die Gewahrsamsfähigkeit, die Haftfähigkeit im Rahmen einer Untersuchungshaft und die Haftfähigkeit im Rahmen einer Strafhaft, also nach rechtskräftiger Verurteilung. Diese Unterscheidung ist wichtig, weil unterschiedliche gesetzliche Vorgaben die einzelnen Bereiche regeln.

Grundlage des Polizeigewahrsams sind die Polizei-und Ordnungsgesetze der Länder. Der Polizei wird in diesen Gesetzen das Recht zugestanden, Personen unter bestimmten Bedingungen (Störung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung, Absicht der Selbsttötung, Hilflosigkeit) in Gewahrsam zu nehmen. Dabei stellt die Gewahrsamsfähigkeitsuntersuchung fest, ob die betreffende Person in Gewahrsam genommen werden kann. Diese Untersuchungen führen in der Regel Ärzte durch, die bei der Polizei beschäftigt sind.

Anspruch auf Gesundheitsfürsorge

Befindet sich eine Person in Untersuchungshaft, so geht es um Haftfähigkeit, die für den Bereich der Untersuchungshaft in der Strafprozessordnung (§§112 ff.) geregelt ist. Untersuchungshaft dient der Sicherung eines laufenden Strafverfahrens, der/die Beschuldigte soll daran gehindert werden sich dem Strafverfahren zu entziehen oder die Wahrheitsfindung zu beinträchtigen.
Inhaftierte haben einen Anspruch auf Gesundheitsfürsorge und ärztliche Behandlung, der durch medizinisches Fachpersonal in den Haftanstalten umgesetzt wird. Daraus folgt, dass eine ambulante Behandlung nach Inhaftierung meist unproblematisch fortgesetzt werden kann. Ist ein Krankheitsbild so ausgeprägt, dass eine Krankenhausbehandlung erforderlich wird, kann der Inhaftierte entweder in einem Haftkrankenhaus oder mit entsprechender Überwachung in einem allgemeinen Krankenhaus behandelt werden. Nur wenn eine konkrete Gefahr besteht, dass dem Inhaftierten durch die Untersuchungshaft schwerwiegender Schaden an seiner Gesundheit zugefügt wird oder er stirbt, soll die Vollstreckung des Haftbefehls nicht erfolgen, bzw. ein bestehender Haftbefehl aufgehoben werden. Dies träfe zum Beispiel zu, wenn ein Beschuldigter im Koma läge.

Nach einer rechtskräftigen Verurteilung ist ein Haftaufschub oder eine Haftunter-

ANZEIGE

brechung bei Vollzugsuntauglichkeit möglich. Die Voraussetzungen dafür werden im §455 StPO genannt, wonach die Vollstreckungsbehörde die Vollstreckung einer Freiheitsstrafe unterbrechen kann, wenn der „Verurteilte in Geisteskrankheit verfällt", allerdings nur dann, wenn nicht „überwiegende Gründe, namentlich der öffentlichen Sicherheit entgegenstehen". Konkret sind bei Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose und einer anstehenden Strafhaft drei Dinge zu bedenken: Zum ersten ist nur ein Strafaufschub möglich, die Strafe soll nach Besserung der auslösenden Symptomatik angetreten werden. Zum zweiten meint der Begriff „Verfall in Geisteskrankheit" ein Zustandsbild, bei dem der Verurteilte krankheitsbedingt für den Sinn des Strafvollzugs nicht mehr erreichbar ist, weil er nicht versteht, wo er sich befindet, weil er vorrübergehend oder dauerhaft desorientiert ist. Gemeint sind hier schwere psychiatrische Krankheitsbilder, hauptsächlich Verwirrtheitszustände bei akuten Schizophrenien, affektiven Störungen oder Demenzen. In Einzelfällen ist auch bei festgestellter Vollzugsuntauglichkeit eine Haft möglich, wenn die Vollstreckungsbehörde den Betroffenen als zu gefährlich für eine Aussetzung der Haftstrafe einschätzt.

Auch Nachteile möglich

In Ergänzung zur Aufklärung über die rechtlichen Voraussetzungen für einen Haftaufschub ist es für die Beratung der Patienten wichtig zu wissen, dass ein psychiatrisches Attest auch Nachteile für den Betroffenen zur Folge haben kann. In Berlin werden Verurteilte, die sich in Freiheit befinden, in der Regel zum offenen Vollzug geladen, der natürlich von den Inhaftierten als weit weniger belastend als der geschlossene Vollzug erlebt wird. Zudem bietet der offene Vollzug die Chance, durch Lockerungen (Ausgänge und Urlaub) den Kontakt zum sozialen Umfeld zu pflegen, bzw. nach Erhalt des Freigängerstatus in der Justizvollzugsanstalt zu schlafen und außerhalb zu arbeiten. Allerdings werden Inhaftierte mit ernsten psychischen Problemen oft als zu wenig zuverlässig für diese Vollzugsform eingeschätzt und nach Haftantritt in den geschlossenen Vollzug verlegt. Der behandelnde Psychiater sollte sich deshalb überlegen, ob er seinem Patienten nicht einen Bärendienst erweist, wenn er, das Ziel einer Haftverschonung vor Augen, dessen psychische Labilität herausstreicht, damit aber, wenn die Haft dann doch angetreten werden muss, eine Haftverbüßung im offenen Vollzug gefährdet.

Betrachtet man die rechtlichen Vorgaben zusammengefasst, so wird deutlich, warum die häufig verfassten kurzen Atteste, in denen eine Diagnose genannt wird und daraus ohne weitere Ausführungen Haftunfähigkeit abgeleitet wird, ihre Wirkung meist verfehlen. Da es nämlich in Berlin ein Haftkrankenhaus mit einer psychiatrischen Abteilung gibt und eine ambulante psychiatrische Behandlung im Rahmen eines Konsiliardienstes auch in allen Haftanstalten möglich ist, kann eine psychiatrische Behandlung in der Regel in Haft fortgesetzt werden. Oft werden Personen mit chronifizierten psychiatrischen Störungsbildern (hauptsächlich Schizophrenien) in Haft erstmals einem psychiatrischen Facharzt vorgestellt, da sie sich außerhalb der Haft dauerhaft Kontakten mit dem psychiatrischen Versorgungssystem entzogen haben.
Das Vorliegen einer psychiatrischen Störung allein ist also kein Grund für Haftunfähigkeit. Vielmehr müsste ein entsprechendes Attest genau ausführen, weshalb der oben genannte schwerwiegende Schaden an der Gesundheit oder akute Lebensgefahr im Falle einer Inhaftierung zu befürchten wäre.

Liegt nach Einschätzung des behandelnden Arztes wirklich ein Zustandsbild vor, bei dem der/die Betroffene aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung nicht für die Zwecke des Strafvollzugs erreichbar scheint, sollte unter Verweis auf die erhobenen Befunde eine forensisch-psychiatrische Begutachtung zur Frage der Haftfähigkeit bei der entsprechenden Vollstreckungsbehörde angeregt werden. Aus klinischer Erfahrung ist dies besonders bei dementiellen Syndromen sinnvoll, da hier auch auf Dauer kaum eine Besserung zu erwarten ist. Bei anderen Diagnosen sollte man den Betroffenen gut beraten, eine Haftunfähigkeit ist in der Regel ein vorrübergehender Zustand, so dass nicht wenige Betroffene Jahre ihres Lebens damit verbringen, eine anstehende Haftstrafe vor sich her zu schieben, die sie dann am Ende doch antreten müssen.

Was aber, wenn ein Patient seinem ambulant behandelnden Arzt mitteilt, er befürchte, durch eine Haft schwer depressiv zu werden, vielleicht sogar suizidal? Für den Fall drohender Selbstschädigung sieht das Strafvollzugsgesetz Maßnahmen vor, allerdings nicht Haftverschonung sondern gesonderte Unterbringung und spezielle Beobachtung. Für den Fall einer Anpassungsstörung kann auf das vorhandene medizinische Versorgungssystem der Haftanstalten verwiesen werden. Depressive Anpassungsstörungen sind im Übrigen bei Inhaftierten sehr häufig, kaum je wird ein Haftaufenthalt als Erfolg oder als angenehm erlebt, zudem stellt die Trennung von Familie und Bezugspersonen einen Risikofaktor dar. Auch das Vorliegen einer Klaustrophobie ist kein Grund für eine Haftverschonung, vielmehr sollte an die aufnehmende Haftanstalt die Bitte herangetragen werden, dem Störungsbild bei der Unterbringung und der Gestaltung der Haft Rechnung zu tragen.

Verfasserin:

Dr. med. Annette Opitz-Welke
Justizvollzugskrankenhaus Berlin

ANZEIGE

Arzneimittelinformationen aus ungetrübten Quellen

Die wichtigste Arzneimittel-Informationsquelle für den Patienten ist noch immer der Arzt, auch in der Internetära. Aber die Information des Arztes fließt meist aus den interessengetrübten Quellen der Industrie. Jede Woche werden in deutschen Praxen durchschnittlich sieben – beschönigend so genannte – Pharmareferenten empfangen, und die beschönigen natürlich das Nutzen-Risiko-Verhältnis ihrer Präparate. Dasselbe geschieht in gesponserter Fortbildung, ob live oder per Lektüre. Es gibt aber eine ganze Anzahl ungetrübter Quellen, sie waren Thema einer Vortragsreihe der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft beim diesjährigen Bundesärztekammer-Forum in Berlin.

„Therapeutisch nutzlose oder gar schädliche Präparate, wahrheitswidrige Ankündigung der Präparate, Reklame beim Laienpublikum und abnorme Preise“: Die „Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)“ kritisiert solche „Übelstände auf dem Arzneimittelmarkt“ seit eh’ und je. Von 1914 stammt das Zitat, mit dem AkdÄ-Vorsitzender Wolf-Dieter Ludwig die von ihm moderierte Veranstaltung eröffnete. Seine Stellvertreterin Ursula Gundert-Remy und der AkdÄ-Mitarbeiter Thomas Stammschulte zeigten, wie David unermüdlich versucht, sich gegen Goliath zu behaupten.

Das beginnt schon mit der Schwierigkeit für die Arzneimittelkommission und ihre Mitstreiter im In- und Ausland, die notwendigen Daten zu beschaffen, um Desinformation zu korrigieren. Die idealen Quellen – die vollständigen Zulassungsunterlagen – seien meist nicht zugänglich, sagte Ursula Gundert-Remy. Um evidenzbasierte Informationen über Arzneimittel zu erhalten und weiterzugeben, brauchte man aber die Studienprotokolle und die noch nicht veränderten und interpretierten Rohdaten. Denn schon in den (ohnehin selektiven) Originalveröffentlichungen kämen Verzerrungen vor. Sogar in so renommierten Zeitschriften wie dem New England Journal of Medicine würden zum Teil Berichte publiziert, in denen die Daten studienprotokollwidrig so bereinigt seien, dass die Wirksamkeit des Prüfpräparats größer erscheint. Für jedes von der Europäischen Arzneimittelagentur (EMEA) zentral in der EU zugelassenes Medikament gibt es einen englischsprachigen „European-Assessment-Report/EPAR“, der öffentlich zugänglich ist. Diese bewertenden, unabhängigen, aber mit den Herstellern abzustimmenden Berichte sind viel ausführlicher als die Fachinformationen für Ärzte. Auf ihnen beruhen deshalb die Informationen über neue Arzneimittel, die seit 2009 (binnen einem Monat nach Zulassung) von der AkdÄ veröffentlicht werden.

Unabhängiges Ärzte-Wissen

Stammschulte erinnerte an die anderen, schon bewährten Publikationen der ärztlichen Arzneimittelkommission: Das vier bis sechs Mal jährlich erscheinende Periodikum „Arzneiverordnung in der Praxis“ mit seinen Sonderheften „Therapieempfehlungen“ und das regelmäßig aktualisierte Handbuch „Arzneiverordnungen“, Ende 2009 in 22. Auflage herausgegeben (s. Besprechung in BERLINER ÄRZTE, Heft 1/2010). Speziell um Risiken und Nebenwirkungen geht es in den etwa 20 jährlichen AkdÄ-Bekanntmachungen im „Deutschen Ärzteblatt“ sowie in ihren circa 40 jährlichen „Drug Safety Mails“. Auch ist die AkdÄ am KBV-Informationsblatt „Wirkstoff aktuell“ beteiligt.

Unter den übrigen Quellen zur objektiven Beurteilung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses eines Präparates nannte Stammschulte auch die Fachinformationen, bemängelte jedoch deren zum Teil schwere Lesbarkeit.
Künftig soll nach Absicht der Europäischen Kommission etwas in den USA Bewährtes auch in Europa eingeführt werden: Auf neu erkannte schwere Nebenwirkungen wird in einem auffälligen Kasten innerhalb der Fachinformation hingewiesen.

Als Warnung in akuten Fällen gibt es auch bei uns schon lange den „Rote Hand-Brief“ (international „Dear Doctor-Letter“ genannt). Wer sich eingehender mit unerwünschten Wirkungen befassen will, kommt ohne englischsprachige Literatur samt Datenbanken nicht aus.
Stammschulte nannte als Beispiele „Reactions Weekly“ und „Drug Safety“, ferner das Standardwerk „Meyler’s Side Effects of Drugs“ (6 Bände!). Und natürlich die vielen Datenbanken mit Verdachtsberichten. In Deutschland ist unter ihnen nur eine frei zugänglich: Die Datenbank des Paul Ehrlich-Instituts mit Meldungen über eventuelle Impfreaktionen.

Das Netz der Unabhängigen

Was es zum Glück aber auch bei uns gibt: Vier unabhängige Arzneimittelbulletins ohne Anzeigen der Pharmaindustrie. Neben dem genannten Blatt der AkdÄ, „Arzneiverordnung in der Praxis“, sind dies das „arznei-telegramm“, der „Pharma-Brief“ und „Der Arzneimittelbrief“. Dessen langjähriger Mitherausgeber Walter Thimme sprach über den weltweiten Zusammenschluss dieser deutschen Informationsblätter mit anderen industrieunabhängigen Arzneimittelzeitschriften in der „International Society of Drug Bulletins (IDDB)“. Sie umfasst heute 62 Mitgliedsblätter, 18 weitere sind assoziiert. (www.isdbweb.org) Ins Leben gerufen hat sie – mit Unterstützung der WHO – 1986 der klinische Pharmakologe Andrew Herxheimer, auch Initiator der ersten völlig unabhängigen Arzneimittelschrift, des seit 1962 in London erscheinenden „Drug and Therapeutics Bulletin“. Daraufhin gründete sein Vater Herbert Herxheimer 1967 in Berlin den „Arzneimittelbrief“.

Thimme zitierte einen Ausspruch Andrew Herxheimers: „Industrie und Ärzte tanzen auf derselben Hochzeit, aber nach verschiedenen Melodien.“ Die ISDB hilft Ärzten und Apothekern, nach ihrer eigenen Melodie zu tanzen, indem sie unabhängige, objektive, evidenzbasierte

Informationen über Medikamente fördert. Wie wichtig diese Aufgabe ist, zeigt eine von Thimme erwähnte Stellungnahme des ISDB-Vorstandes von 2006. Darin sind einige der Bereiche aufgezählt, auf die der Goliath Big Pharma massiv (aber oft larviert) Einfluss nimmt, wie medizinische Forschung, ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung, Leitlinienkommissionen, Presse, Verbraucherorganisationen...

In einer ISDB-Deklaration heißt es, Fortschritt ergebe sich aus der vergleichenden Beurteilung von Wirksamkeit, Gebrauchstauglichkeit und unerwünschten Wirkungen.

Anwendungsfehler vermeiden

Ein Interessenschwerpunkt aller unabhängigen Arzneimittelblätter wie auch ihres Netzwerks ISDB ist laut Thimme die Überwachung der bereits zugelassenen Arzneimittel, die Pharmakovigilanz. Hierzu wurde während eines Workshops 2005 die „Berliner Deklaration für Pharmakovigilanz" erarbeitet und international verbreitet. (BERLINER ÄRZTE berichtete ausführlich darüber in Heft 5/2005.) Nun gibt es aber nicht nur die einem Medikament immanenten Nebenwirkungen, die sich oft erst bei breiterer Verordnung zeigen. Hinzu kommen die Fehler bei der Anwendung. Nach Thimmes langjähriger Erfahrung als kardiologischer Chefarzt sind bei etwa 80 Prozent der Patienten, die wegen unerwünschter Arzneiwirkungen eingeliefert werden, Behandlungsfehler der Grund. Es gibt also nicht nur das Problem der Arzneimittelsicherheit, sondern auch das der Arzneimitteltherapiesicherheit. Um sie zu verbessern, hat das Bundesgesundheitsministerium zusammen mit der Arzneimittelkommission Ende 1997 einen Aktionsplan erarbeitet.

Wie gravierend das Problem selbst im Krankenhaus ist (Universitätskliniken nicht ausgenommen!) und was man zu seiner Lösung tun kann, zeigte der klinische Pharmakologe Walter Haefeli (Krehl-Klinik der Univ. Heidelberg), überwiegend aufgrund eigener Daten: Nebenwirkungen sind die Indikation für sechs Prozent aller Einweisungen, und nach der Entlassung leiden 13 Prozent der Klinikpatienten an den (mindestens zur Hälfte vermeidbaren) unerwünschten Wirkungen der durchschnittlich zwölf Arzneimittel, mit denen sie in der Klinik behandelt wurden. Überwiegend sind das Interaktionen; aber selbst so bekannte Vorsichtsmaßnahmen wie die Anpassung der Dosis an die Nierenfunktion wurden bei zwei Dritteln der Patienten nicht beachtet. Vor allem an Schnittstellen (wie Aufnahme, Verlegung, Schichtwechsel, Entlassung) sind die Patienten gefährdet.

Das gilt wahrscheinlich generell. Man entdecke zahlreiche Anwendungsfehler, „wenn man nur hinschaut", sagte Haefeli. Ein systematisches Monitoring nannte er als effektivsten ersten Schritt, Fehler zu finden und zu vermeiden. Dabei sollte man Prioritäten setzen und Risiken definieren: Wie oft wird ein gefahrenträchtiges Medikament gebraucht? Wann und wem muss man Wissen vermitteln? Modelle zur Entscheidungshilfe können diesen Prozess unterstützen und zeigen, wo sich eine kontinuierliche Qualitätssicherung am meisten lohnt.

Bruno Müller-Oerlinghausen, langjähriger Vorsitzender und heutiges Mitglied der Arzneimittelkommission sagte: „Wir sind nicht so gut, wie wir sein könnten – das müssen wir ändern!" Er forderte unter dem Beifall des voll besetzten Saals, endlich die Beziehungen der Ärzteschaft zur Pharmaindustrie (im Ausland seit langem intensiv diskutiert) auf dem Deutschen Ärztetag zu thematisieren.

Die Sensibilisierung für mögliche Desinformationen ist um so wichtiger, als die bedeutendste Informationsquelle für Laien noch immer der Arzt ist, wie der Regensburger Internist und Gesundheitswissenschaftler David Klemperer auf Grund einer Studie mitteilte. Klemperer wies auf die „hervorragenden Informationsquellen über Arzneimittel" hin, die es mittlerweile auch für Nichtfachleute gibt: Die Bücher der Stiftung Warentest, hier vor allem das „Handbuch Medikamente" (von dem auch Ärzte profitieren können) und die einzige unabhängige Patientenzeitschrift: „Gute Pillen – Schlechte Pillen", gemeinsam herausgegeben von den vier unabhängigen deutschen Bulletins „Arzneimittelbrief", „arznei-telegramm", „Arzneiverordnung in der Praxis" und „Pharma-Brief".

Rosemarie Stein

ANZEIGEN

„Ich wollte Wörter hören“

Kathrin Schmidt „Du stirbst nicht“, Trägerin Deutscher Buchpreis 2009, Autorenlesung am 04. November 2009 in der Schlosspark-Klinik und der Park-Klinik Sophie Charlotte

„Mit diesem Roman habe ich mich aus dem Sumpf der Sprachlosigkeit gezogen“, sagte Kathrin Schmidt im Rahmen der Veranstaltung „Autorenlesung“, die vor acht Jahren an der Schlosspark-Klinik ins Leben gerufen wurde. Dabei kommen Autoren zu Wort, die schwerwiegende Belastungen literarisch verarbeitet haben. Diese Form des Umgangs kann für den zuhörenden und lesenden Patienten und Angehörigen, aber auch für professionelle Helfer bereichernd und eine wichtige Hilfe sein.

Die Autorin las Auszüge aus den ersten zwei Kapiteln ihres Romans „Du stirbst nicht“. Den Termin hatte sie schon im Mai zugesagt, ohne zu ahnen, dass sie am 04. November als Deutsche Buchpreisträgerin 2009 für eben diesen Roman begrüßt werden würde. Die gebürtige Thüringerin, Jahrgang 1958, lebt in Berlin-Hellersdorf, ist Mutter von fünf Kindern und war vor ihrer Schriftstellerkarriere langjährig als Diplompsychologin und Sozialwissenschaftlerin tätig. Zudem studierte sie 1986/87 Literatur in Leipzig. Nach der Wende arbeitete Schmidt am „Runden Tisch“ in Ost-Berlin mit. Für ihr umfangreiches Oeuvre wurde sie vielfach geehrt, u.a. mit dem Leonce- und Lena-Preis 1993. Ihr 1998 erschienener Roman „Die Gunnar-Lennefsen-Expedition“ wurde mit dem Förderpreis des Heimito-von-Doderer-Preises und dem Preis des Landes Kärnten beim Ingeborg-Bachmann-Wettbewerb 1998 ausgezeichnet. 2002 lag sie nach einer Hirnaneurysma-Blutung im Koma.

Kathrin Schmidt ist eine ruhige Frau, die nicht viel Aufhebens um sich macht. Sobald sie jedoch liest und wie es in dem Roman heißt, „einen Erinnerungsfaden denkt, an dem sie sich langhangelt“ wird offensichtlich, dass ihre Zurückhaltung einer starken Präsenz weicht. Hier, in der Sprache ist sie nicht nur zart, abwartend und unauffällig, sondern eine Drängende, Laute und Trotzige. Hat sich die Schriftstellerin doch während ihrer Genesung in Krankenhaus und Reha der Wortfindungsstörung und der Sprachhemmung in den Weg gestellt, der Macht des Verschwindens winzige Silbenkrumen abgerungen. „Es war schrecklich, dass ich Schriftstellerin war, ich dachte, ich müsste mich berenten lassen“, erzählt sie. Physiotherapie, Ergotherapie, nichts war ihr so wichtig wie den einen Zustand zu verändern: Gefühle zu haben, was man hätte sagen wollen, aber nicht konnte! „Das Wichtigste waren die Wörter! Egal was für eins und wer es gesagt hat. Ich wollte nur Wörter hören, weil ich mich dann wieder erinnern konnte.“

„Du stirbst nicht“ ist ein Roman einer Genesung, einer Sprach- und Liebes-Beziehungssuche. Die Protagonistin Helene Wesendahl erwacht im Krankenhaus, ohne Kontrolle über ihren Körper, innerlich redend, aber nach außen stumm. “Es scheint, als ob noch vor der Übersetzung ins gesprochene Wort der Bauplan der Rede einstürzte und sie unmöglich macht.“ Helene steigt nach der Hirnblutung aus den „Tag-Nacht-Koma-Narkoseträumen“ empor und puzzelt sich wieder zusammen. Das plötzliche Ereignis hat ihr die Sprache verschlagen. Im Krankenhausbett findet sie neue Sätze für die Sprachlosigkeit, die zuvor in ihrer Ehe herrschte und die sie jetzt gegenüber ihrem kranken Körper empfindet. Schmidt führt drei Erzählstränge aus – die Gesundung Helenes, die Beziehung zum Ehemann Matthes und die Liebe zu einem Transsexuellen – deren Bündelung eine literarische Frauengestalt erschaffen, deren Versehrtheit und Verletzbarkeit ohne anklagendes Gejammer auskommt.

„Ich wollte auf keinen Fall einen Betroffenheitsschinken schreiben“, sagt Schmidt. Trotz der schweren Momente

ANZEIGE

während des Krankseins, habe sie damals auch tatsächlich Spaß gehabt. Sie hofft, dass sich dieses Tragisch-Komische auch in einigen Romanepisoden wiederfinden lässt. Man kann der „Du stirbst nicht"-Leserschaft empfehlen, an den entsprechenden Stellen den Mut zum Lachen aufzubringen. Auch wenn es einem fast im Halse stecken bleibt: Die Autorin hat's erlaubt!

Ulrike Hempel

Kathrin Schmidt: Du stirbst nicht,
Verlag Kiepenheuer & Witsch Köln,
ISBN: 978-3-462-04098-2,
352 Seiten, Gebunden,
19,95 Euro

Foto: Susanne Schleyer/autorenarchiv.de

INTERVIEW

mit Kathrin Schmidt, Autorin des Buches „Du stirbst nicht" und Trägerin Deutscher Buchpreis 2009

BÄ: Wie werden Ärzte auf Ihr Buch reagieren?

Ich habe leider keinerlei Rückmeldungen, wie Ärzte mit meinem Buch umgehen. Neulich habe ich gehört, dafür kann ich mich aber nicht verbürgen, dass der Roman im Unfallkrankenhaus Berlin-Marzahn die Runde machen soll, weil ich dort operiert worden bin. Wie er auf Ärzte wirkt, darüber habe ich nicht nachgedacht, weder vorher noch hinterher. Aber, wenn es ein Arzt ist, der an Patienten interessiert ist, dann wird er das Buch sicherlich anders lesen als einer, der nur für seine Wissenschaft lebt.

BÄ: Warum haben Sie Ihre eigene Krankheitsgeschichte literarisch verarbeitet?

Ich hatte eigentlich nie vor, darüber zu schreiben. Ich habe ja auch 2005, das war drei Jahre nach der Hirnaneurysma-Blutung, ein anderes Buch veröffentlicht. Mit der Arbeit an dem Roman „Seebachs schwarze Katzen" habe ich etwa ein dreiviertel Jahr nach dem Ereignis begonnen, wobei ich zu der Zeit anfangs noch sechs mal am Tag schlafen musste und nur eine halbe Stunde arbeiten konnte. Als dann aber der therapeutische Prozess soweit abgeschlossen war und ich eine gewisse Distanz zu dem Thema als auch zu dem Ereignis selbst hatte, da sprang es mich plötzlich an. Da waren 30 Seiten geschrieben und diese Seiten waren tatsächlich noch sehr nah dran an dem, was ich erlebt hatte. Daher würde ich sagen, die ersten Seiten sind autobiografisch, aber in Gänsefüßchen. Dann hat sich die Heldin doch auch ziemlich weit von mir entfernt und hat fiktive Wege beschritten. Ich würde das also nicht als autobiografischen Roman bezeichnen. Ich habe eine Situation aus meinem Leben als Ausgangspunkt genommen, weil ich dachte, es ist gar nicht schlecht, wenn ich das so authentisch schildern kann, das Erwachen aus dem Koma und das Wiederaneignen der Sprache. Drumherum habe ich aber eine fiktive Geschichte gehäkelt.

BÄ: Was hat Ihnen bei Ihrem Kampf zurück ins Leben geholfen?

Das kann ich ganz klar sagen: Die Gnade, dass ich nie mit meinem Leben gehadert habe. Ich habe das Ereignis sofort angenommen, als mein Schicksal. Und meine Familie hat mir sehr geholfen.

BÄ: Ihnen ist es gelungen, dem Leser den Orientierungs- und Sprachverlust beziehungsweise deren Wiedererlangung außergewöhnlich nahe zu bringen. Wodurch?

Der Roman ist ganz bewusst so gebaut, dass er mit ganz einfachen Sätzen, also Subjekt, Prädikat, Objekt und ganz kurzen Abschnitten beginnt, die sich dann aber verlängern. Das verschleift sich dann zum Ende dahin, wo die Hauptheldin wieder zu schreiben beginnen kann. Dann gibt es kaum noch Absätze.

BÄ: Fiel Ihnen beim Schreiben die Überzeichnung der Wirklichkeit schwer?

Das war nicht sehr schwierig, weil ich ja nicht über mich schreiben wollte. Deswegen war es auch kein großer Akt umzuschwingen. Die Resonanz war noch auf keins meiner Bücher so groß, obwohl ich es eigentlich nicht für mein bestes Buch halte. Das ist eben so. Meine Tochter hat gesagt, jetzt hast du endlich mal ein Buch nicht nur für Freaks geschrieben. Damit meinte sie wohl die Gedichtbände und auch die etwas schwierigeren Romane von früher, die vielleicht wirklich für sehr geübte Leser sind. Mein persönlicher Favorit ist „Koenigskinder", das 2002 erschienen ist.

Vielen Dank für das Gespräch.

Das Interview führte Ulrike Hempel.

ANZEIGEN

Für Feminisierung – auch in den Chefetagen der Medizin

Ein neu erschienenes „Führungshandbuch für Ärztinnen“ will „gesunde“ Wege an die Spitze weisen

Gesunde Führung in der Medizin
Springer Verlag 2009, 39,95 Euro
ISBN 978-3-642-03975-1).

„Es könnte grenzenloses Unglück entstehen, welches die Universität vernichten würde, dass nämlich die Zahl der Medizinstudentinnen größer würde als die der Studenten.“ Das befürchtete der Züricher Gynäkologie-Professor Ludimar Herrmann im Jahr 1872. Auch beim Deutschen Ärztetag des Jahres 1898 wurden schwere Geschütze aufgefahren, um den Wunsch der Damen nach einem Einbruch in diese Männerdomäne abzuschmettern: Es werde den Kranken keinen Nutzen, ihnen selbst mehr Schaden als Nutzen und dem ganzen Berufsstand eine Minderung des Ansehens bringen, wenn Frauen den Beruf des Arztes ausüben würden, hieß es da. Heute argumentieren manche geradezu umgekehrt: „Immer mehr wissenschaftliche Studien weisen darauf hin, dass weibliche Ärzte ihre Patienten besser therapieren: sie sind deutlich zugewandter, fürsorglicher und empathischer“, sagt etwa Astrid Bühren, Ehrenvorsitzende des Deutschen Ärztinnenbundes.
Sollte das stimmen, dann dürfte vor allem die Behandlung von Frauenleiden immer besser werden: 72 Prozent der Mitglieder unter 40 in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe sind inzwischen Frauen. Auch unter den Studierenden im Fach Humanmedizin ist die Mehrheit inzwischen weiblich.

Dass es ganz oben in der Hierarchie deutlich anders aussieht, ist bekannt: Nur 5,6 Prozent der C4-Professuren sind von Frauen besetzt, und im Jahr 2009 gab es in ganz Deutschland (mit Annette Grüters-Kieslich von der Charité) nur eine einzige Dekanin. „Die Medizin stellt ein meist nicht beachtetes Schlusslicht bei Führungspositionen für Frauen dar“, sagt die Public-Health-Forscherin Gabriele Kaczmarczik von der Charité. Zusammen mit der Sozialwissenschaftlerin Ulrike Ley, die Coachs für Führungskräfte anbietet, hat die engagierte Medizinerin jetzt ein Buch geschrieben, das dazu beitragen soll, diesem Missstand abzuhelfen, das „Führungshandbuch für Ärztinnen.
Für Frauen, die in der Medizin Karriere machen wollen, gebe es noch zu wenig Vorbilder, schon deshalb müsse ein Handbuch wie ihres den Aufstiegswilligen unter die Arme greifen, finden die Autorinnen. Denn: „Der Habitus des männlichen Chefarztes passt nicht.“

„Habitus“ – das kommt von „habitare“, bewohnen. Es sollte sich also um eine Form des Auftretens handeln, in der es sich auf Dauer gut und gesund leben lässt. Die Autorinnen raten diesbezüglich zur Gelassenheit. Anecken werde eine Frau an der Spitze ihrer Ansicht nach so oder so – solange sie dort noch Exotin ist. Bekennen sich Chefärztinnen und Oberärztinnen zu einer irgendwie „anderen“, weiblichen Art des Führens – dann könnte bei den männlichen Kollegen das ungute Gefühl entstehen: „Die ist keine von uns!“ Passen sie sich doch lieber unauffällig an – dann denkt vielleicht mancher enttäuscht: „Wenn das so ist, dann hätten wir auch einen Mann nehmen können!“

Neue Rollenbeschreibungen für Führungskräfte in der Medizin werden aber auch unabhängig von der Gender-Problematik längst händeringend gesucht. Zunehmend wollen auch Männer Karriere und partnerschaftliche Aufteilung der familiären Aufgaben verbinden. „Da es auch Männer gibt, die den Arbeitsbedingungen in der Medizin den Rücken kehren, kommen wir möglicherweise zu des Pudels Kern“, schreiben Ley und Kaczmarczik. Sie entdecken ihn in der Grundsatzfrage „Woran krankt das System Medizin?“

Eine eigene anonyme Umfrage der Autorinnen unter 81 Medizinerinnen in Führungspositionen aus Deutschland, der Schweiz und Österreich beweist, dass die viel beschworene „Work-Life-Balance“ eines der zentralen Probleme ist: Zwei Drittel der Befragten, die im Schnitt 42 Jahre alt sind, lebt in einer festen Partnerschaft, nur etwa die Hälfte hat Kinder. 27 Prozent der Befragten glauben, dass sich Kinder und Karriere ausschließen. Und was haben die Frauen vom beruflichen Aufstieg? „Macht“ erwies sich in der Befragung für die leitenden Ärztinnen als wenig verlockend, lieber wollen sie ihre Fachkompetenz einsetzen, um wirkungsvoll zu helfen. „Führung muss sich für Frauen emotional lohnen“, folgern Kaczmarczik und Ley.

Sollte sie das nicht tun, droht die Verschwendung von Potenzialen. Das spreche für Quotenregelungen, auch auf Führungsebene, meinen die Autorinnen.

Charité-Professorin Kaczmarczik möchte auch die Medizinerinnen zum Umdenken bewegen. „Frauen sind so sozialisiert, dass viele sich das Führen nicht zutrauen. Dabei kann man es lernen!“ Das erfrischende, mit Karikaturen von Franziska Becker gewürzte Buch bietet nicht nur einigen Zündstoff, sondern auch zahlreiche praktische Ratschläge von Netzwerkbildung über Umgang mit Konflikten bis hin zum effektiven Zeitmanagement.

Dr. phil. Adelheid Müller-Lissner

ANZEIGE

Fritz Kahn – Maschine Mensch

Eine wichtige Wiederentdeckung! Der Berliner Arzt, Gesundheitsaufklärer und Wissenschaftspublizist Fritz Kahn (1988-1968) war lange vergessen – wie viele andere jüdische Intellektuelle, deren Lebenswerk oder sogar Leben nach 1933 brutal vernichtet wurde. Kahn, der seit 1922 in Berlin eine gynäkologische Praxis hatte, konnte emigrieren und in den USA weiter publizieren. Das Berliner Medizinhistorische Museum zeigt jetzt in der Reihe „Interventionen“ Ausschnitte aus seinem Werk, sinnvoll integriert in die Dauerausstellung (einiges auch in der „Ruine“).

Da liegt zum Beispiel hinter der Virchow-Büste Kahns frühe Schrift über „Die Zelle“, die er als winzigen „Feinmechanismus“ bezeichnet. An den Wänden zwischen den Präparate-Vitrinen Kostproben aus den aufklärerischen Publikationen, von denen einige zu internationalen Bestsellern wurden. Wie groß damals das Interesse am Körper, an Gesundheit und Krankheit war, zeigt der enorme Zulauf zu den großen Hygieneausstellungen. Aber populäre Bücher zur Gesundheitsbildung waren noch immer so trocken illustriert wie medizinische Fachliteratur.

Bis Fritz Kahn das änderte. Seine Bücher waren ungewohnt üppig und einfallsreich bebildert – nicht von ihm, aber nach seinen Anweisungen und in eigenen Ateliers, von Zeichnern und Fotografen, über die man wenig weiß. Die hier gezeigten Illustrationen sind oft sehr phantasievoll, manche auch witzig (z.B. „Biologie des Bratendufts“ à la Pawlow oder „Reise einer Wanderzelle durch den Körper“). Um der Didaktik willen ließ Kahn auch mal fünfe grade sein. Ganz bewusst habe er manches nach überholten Vorstellungen erklärt, damit die Leute es besser verstehen, sagte die Ausstellungskuratorin Uta von Debschitz.

Was der als fortschrittsgläubig und technikbegeistert geschilderte Kahn aber keineswegs für überholt hielt, ist das schon damals umstrittene Maschinenmodell des Menschen. Dessen Körper ist für ihn „nicht nur die leistungs- und widerstandsfähigste, sondern zugleich auch die feinste und komplizierteste aller Maschinen“. Das steht in dem einzigen längeren Kahn-Text des verdienstvollen Buches, das Anlass für die ebenso verdienstvolle Ausstellung war: Uta und Thilo von Debschitz: Fritz Kahn – „Man-Maschine/Maschine Mensch“ (engl./deutsch). Verlag Springer Wien/New York 2009, 208 S., 260 Abbn., 49,95 Euro. – Leider ist die winzige Schrift der Bildlegenden nur schwer lesbar. Aber man erfährt viel Interessantes über Kahns Leben und Werk.

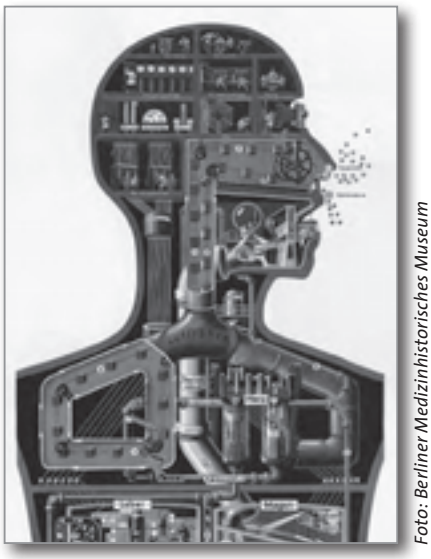


Foto: Berliner Medizinhistorisches Museum

Dem Buch liegt als Plakat die berühmte Darstellung bei, die schon Kahns fünfbändiges, zwischen 1922 und 1931 erschienenes Werk „Das Leben des Menschen“ enthielt: „Der Mensch als Industriepalast“ (hier im Ausschnitt wiedergegeben). Sie wurde ebenso populär wie der etwa zur gleichen Zeit hergestellte „Gläserne Mensch“, denn beide schwammen im Mainstream des Zeitgeistes. Im menschlichen Industriepalast sieht man emsige Homunculi vieler Branchen an ihren Arbeitsplätzen. Im Oberstübchen verschiedene Schaltzentralen, das Auge eine Kamera, das Herz als Kolbenpumpe, der Magen-Darm-Trakt eine große Raffinerie... Alles sehr anschaulich – aber auch richtig?

Was beim Betrachten der Bilder dieser Ausstellung auffällt, ist eine gewisse naive Distanzlosigkeit. Es fehlt ein Anstoß zur Auseinandersetzung mit dem reduktionistischen Menschenbild. Als kleiner Ergänzungsversuch daher eine wahre Anekdote: 1995 sandte die Unterzeichnete eine Postkarte mit dem „Industriepalast“ an Thure von Uexküll. Denn der große Psychosomatiker war in seinen Publikationen immer wieder auf das Maschinenmodell des Menschen und seinen verhängnisvollen Einfluss auf die Praxis der Medizin eingegangen, hatte gespottet, Seelisches sei hier „nur noch eine Art Nebengeräusch einer schlecht geölten Maschine“ und hatte der „Körpermaschine Mensch“ das „Lebende System“ gegenübergestellt, das sich ständig selbst aufbaut und entwickelt.
Im Jahr darauf machte v. Uexküll den Menschen als Industriepalast zum Leitmotiv eines Heidelberger Vortrags über „Medizin und Menschenbild“, sprach über die „Austreibung des Geistes aus der Medizin im beginnenden Industriezeitalter, zitierte das berühmt-berüchtigte Wort von Emil Du Bois-Reymond, „dass im Organismus keine anderen Kräfte wirksam sind als die gemeinen physikalisch-chemischen“ und konstatierte: „Der Weg zum Menschenbild als Industriepalast war geebnet.“ Und der Weg führte weiter: „Die Krise der Medizin begann mit dem Sieg des Maschinenparadigmas – als eine Krise der Humanität. Mit diesem Sieg war eine Medizin ohne Menschlichkeit möglich geworden“, heißt es in v. Uexküll/Wesiacks „Theorie der Humanmedizin“.

Und nun das Verwirrende: Einige Schriften Kahns wurden zwar verbrannt und alle indiziert, weil er Jude war. Aber sein Verlag veröffentlichte 1938 eine Kurzfassung des fünfbändigen „Leben des Menschen“ mit dem Titel „Der Mensch und sein Leben – ein Volksbuch vom menschlichen Körper“ unter dem Namen des Verlagsmitarbeiters Gerhard Venzmer und mit dem zusätzlichen Kapitel „Rassenkunde und Rassenpflege“.

Rosemarie Stein

Berliner Medizinhistorisches Museum der Charité, bis 11. April,
Di bis So 10 bis 17, Mi u. Sa 10 bis 19 Uhr.

BERLINER ÄRZTE

3/2010 47. JAHRGANG

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

Herausgeber:

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

Redaktion:

Dipl.-Jour. Sascha Rudat (v.i.S.d.P.)
Dipl.-Pol. Sybille Golkowski
Eveline Piotter (Redaktionsassistentin)
Redaktionsbeirat:
Dr. med. Günther Jonitz
Dr. med. Elmar Wille
Prof. Dr. med. Vittoria Braun
Dr. med. Daniel Sagebiel MPH
Anschrift der Redaktion:
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-4100/-4101, -4102, FAX -4199
Titelbild: Sehstern

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

Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruner-Straße 62,
04107 Leipzig

Telefon 0341 710039-90, FAX -99
Internet: www.l-va.de
E-Mail: mb@l-va.de

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Melanie Bölsdorff
Anzeigenverwaltung Berlin/Brandenburg:
Götz & Klaus Kneiseler, Uhlandstraße 161, 10719 Berlin
Telefon 030 88682873, Telefax 030 88682874
Druck und Weiterverarbeitung: Messedruck Leipzig GmbH,
An der Hebemärchte 6, 04316 Leipzig

Die Zeitschrift erscheint 12mal im Jahr jeweils am 1. des Monats. Sie wird von allen Berliner Ärzten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft zur Ärztekammer bezogen. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedspreis abgegolten. Nichtmitglieder können die Zeitschrift beim Verlag abonnieren. Der Jahresbezugspreis (12 Ausgaben) beträgt im Inland € 74,00 (einschließlich Versand), Patenschaftsabonnement Berlin-Brandenburg € 49,50 (einschließlich Versand). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 5,05 zzgl. € 2,50 Versandkosten.
Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste 2010 vom 01.01.2010.

ISSN: 0939-5784

ANZEIGENSCHLUSS

Ausgabe 4/2010: 05. März 2010