Wie lässt sich Führung erlernen?

Foto: Stiebitz

Dr. med. Werner Wyrwich

ist Vorstandsmitglied der Ärztekammer Berlin

Die in den letzten Jahren politisch gewollte und konsequent durchgesetzte ökonomische Ausrichtung des deutschen Gesundheitswesens hat einen enormen Wettbewerbs- und Veränderungsdruck bewirkt, unter dem sich nicht nur Kliniken und Praxen beständig neu justieren müssen. Insbesondere für alle in der Patientenversorgung tätigen Berufsgruppen ist der erfolgreiche Umgang mit diesen Veränderungsprozessen eine der zentralen Anforderungen in ihrem beruflichen Alltag. Ärzte, Pflegekräfte, medizinische Fachangestellte und viele andere müssen sich tagtäglich mit neuen Vorgaben, begrenzten personellen und finanziellen Ressourcen, veränderten Modalitäten auseinandersetzen. Insbesondere für Ärzte in Leitungsfunktionen stellt sich das zielgerichtete „Managen“ dieser Veränderungsprozesse auf Organisationsebene aber auch auf der persönlich-individuellen Ebene der Mitarbeiterführung als Herausforderung dar. Diese ist nicht primär auf der Basis medizinisch-fachlicher Kompetenz und einer eher am „sozialen Ansatz“ und durch das medizinische „Kerngeschäft“ orientierte Sichtweise zu meistern. Denn die medizinisch-professionelle Kompetenz, das fachliche Wissen also, das für die ärztliche Führungsrolle bei der Patientenbehandlung eine Grundvoraussetzung darstellt, leistet zu wenig im Hinblick auf andere erforderliche Qualitäten, die notwendig sind, um die sich stellenden komplexen Führungs- und Managementaufgaben bewältigen zu können. Gefragt sind vielmehr kommunikative, kooperative und strategische Kompetenzen.

Wie aber lässt sich „erfolgreiche“ Führung im ärztlichen Bereich erlernen?

Jemand, der sich hinsichtlich des Grundverständnisses von Führung und Organisationswandel weiter entwickeln möchte und Aufgeschlossenheit gegenüber Managementmethoden und ökonomisch-unternehmerischen Prozessen mitbringt, wird in Internet-Suchmaschinen mit den Schlagworten „Führung“ und „Unternehmen“ mehr als 2,5 Millionen Treffer finden. Zum Thema „Führung“ bietet der Online-Buchhandel Amazon 31.750 verschiedene Titel an. Einige Autoren beschränken sich auf die Beschreibung von Grundlagen und verbreiten damit reines Lehrbuchwissen. Andere stellen ihre eigenen praktischen Erfahrungen in den Mittelpunkt. Und wieder andere nähern sich dem Thema Führung ausschließlich von Seiten der angewandten Psychologie, die ihrer Ansicht nach alle Führungskräfte beherrschen müssten.

Literatur, die primär auf Führungskompetenz im Gesundheitssektor bzw. gerade in Bezug auf die ganz spezifischen Anforderungen des Führens im ärztlichen Beruf zielt, ist hingegen rar!

Die Ärztekammer Berlin hat auf der Basis des Curriculums „Ärztliche Führung“ der Bundesärztekammer im vergangenen Jahr erstmals einen Kurs „Ärztliche Führung in Zeiten des Wandels“ durchgeführt, der von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern im Dezember 2010 erfolgreich abgeschlossen wurde. Ziel des Kurses ist vor allem, sich aktiv mit den spezifischen Führungsanforderungen an Ärzte in Bezug auf Organisationssteuerung, Mitarbeiterführung und Selbstmanagement auseinanderzusetzen. Im Vordergrund stehen dabei vor allem Krankenhaus bezogene Fragestellungen sowie das Training von „Soft Skills“ im Bereich Kommunikation/Gesprächsführung/Feedbackgespräche, Wirkung und Konfliktmanagement, aber auch das „sich selbst führen“. Der Kurs setzt auf einen Stärken orientierten Zugang zu den eigenen Führungsfähigkeiten, das heißt darauf, wie die eigene Persönlichkeit inklusive der eigenen Ressourcen möglichst optimal für das individuelle Führungshandeln genutzt werden und sich somit entlastend auswirken können. Von den Teilnehmerinnen und Teilnehmer des erstmalig durchgeführten Kurses hat die Kammer ein durchgängig positives Echo erhalten. Der Kurs wird in diesem Jahr wieder angeboten. Lesen Sie mehr dazu im Titelthema dieser Ausgabe!

DIE OFFIZIELLE ZEITSCHRIFT DER ÄRZTEKAMMER BERLIN

48. JAHRGANG

BERLINER ÄRZTE

NR 02/2011

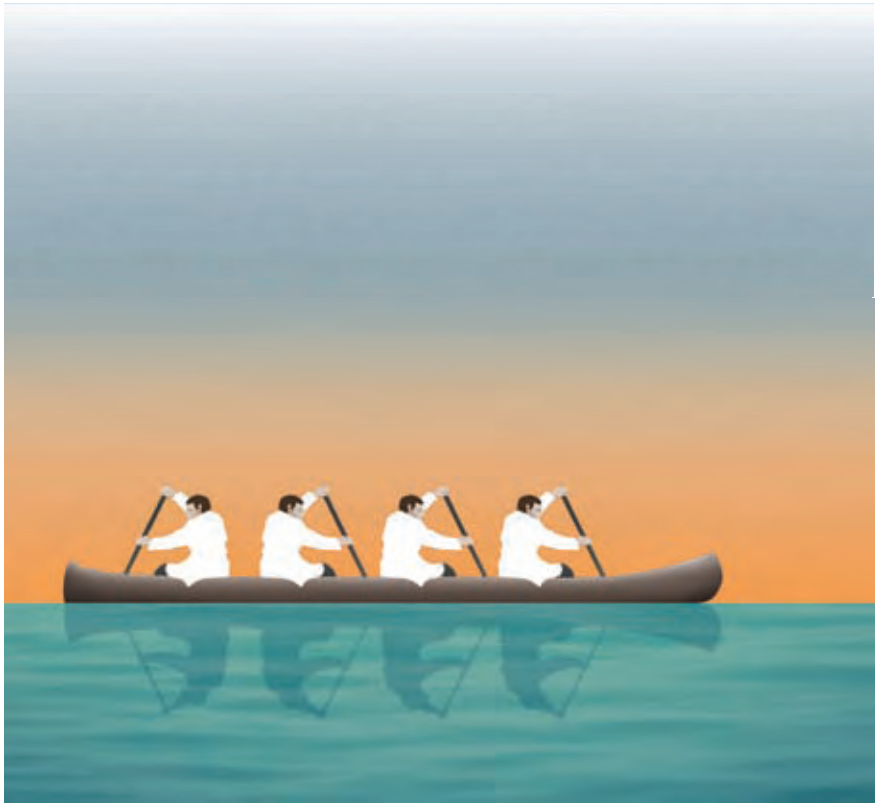
TITELTHEMA

Ärztliche Führung

Während das Thema Führung in anderen Berufen seit langem etabliert ist, ist es im ärztlichen Bereich noch relativ neu. Die Ärztekammer Berlin hat 2010 erstmals einen Kurs angeboten. BERLINER ÄRZTE möchte mit dieser Titelgeschichte in das Thema einführen.

Von Christof Schmitz und Peter Berchtolt

.....14



EDITORIAL

Führung will gelernt sein

Von Werner Wyrwich.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*.....6

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK

Hausärzte-, Landärzte- oder Fachärztemangel? Ärztemangel!

Von Klaus Günterberg.....21

Delegiertenversammlung wählt neuen Kammervorstand

Bericht von der Delegiertenversammlung am 19. Januar 2011

Von Sascha Rudat.....24

„Die Leute kommen nie wegen Bagatell-Krankheiten“

Auswertung der Ärztebefragung zum Thema „Medizinische Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus“

Von Monika Hey, Theda Borde und Sarah Kürwitz.....28

Kein Ergebnis ist auch ein Ergebnis

Kommentar zur Auswertung der Ärztebefragung

Von Jürgen Hölzinger.....31

Psychoanalyse in Ostberlin – die Geschichte eines Überlebenskampfes

Von Christoph Seidler.....32

FORTBILDUNG

Sicherer verordnen 10

Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin 24

PERSONALIEN

Bestandenen Facharztprüfungen

November bis Dezember 2010.....31

BUCHBESPRECHUNGEN

Zwei unentbehrliche Arzneimittelklassiker

Schwabe, Ulrich/Paffrath, Dieter

Arzneiverordnungs-Report 2010

Stiftung Warentest (Hrsg.)

Handbuch Medikament.....23

FEUILLETON

Virchow im Kaukasus

Von Rosemarie Stein.....35

Malteser Migranten Medizin

Gastroskop und Desinfektionsapparat gesucht

Die Malteser Migranten Medizin sucht für die neu einzurichtende Endoskopiesprechstunde in ihrer Praxis in Berlin ein kostenloses gebrauchtes Gastroskop und einen Desinfektionsapparat. In der Praxis der Malteser Migranten Medizin (MMM) finden Menschen ohne gültigen Aufenthaltsstatus und Menschen ohne Krankenversicherung ärztliche Hilfe unter Wahrung der Anonymität. Die Praxis befindet sich in der Aachener Strasse 12, 10713 Berlin-Wilmersdorf.

Bei Interesse kontaktieren Sie die MMM bitte unter Tel.: 030/82 72 21 02 (Dr. Adelheid Franz) oder E-Mail: MMMedizin@aol.com

Näheres über die Arbeit der MMM finden Sie unter: www.malteser-berlin.de

ANZEIGE

Symposium

Neue Wege zur ambulanten Versorgung

Die Deutsche Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V lädt zu einem Symposium mit dem Titel „Neue Wege der ambulanten ärztlichen Versorgung“ ein.

Dabei soll es am 12. April 2011 um die zentrale Frage gehen, wie künftig eine flächendeckende und bedarfsgerechte medizinische Versorgung in Deutschland sichergestellt werden kann. Referenten von Bund, Ländern, ärztlicher Selbstverwaltung, Krankenkassen und Gemeinsamem Bundesausschuss werden ihre Sicht auf diese Problematik darlegen:

- **Susanne Becker**, Oberregierungsrätin, Bundesministerium für Gesundheit
- **Marlis Bredehorst**, Staatssekretärin, Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
- **Dr. Rainer Hess**, Unparteiischer Vorsitzender, Gemeinsamer Bundesausschuss
- **Johann-Magnus von Stackelberg**, Stellvertretender Vorsitzender, GKV-Spitzenverband
- **Andreas Wagener**, Allg. Stellvertreter des Hauptgeschäftsführers, Deutsche Krankenhausgesellschaft
- **Prof. Dr. Astrid Wallrabenstein**, Goethe-Universität Frankfurt, Institut für Öffentliches Recht

„Neue Wege der ambulanten ärztlichen Versorgung“

Symposium

Datum: 12.04.2011, 10.00 – 16.00 Uhr
Ort: Kaiserin-Friedrich-Haus
Robert-Koch-Platz 7
10117 Berlin

Eine Tagungsgebühr wird nicht erhoben. Um eine verbindliche Anmeldung wird gebeten unter www.dg-kassenarztrecht.de/Symposien/symposium_termine.html

ANZEIGE

Humanitäre Hilfe

Ärzte ohne Grenzen informiert Interessierte

Die Hilfsorganisation Ärzte ohne Grenzen lädt alle an einer Mitarbeit Interessierten zu einem Informationsabend ein. Dabei wird ein Projektmitarbeiter die Organisation vorstellen, Möglichkeiten der Mitarbeit aufzeigen und über seine persönlichen Erfahrungen berichten. Anschließend werden die Fragen der Teilnehmer diskutiert. Für die Projekte sucht die Organisation Ärzte, Pflegepersonal, Hebammen, Medizinisch-Technische Assistenten (MTAs), Psychologen, Psychiater, sowie Finanz-Administratoren und technisch begabte „Allrounder" als Logistiker. Dabei sind Französischkenntnisse von Vorteil.

Informationsabend – Ärzte ohne Grenzen
Datum: **24.03.2011 um 18.30 Uhr**
Ort: **Haus der Psychologie,**
Konferenzraum 4. OG, Seminarraum 6
Am Köllnischen Park 2,10179 Berlin

Weitere Informationen im Internet unter *www.aerzte-ohne-grenzen.de*

Veranstaltungen

Symposium

Moderne Geburtsmedizin

Unter dem Titel „Moderne Geburtsmedizin - Eine Herausforderung an die Interdisziplinarität" veranstaltet die Charite am 9. April 2011 ein Interdisziplinäres Symposium.
Folgende Themen stehen auf der Tagesordnung:

- **Erkrankungen in der Schwangerschaft**
- **Die peripartale Blutung**
- **Und wenn es schnell gehen soll - Notfallsituationen im Kreißsaal**
- **Peripartale Schmerzen**

Datum: 9. April 2011, 9.00 Uhr
Ort: Hörsaal Innere Medizin
Campus Charité Mitte
Sauerbruchweg 2
Berlin-Mitte
Anmeldung: martina.hoffmann@charite.de

ANZEIGE

Buchbesprechung

Lebendige Medizingeschichte

Es ist immer nützlich, sich mit Medizingeschichte zu befassen: Man erfährt eine Menge über den jeweils letzten Stand des medizinischen Irrtums in verschiedenen Epochen.

Das immunisiert vielleicht gegen allerlei medizinische Moden von heute, die man sonst leichtgläubig für den letzten Stand des medizinischen Wissens halten könnte. In dem lebendig, ja unterhaltsam geschriebenen, aber wissenschaftlich wohl fundierten Buch von Wolfgang Eckart finden sich Beispiele für solche von gestern und vorgestern. Berühmt-berüchtigt ist der Aderlass. Eckart zitiert Lesage, der von seinem Romanhelden Gil Blass sagt, der mache mit dieser Methode „in weniger als sechs Wochen so viele Witwen und Waisen wie in der gesamten Belagerung Trojas".

Weniger bekannt ist uns heute die „geradezu rauschhafte Elektrisierwut" des ausgehenden 19. Jahrhunderts, für die der Autor die absurdesten Indikationen aufzählt. Sein überreich illustriertes Buch will weder Hand- noch Lehrbuch sein und hat den Mut zur Lücke – glücklicherweise. Bis zur Gegenwart zeichnet Eckart die Hauptlinien der Medizin in den letzten 200 Jahren nach, in denen mehr passierte als in den 2000 Jahren davor – ohne ermüdenden Vollständigkeitswahn, vielmehr exemplarisch, wie es sich auch in der reformierten Ärzteausbildung bewährt hat.

Eckart muss ein guter Lehrer sein. Dem Buch dürften seine Vorlesungen zugrunde liegen. Dafür spricht schon, dass in einem eigenen Kapitel ethische Themen behandelt werden, von Grundprinzipien, wie Empathie, Respekt oder Menschenwürde bis zu Grenzfragen am Lebensbeginn und -ende.

Die medizinische Ethik ist ja noch immer in den meisten Fakultäten kein eigenes Fach, sondern wird den Medizinhistorikern zugeschoben. So auch in Heidelberg, wo Eckart seit 1992 Direktor des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin ist.

Sein Buch ist nicht chronologisch, sondern thematisch gegliedert. Er setzt Schwerpunkte, beschreibt Denkschulen, schildert Nutzen und Risiken neuer Entwicklungen.

Auf eine kursorische Darstellung der europäischen Medizin von der Antike bis zur frühen Neuzeit folgen Kapitel zum Beispiel über den Einzug des naturwissenschaftlichen Denkens in die praktizierende Medizin, über die „Blüte der sanften Medizin" als Gegen- und Fluchtbewegung, über Volkskrankheiten und Seuchen, auch über neue Leitwissenschaften der Medizin wie Zellularpathologie und Bakteriologie, über neue Methoden der Diagnostik, der Chirurgie, Pharmakotherapie oder der Psychiatrie. Aber auch politische Themen wie Kriegs- und Nazimedizin sind eigene Kapitel gewidmet, und hier erfährt man viel Neues, weil dies Forschungsschwerpunkte des Autors sind.

Ein Personen- und ein Sachregister erschließen das Buch, dagegen fehlt ein Abbildungsverzeichnis mit Angaben über Quellen und Bildrechte; die Legenden unter den vielen interessanten Bildern sind von sehr unterschiedlicher Auskunftsfreudigkeit und nicht immer druckfehlerfrei.

Am Design stört die überflüssige Schattenleiste am Kopf jeder Seite und die augenpulvrige Winzigkeit der Zeittafel vor jedem Kapitel. Kleine Ärgernisse, die sich in den vielen, diesem schönen Buch zu wünschenden Neuauflagen vermeiden lassen.

R. Stein

Wolfgang U. Eckart:
Illustrierte Geschichte der Medizin.
Von der französischen Revolution bis zur Gegenwart,
Springer Verlag Berlin Heidelberg New York 2011,
384 Seiten, 325 Abbildungen,
Preis: 49,90 €

ANZEIGE

Prävention

Männer im Fokus

„Männergesundheit“ ist das Thema der 1. Lichtenberger Männergesundheitskonferenz, die vom Bezirksamt Lichtenberg zusammen mit dem Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge und der Lichtenberger Hochschule für Gesundheit und Sport veranstaltet wird.

Die Veranstaltung mit den Themenschwerpunkten Sucht und Psyche findet am Mittwoch, dem 02. Februar 2011 von 14.00 – 18.00 Uhr im Festsaal des Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (Herzbergstr. 79, 10365 Berlin) statt.

Es wird die erste von drei Männergesundheitskonferenzen im Jahr 2011 sein. Dazu wird es diverse Vorträge von Experten aus den jeweiligen Fachgebieten geben.

Anlass ist der Männergesundheitsbericht, der kostenlos beim Bezirksamt Lichtenberg angefordert werden kann. Weitere Veranstaltungen sind für den 11.05.2011 und den 21.09.2011 geplant. Die Teilnahme ist kostenlos.

ANZEIGE

Paracetamol i.v.

Überdosierungen

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) übernimmt die Warnungen eines Herstellers einer Paracetamol-haltigen Injektion (Perfalgan®) vor versehentlichen Überdosierungen bei Säuglingen und Kleinkindern. Die Injektionslösung enthält 10 mg Paracetamol je ml Lösung. Die empfohlene Dosis bei Säuglingen bis 10 kg Körpergewicht (KG) beträgt 7,5 mg/kg KG bis zu 4 -mal pro Tag, **also nur 0,75 ml der Lösung pro kg KG!** Durch Verwechslung von mg und ml traten 23 Fälle von Überdosierung auf, ein Kind verstarb an den Folgen.

Ein in mehreren internationalen Querschnittsstudien vermuteter dosis-abhängiger Kausalzusammenhang zwischen der Einnahme von Paracetamol und dem Auftreten atopischer Erkrankungen wie kindliches Asthma muss noch durch randomisierte klinische Studien gesichert werden. Ein Beispiel für mögliche neue Risiken bei jahrzehntelang bekannten Arzneistoffen. Nur eine indikationsgerechte und überlegte Anwendung kann Arzneimittelrisiken minimieren.

Quellen: AkdÄ Drug Safety Mail 2010, Nr. 105; www.aerzteblatt.de/nachrichten/42367

Ständiger Schwindel

Ältere Menschen

Schwindelgefühle treten in der allgemeinärztlichen Praxis bei älteren Menschen häufig auf. In einer neuen Studie wurde nach den Ursachen gesucht, wobei – wenig überraschend – bei 62 % der Patienten zwei oder noch mehr Gründe zu den Beschwerden beitrugen. Im einzelnen standen kardiovaskuläre Erkrankungen wie Präsynkopen zu 57 % an erster Stelle, gefolgt von vestibulären (14 %) und psychiatrischen Erkrankungen (10 %).

Jedoch auch die Einnahme von Medikamenten trug nicht unwesentlich zu ständigen Schwindelgefühlen bei (23 % der Patienten). An den ersten Stellen standen Herz-Kreislauf-wirksame Medikamente: Diuretika, Betablocker, Kalziumantagonisten, ACE-Hemmer, AT-II-Antagonisten. Dann erst folgten Anxiolytika/Hypnotika, Nitrate, Hypglykämika und Antidepressiva. Die Autoren stellten fest, dass neben Psychotherapie, Pysiotherapie oder augenärztlichen Untersuchungen eine Korrektur der verordneten Medikamentengabe nicht unwesentlich zu einer Verringerung der Symptomatik führen kann.

Quelle: Ann Fam Med. 2010; 8(3):196-205

Less is more

Protonenpumpen

In einem Editorial werden Arzneimittelgruppen aufgezählt, bei denen eine Indikationsausweitung eher Schaden als Nutzen anrichtet, z.B. hormonelle postmenopausale Therapie bei asymptomatischen Frauen oder Antidepressiva bei leichten Depressionen. Das Beispiel der Protonenpumpenhemmer (PPI) wird in mehreren Artikeln näher beleuchtet: ein erheblicher Fortschritt in der Therapie von Ulzera verkehrt sich aufgrund erheblicher unerwünschter Wirkungen (UAW) in das Gegenteil, wenn PPI z.B. bei Dyspepsie als Dauermedikation eingesetzt werden. Als mit Dosis- und Anwendungsdauer verknüpfte Risiken wurden dabei aktuell diskutiert: Knochenbrüche (möglicherweise außer Hüfte) und Clostridium difficile - Infektionen.
Zusätzlich zu bereits bekannten Risiken wie z.B. akute interstitielle Nephritis scheint ein Absetzen der PPI nach längerer Einnahmedauer zu einem Säurerebound und damit einem Circulus vitiosus zu führen. Fast 2 Milliarden Tagesdosen der pharmakologisch nur geringfügig unterschiedlichen PPI wurden 2009 allein zu Lasten der GKV verordnet (fast 18 % Anstieg gegenüber 2008) - less is more?

Quellen: Arch.intern. Med. 2010; 170(9): 749-50, 765-71, 772-8; Brit. med. J. 2010; 341: 668-70; Dtsch.Med.Wschr. 2010; 135: 2172

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

Nachdruck aus dem Rheinischen Ärzteblatt 1/2011

ANZEIGE

ANZEIGE

Selbsthilfe

Amputierten-Initiative feiert 20-jähriges Bestehen

Die Amputierten-Initiative e.V. für Arm- und Beinamputierte/ Gefäßkranke und deren Angehörige hat am 18. Januar in Berlin ihr 20-jähriges Bestehen gefeiert.

Die Initiative wurde 1991 als Bundesverband, und damit als Dachorganisation, von den Betroffenen Dagmar Gail und dem verstorbenen Henry Ziemendorf ins Leben gerufen als bundesweit einzige Institution, die sich um Arm- und Beinamputierte kümmert, regional, national und international.

Zuvor gab es nirgendwo in Deutschland Ansprechpartner für die vielschichtigen und komplexen Probleme, die sich durch eine Amputation ergeben. Nach einer Amputation stürzt der Initiative zufolge ein Bündel von Fragen auf den Amputierten ein:

- Wie geht es weiter?
- Werde ich jemals wieder laufen können?
- Wie werden sich partnerschaftliche und familiäre Beziehungen nach der Amputation entwickeln?
- Werden Freundschaften den neuen Belastungen standhalten?
- Lässt sich eine Integration ins Berufsleben ermöglichen?
- Wird es gelingen, von der Gesellschaft voll akzeptiert zu werden?
- Wie gestaltet sich die wirtschaftliche Situation?

Bei der Beantwortung dieser Fragen will die professionelle Beratungsstelle helfen, die sich aus einem Team von Ehrenamtlichen und Festangestellten zu einer hoch qualifizierten Organisation entwickelt hat.

Weitere Informationen unter: www.amputierten-initiative.de

Kontakt:
info@amputierten-initiative.de
Telefon: 030/8032675

Foto: Amputierten-Initiative e.V.

Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler besuchte im Mai vergangenen Jahres die Initiative. Rechts die Mitbegründerin Dagmar Geil.

Fortbildung

Täuschung und Manipulation mit Zahlen

Zweiteiliges Statistikseminar zum kritischen Umgang mit Zahlen

„Das Mammographie-Screening senkt das Risiko, an Brustkrebs zu sterben, um 25%." Hätten Sie gewusst, dass diese relative Risikoreduktion bedeutet, dass 1 von 1000 Frauen weniger an Brustkrebs stirbt? Wenn nein, sind Sie in guter Gesellschaft. Wer keinen Draht zu der Materie Statistik findet, aber einen Einstieg sucht, ist hier richtig.

Die Teilnehmer sollen in die Lage versetzt werden, positive Untersuchungsergebnisse oder Zahlenangaben, z.B. signifikante Studien-Ergebnisse kritisch zu würdigen, um ihre Patienten auf besserer Wissensbasis beraten zu können. Im Vordergrund stehen das Verstehen und Umgang mit statistischen Grundbegriffen und deren Abhängigkeit von einander. Unterschiede zwischen bedingten Wahrscheinlichkeiten (Relativ-Prozent) und natürlichen Häufigkeiten werden ebenso herausgearbeitet wie auch das Verstehen von Interessenskonflikten, die häufig dazu führen, dass Statistiken irreführend dargestellt werden und mit Zahlen getäuscht wird.

Referenten:	**Dr. med. Hans-Joachim Koubenec**
Termin:	**Seminar-Teil 1: 23.03.2011 (17:00-19:30 Uhr)**
	Seminar-Teil 2: 04.05.2011 (17:00-19:30 Uhr)
Ort:	**Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin**

Teilnehmergebühr: 40 € für beide Teile; Teil 1 und 2 auch einzeln buchbar
6 Fortbildungspunkte für beide Teile bzw. 3 Punkte pro Teil

Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1205, E-Mail: a.hofmann@aekb.de
(Die Teilnehmerzahl ist auf 20 begrenzt)

Grippe

Ärztekammer Berlin hat zur Impfung gegen die saisonale Influenza aufgerufen

Die Ärztekammer Berlin hat die Bevölkerung Anfang Januar zur Impfung gegen die saisonale Influenza aufgerufen. Da die Grippewelle Deutschland erst in den nächsten Wochen voll erfassen wird, ist ein Schutz derzeit noch möglich.

Besonders angeraten ist die Impfung laut Ständiger Impfkommission des Robert Koch-Instituts für Menschen über 60 Jahre (insbesondere Bewohner von Alters- und Pflegeheimen), chronisch-kranke Kinder, Jugendliche und Erwachsene, Schwangere sowie medizinisches Personal. Zur Impfung sollte man sich an die Hausärztin oder den Hausarzt bzw. an eine andere qualifizierte Impfstelle wenden. Zu den chronisch Kranken gehören unter anderem Personen mit Herz-Kreislauf-, Leber- und Nierenkrankheiten, Diabetes und anderen Stoffwechselkrankheiten, neurologischen Krankheiten wie Multipler Sklerose sowie Personen mit angeborenen Immundefekten, chronischen Erkrankungen der Atemwege (u.a. Asthma) und HIV-Infektionen.

Im aktuellen von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen saisonalen Impfstoff sind auch Wirkstoffe gegen die so genannte Schweinegrippe enthalten, da dieser pandemische Virustyp inzwischen dominiert. Der aktuelle Impfstoff enthält nach Angaben des Paul-Ehrlich-Instituts Antigene der Virussubtypen A/H1N1, A/H3N2 und B. Die beiden letzt genannten Typen zirkulieren weiterhin.

GKV

Jonitz: Kostenerstattung in unterversorgten Gebieten der richtige Weg

Die Ärztekammer Berlin spricht sich dafür aus, in medizinisch unterversorgten Gebieten prinzipiell das Kostenerstattungs- statt des Sachleistungsprinzips einzuführen. „Ärztinnen und Ärzte benötigen dringend Planungs- und Kostensicherheit, um wirtschaftlich sinnvoll arbeiten zu können", betonte Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz in einer Presseerklärung.

Bislang werden erbrachte Leistungen häufig nicht honoriert. „Statt Ärzte mit Druck in unterversorgte Gebiete zwingen zu wollen, ist es sinnvoller, die Patienten in diesen Gebieten kassenarztrechtlich aufzuwerten", erklärte Jonitz und hob zugleich hervor, dass das Kostenerstattungsprinzip keine Vorkasse der Patienten bedeute, wie häufig falsch dargestellt wird.

Vielmehr würden die Krankenkassen über die Versichertenkarte die Kostenübernahme garantieren. Der Arzt hätte damit die Sicherheit, dass die erbrachten Leistungen auch wirklich honoriert würden. „Dieses Prinzip bietet Vorteile für die Patienten und die Ärzte, aber auch für die Krankenkassen, denn die Versichertenkarten würden damit ihren Wert zurückerhalten, da sie das Leistungsversprechen auch tatsächlich abbilden", erläuterte Jonitz.

KV Berlin

Vertreterversammlung mit neuer Führung

Die Vertreterversammlung (VV) der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin hat in ihrer konstituierenden Sitzung am 13. Januar ein neues Führungs-Duo gewählt. Neuer Vorsitzender wurde Dr. Jürgen Treisch (Foto rechts). Der 51-jährige Radiologe aus Neukölln erhielt 30 von 39 Stimmen und löste damit Dr. Herbert Menzel ab, der 9 Stimmen erhielt. Zur stellvertretenden Vorsitzenden wurde die 53-jährige Psychologische Psychotherapeutin Eva-Maria Schweitzer-Köhn mit 31 Stimmen gewählt. Sie hatte keinen Gegenkandidaten. Schweitzer-Köhn (Foto links) folgt auf die Allgemeinärztin Dr. Gabriela Stempor. Die Wahl des neuen dreiköpfigen Vorstandes fand nach Redaktionsschluss am 27. Januar statt. In der ersten Sitzung der neuen sechsjährigen Legislaturperiode besetzten die 40 KV-Vertreter auch zwei Ausschüsse.

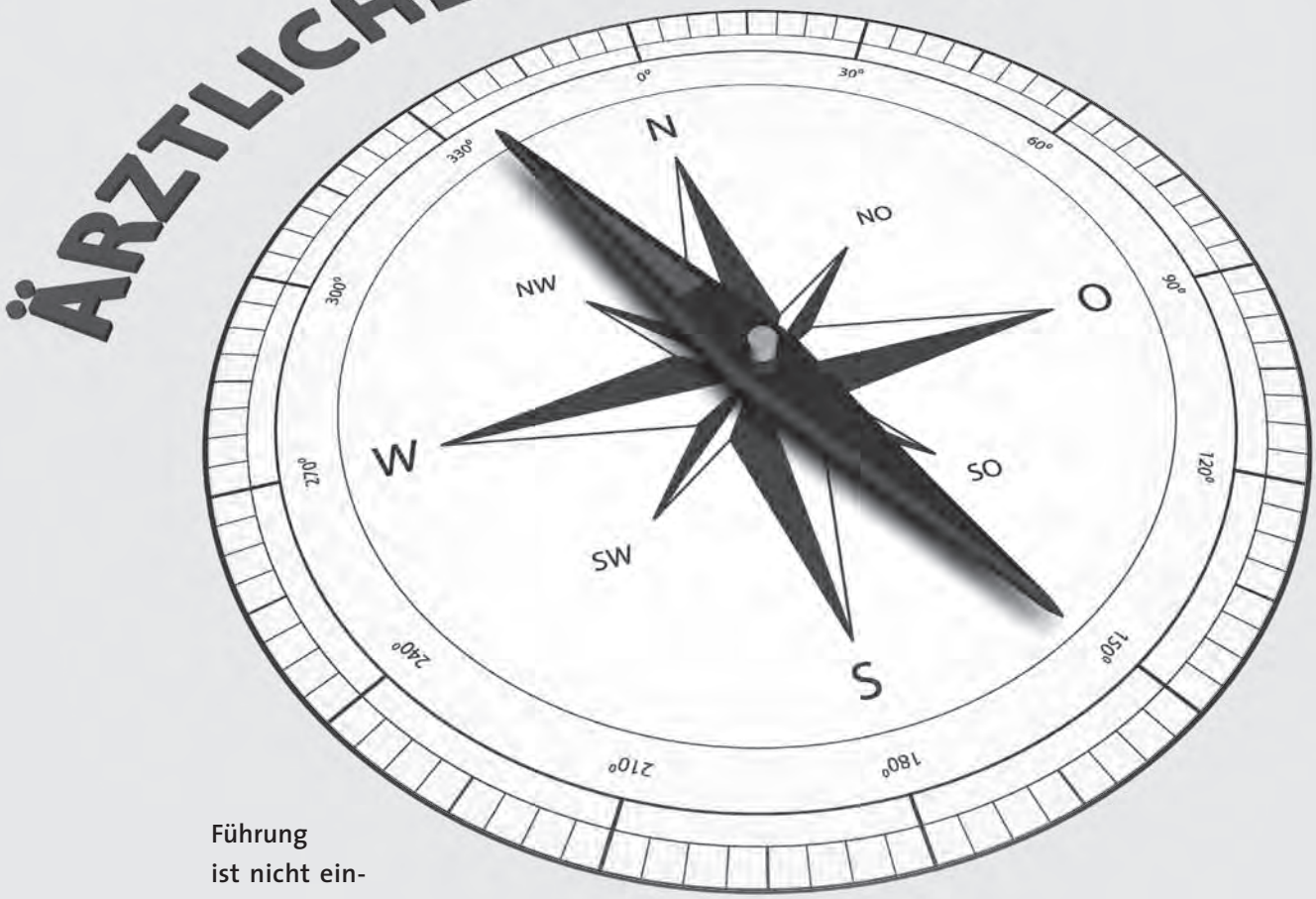
Foto: Reinhold Schlitt

Neu ins Leben gerufen wurde der Ausschuss für Vorstandsangelegenheiten, der den VV-Vorsitzenden und seine Stellvertreterin bei „dienstrechtlichen Fragen" beraten soll, also quasi ein Gremium zwischen Vorstand und VV-Vorsitzenden darstellt. Die VV verständigte sich auf eine Größe von fünf Mitgliedern (keine Stellvertreter), gewählt wurde nach dem Hare-Niemeyer-Verfahren. Der Ausschuss setzt sich wie folgt zusammen: Helmut Mälzer, Dr. Ansgar Pett, Dr. Christiane Wessel (Fachärzte), Dr. Stefan Hochfeld (Kooperation) und Angelika Springer (Liste P1 Psychodynamische Verfahren).

Der zweite Ausschuss, der neu besetzt wurde, war der Haushalts- und Finanzausschuss, der eine Größe von sechs Mitgliedern (keine Stellvertreter) hat und nach Hare-Niemeyer gewählt wurde. Er setzt sich wie folgt zusammen: Dr. Margret Stennes, Dr. Thomas Stavermann, Dr. Rainer Ganzel, Dr. Stefan Skonietzki (Fachärzte), Burkhard Matthes (Kooperation) und Dieter Schwochow (BDA/Hausarztliste).

srd

ÄRZTLICHE FÜHRUNG



Führung ist nicht einfach Führung, sondern immer Führung in einem konkreten Kontext. Ärztliche Führung findet sich eingebettet in den Kontext der Medizin und des Krankenhauses. Das Krankenhaus ist der Ort eines großen Teils ärztlicher Führung, sowie zentrale Ausbildungsstätte und Sozialisationsinstanz für Ärzte. Zugleich sind Krankenhäuser Organisationen von sehr spezieller Natur. Dieser Besonderheit ist große Aufmerksamkeit zu schenken. Wir zeigen im Folgenden, welche Führungsanforderungen sich aus der Einzigartigkeit des Krankenhauses ergeben und wie sich ärztliche Führung heute neu akzentuiert. Außerdem skizzieren wir die Konsequenzen für eine adäquate Führungsaus- und -fortbildung, die im Kurs „Ärztliche Führung im Wandel" der Ärztekammer Berlin umgesetzt wurden.

Von Christof Schmitz und Peter Berchtold

Krankenhäuser sind „anders“

Der Unterschied, den sie machen, kann anhand vier Dimensionen konkretisiert werden (s. Tabelle 1):

- interne Differenzierung
- lose Koppelung von Profession und Organisation
- professionelles Personal
- Natur medizinischer Prozesse

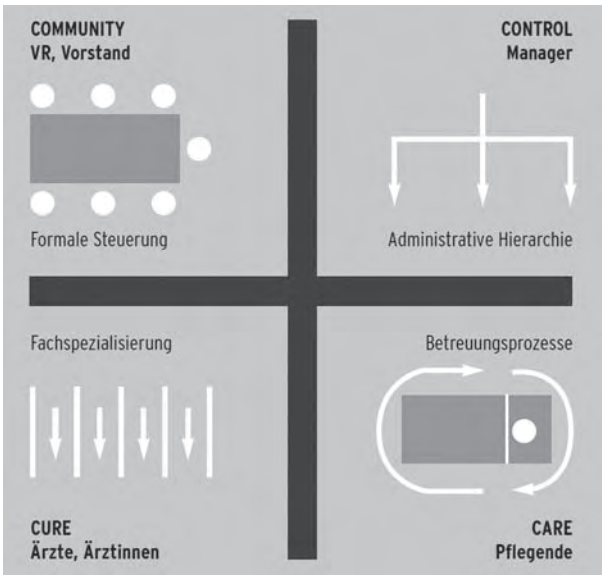
Mit diesen vier Dimensionen ergeben sich für das Krankenhaus typische Managementprobleme, die spezifische Anforderungen an Führung stellen.

Interne Differenzierung

Das Krankenhaus zeichnet sich durch eine überaus starke interne Differenzierung aus, dem „Kreuz des Krankenhauses“. Die Differenzierung ergibt sich grundsätzlich aus den vier Bereichen CURE, CARE, CONTROL und COMMUNITY.[1] **CURE** meint die Ärzte, die stark disziplinär orientiert, punktuell intervenierend auf den Patienten zugehen. Sie folgen dabei ihren im Studium und langer Aus- und Weiterbildung sozialisierten professionellen Werten und Orientierungen und prägen in hohem Maße die Art und Weise wie medizinische Leistungen erbracht werden. Ähnliches gilt für die Pflege – **CARE**. Sie ist gleichfalls durch ihre eigenen Ausbildungswege und -institutionen geprägt und sie ist bedacht auf Autonomie gegenüber den Ärzten und doch in steter Abhängigkeit von diesen. **CONTROL** meint den Bereich der „Administration“, des Managements und des Controllings, und **COMMUNITY** die Anbindung an die Öffentlichkeit und die Politik via den diversen Aufsichtsgremien.

Die vier Bereiche verfügen in sehr ausgeprägter Weise über jeweils eigene Sprachen, Formen und Kulturen und folgen ihren eigenen Verständnissen von Aufgaben, Organisierung und Führung. Die Bereiche sind in Kooperation miteinander und gleichzeitig sorgsam darauf bedacht, keine „unzulässigen“ Grenzüberschreitungen zuzulassen. In diesem Falle springt das jeweilige „Immunsystem“ unmittelbar an. Jeder Arzt, jede Pflegende und jeder Controller weiß von entsprechenden Erfahrungen zu berichten. Dem horizontalen Balken zwischen „Kerngeschäft“ und „Management“ kommt besonders große Bedeutung zu. Nicht zuletzt die weiter fortschreitende Ökonomisierung der Medizin lässt die Überwindung dieser so genannten „clincal divide“ noch herausforderungsreicher werden.

Grafik: Leadership Map



Profession und Autonomie

Professionen verfügen exklusiv über wissenschaftlich basiertes Wissen und kombinieren dieses mit Erfahrungswissen im professionellen Handeln. Sie steuern relativ eigenständig den Zugang zu ihrem Wissen und sozialisieren professionelle Ideologie und berufsspezifisches Ethos (der Eid des Hippokrates!) Die ärztliche Profession ist durch die Balancierung spezifischer und häufig widersprüchlicher Anforderungen gekennzeichnet. Insbesondere steht dem Zwang zur wissenschaftlichen Legitimation der Versuch des individuellen Verstehens gegenüber, zwischen stellvertretender Entscheidung und Hilfe für den Kranken ist abzuwägen sowie die Autonomie des Individuums zu respektieren. Um in diesem komplexen Erwartungsgeflecht, noch dazu unter der Ungewissheit potenziell unberechenbarer Krankheits behandlungen, agieren zu können, wird weitreichende Autonomie des professionellen Handelns beansprucht.

Mein Abteilungsleiter hatte mich als seinen Stellvertreter beauftragt, eine Teilnahme zu überlegen, ich hatte aber auch eigenes Interesse an diesem Kurs. Das Thema „Führung” hatte mich bisher eher durch das Erleben verschiedener, mehr oder weniger erstrebenswerter Führungsstile im Arbeitsalltag beschäftigt.

Am meisten gebracht hat mir bei dem Kurs das visuelle Erleben verschiedener gespielter Situationen und deren Moderationen/Bewertungen durch die Kursleiter sowie die Diskussionen in der Gruppe. Aus dem Kurs nehme ich vor allem eine verstärkte Sensibilisierung sowie bewusstere Beobachtung/Bewertung entsprechender Alltagssituationen mit. Partiell, in kleineren Gruppen, konnte ich Erfahrungen aus dem Kurs bereits anwenden, allerdings bin ich derzeit nicht in direkter Führungsverantwortung. Der Kurs ist für mich Anlass, mich stärker mit dem Thema „Führung” zu beschäftigen, würde auch gern das Gehörte/Gesehene/Geübte z.B. in einem Refresherkurs wiederholen.

Dr. med. Peter Rebbelin
Facharzt für Radiologie
Bundeswehrkrankenhaus Berlin

Diese Autonomie der ärztlichen Profession kommt sich gerne mit der Logik der formalen Organisation des Krankenhauses in die Quere. Diese beiden „Logiken", die der Ärzte und die der Krankenhaus-Organisation, sind nicht friktionsfrei miteinander vereinbar. Krankhäuser sind darum Orte sich überkreuzender Einflusssphären. Die formale Krankenhaus-Organisation und das eher informelle professionelle System mit ihren je eigenen Formen der Einflussnahme überlagern sich wechselseitig. Die Folge sind komplexe Netzwerke mit einer Mehrzahl einflussreicher Akteure und einem nur begrenzt ausgebildeten, nur begrenzt starken Zentrum. Die Macht des Zentrums bleibt abhängig von der Akzeptanz der Professionellen. Ein Effekt, der auch von anderen professionellen Organisationen her bekannt ist.

Krankenhäuser produzieren, wie andere professionelle Organisationen auch, „opake Qualitäten", d.h. die Qualität der Leistungen – im Krankenhaus die Behandlung und Betreuung von Patienten – kann von Nicht-Experten nur bedingt adäquat verstanden und überprüft werden: „Hospitals are ... more complex than most other organizations. As a consequence, the outcomes of their transactions are less transparent and more difficult to assess." [2]

Tabelle 1: Die Besonderheiten des Krankenhauses

Charakteristika	Wirkung	Managementproblem
starke interne Differenzierung in Cure, Care, Control und Community	•hohe Spezialisierung und Fragmentierung •„clinical divide" •wechselseitige Abschottungen •Gefahr subsystem-spezifischer „Immunreaktionen"	•Integration sehr heterogener Interessenslandschaft bei begrenzter zentraler Durchsetzungsmacht •laterale Führung
lose Kopplung von Profession und Organisation	•sich überkreuzende Einflusssphären von Profession und Organisation •tendenziell hohe professionelle bei geringerer Organisations-Identifikation	•Fehlen eines eindeutigen Machtzentrums •komplexe Netzwerke mit unterschiedlichen, einflussreichen Spielern •kollegiales Konsultieren zählt viel, hierarchisches Durchsetzen wenig
professionelles Personal	•Autonomie-Ansprüche •Bedeutung der Informalität •Anwalt des Patienten sein •„Opake" Qualität	•Überbrückung „lokale" Sichtweisen und Interessen •Motivation für organisationalen Wandel gewinnen •„cat herding"
Natur medizinischer Prozesse	•Unsicherheit und Risiko als bestimmende Faktoren in der Behandlung von Patienten.	•Medizinische Prozesse nur begrenzt optimierbar = für Management (relativ) unzugänglich •Differenzierung •Komplexität moderner Medizin bringt neue Optionen

Die „opake Qualität" geht Hand in Hand mit dem erwähnten Autonomie-Anspruch und ist Folge der speziellen Natur medizinischer Prozesse bzw. deren hohes Maß an Ungewissheit.

Die Natur medizinischer Prozesse

Die Unterschiedlichkeit der beiden „Logiken", die der Ärzte und die der Klinik-Organisation, wird in den Folgen der DRG-Einführung deutlich: DRG-Begleitforschungen aus mehreren Ländern zeigen, dass entgegen allen betriebswirtschaftlichen Erwartungen trotz des Wechsels des Vergütungssystems (und damit wesentlicher ökonomischer Anreize) kaum Prozessoptimierungen stattfanden.[3] Das ist höchst bemerkenswert. Schließlich erweist sich damit eine zentrale Motivation der Einführung eines solchen Systems als fehlgehend. Die dafür relevanten Untiefen resultieren aus der speziellen Natur der medizinischen Arbeit. Diese ist von hoher Ungewissheit über Diagnose und Therapieverlauf gekennzeichnet. Der Umgang mit dieser Ungewissheit hat fundamentale Bedeutung in der medizinischen Tätigkeit. Die Profession hat dazu eine Antwortfähigkeit entwickelt, die in iterativen Prozessen des Testens, Beobachtens und Überprüfens durch den Arzt liegt. Diese Prozesse benötigen Ermessensräume für Behandlungsentscheide. Daraus ergibt sich nochmals die hohe Bedeutung von Autonomie, um klinische Entscheidungen für den individuellen Patienten treffen zu können. Aus eben diesem Grunde – Freiraum für individuell angepasste Behandlungsschritte –, verschließen sich viele medizinische Prozesse Optimierungsversuchen, die im Regelfall Standardisierungen bedeuten. Indem die Unsicherheitsbewältigung an

Foto: privat

Hauptgrund, am Kurs der Ärztekammer teilzunehmen, war, herauszufinden, wo ich selbst im Bereich Führung stehe. Als Ärztlicher Leiter eines MVZ wollte ich ein Gefühl dafür bekommen, ob der von mir wahrgenommene Führungsstil passend ist. Ich hatte bereits am Kurs Ärztliches Qualitätsmanagement teilgenommen. Dort bin ich mit dem Thema Führung erstmalig in Berührung gekommen, so dass mir die Bedeutung von guter Führung bewusst war. Der Kurs verlief in einer sehr angenehmen Atmosphäre und war gut durchstrukturiert, die Referenten waren sehr fachkompetent. Vor allem entwickelte sich eine positive Gruppendynamik, die offene Diskussionen möglich machte. Ich habe mich auf die Zusammenarbeit mit den Kursteilnehmern jedes Mal gefreut. Vor allem konnte ich mich selbst reflektieren und meine Stärken aber auch Schwächen erkennen.

Der Kurs vermittelte weiterhin die theoretischen Grundlagen, diese Stärken aus- und die Schwächen abzubauen. Eine wichtige Erkenntnis dabei war für mich, dass bestimmte Dinge veränderbar sind, andere jedoch nicht. Dies gibt einem auch ein Stück weit Gelassenheit, zudem ist meine Sensibilität für eigene Fehler größer geworden. Ich werde mich auf jeden Fall weiter mit dem Thema Führung beschäftigen, denn ich weiß jetzt, wo ich die notwendigen Werkzeuge finde.

Dr. med. Ralf Saballus, Neurochirurg, Direktor des MVZ Berlin-Hellersdorf

das (auch implizite) Wissen des Mediziners gebunden bleibt, sind die Prozesse einem Management-Zugriff weitgehend enthoben bzw. bleiben Ärzte Versuchen der Optimierung gegenüber skeptisch oder „widerständig".

Die Natur der medizinischen Arbeit befindet sich im Umbruch. Einerseits offeriert Evidence Based Medicine neue Möglichkeiten der Systematisierung, zum anderen stellen eine Vielzahl von Krankheiten als auch der wachsende Anteil der alten Bevölkerung mit der Zunahme von Multimorbiditäten neue Herausforderungen für die mittlerweile in über 100 Spezialitäten differenzierte Medizin. Man kann davon sprechen, dass die gestiegene Komplexität der Medizin einen Wandel vom einzelnen, autonomen Experten hin zu einem System mit sich zieht, das in teilweise neuartiger Weise traditionelle Professionalität mit systematischer und kollaborativer Medizin kombinieren muss.[4]

Führung, neu

Das hat Folgen für die Führung. Hatte bislang wesentlich der Chefarzt als medizinischer Referenzpunkt für Sicherheit gesorgt, ist er in neueren Modellen mehr Architekt, Designer und Supervisor klinischer Prozesse. Der Umgang mit Ungewissheit nimmt stärker organisatorische denn personale Gestalt an. Das verlangt andere Kompetenzen als jene des klassischen Chefarztes und bringt auch die anderen Ärzte in neue Rollen. Der Chefarzt als Referenzpunkt der Behandlung von Ungewissheit hat zu einer stark hierarchischen Kultur mit dem entsprechenden Amalgam von Abhängigkeit und Förderung geführt, das hierzulande so wohlbekannt ist.

Anforderung	Merkmale
integrieren können	• berufs- und disziplinenübergreifend arbeiten • in heterogenen Landschaften gemeinsame Ziele herstellen und umsetzen • (subsystemische) Kulturen verstehen, respektieren und überbrücken
in Netzwerken arbeiten	• Beziehungen pflegen und gestalten • in unterschiedlichen Rollen kooperieren • Einfluss nehmen in komplexen Netzwerken • laterale Führung • „Demuts-Bereitschaft"
entwicklungsorientierte Führung betreiben	• (medizinische) Entwicklungen in ihren organisatorischen Bedeutungen verstehen • Prozesse, Strukturen und Kulturen gestalten und supervidieren können

Tabelle 2: Führungsanforderungen in Krankenhäusern

Diese Kultur stößt angesichts der Neuentwicklungen der Medizin und ihrer Umfelder an Grenzen. Eine neue Kultur der Führung ist nötig und in Entwicklung begriffen.

Aus den Besonderheiten der Klinik und ihrer Management-Probleme ergeben sich drei spezifische Anforderungen an ärztliche Führung, die das traditionelle Führungsverständis herausfordern:

- integrieren können
- in Netzwerken arbeiten
- entwicklungsorientierte Führung betreiben

Ärztliche Führung ist nicht nur auf die eigene (fachspezifische) Mannschaft zu beziehen, sondern hat die an Behandlung und Betreuung beteiligten anderen Berufsgruppen und Stakeholder mit zu berücksichtigen. Patientenbehandlung vor allem bei komplexen Krankheiten ist immer stärker eine Sache von Behandlungsnetzen. Diese zeichnen sich dadurch aus, dass ein Gutteil der Akteure divers, relativ selbständig sowie nur ein geringerer Teil der Beteiligten direkt unterstellt ist. Die zentrale Anforderung für das Führen solcher Behandlungsnetze besteht darin, fortlaufend die unterschiedlichen Beteiligten zu integrieren und in konstruktive Kooperation zu bringen. Der hochgradigen Spezialisierung und Fragmentierung des medizinischen Systems steht die Notwendigkeit der Integration gegenüber. Es gilt Heterogenes zusammenzuführen. Dazu gehört die Fähigkeit, verschiedene (Berufs-)Kulturen und -Identitäten überbrücken und geeignete Führungsstrukturen und -prozesse gestalten und entwickeln zu können. Offensichtlich unterscheidet sich solche Führung von traditionellen Chefarztbildern und zeichnet sich auch durch eine gewisse „Demuts-Bereitschaft“ im Führungs-Anspruch aus. Diese ist überall dort besonders angebracht, wo keine direkten Abhängigkeiten bestehen.

Konsequenzen für Führungsentwicklung

So betrachtet bedeutet Management in Krankenhäusern sehr viel mehr als den bloßen Einbezug betriebswirtschaftlichen Wissens: es bedeutet die fortlaufende Integration komplexer, eigensinniger und teilweise widersprüchlicher Kontexte. Zudem sind die Eigenheiten einer weitgehend dezentralen, professionellen Organisation mit ihren diffusen Machtverhältnissen, multiplen Werte-Systemen und starken Autonomie-Ansprüchen wesentlicher Akteure zu berücksichtigen. Das stellt hohe Anforderungen an Führung – und Führungsentwicklung. Folgende Dimensionen sind aus unserer Sicht zentral und leitend für die Gestaltung entsprechender Programme, wie etwa demjenigen der Berliner Ärztekammer.

• Effektives Führungslernen bezieht sich immer auf Wissen und Verhalten. Die Verhaltensdimension umschließt Haltungen wie Skills. Der Vermittlung

Foto: privat

In meiner beruflichen Entwicklung vollzog sich gerade der Wechsel von der Assistenzärztin zur Oberärztin. Mein Chef hat das Inserat zu dem Kurs gesehen und fand das Thema passend für mich und meinen aktuellen beruflichen Kontext. Ich habe mich zuvor mit dem Thema Führung überhaupt nicht beschäftigt. Durch Tätigkeit unter unterschiedlichen Vorgesetzten mit unterschiedlichen Führungsstilen habe ich aber gemerkt, dass die Arbeit unter einer guten Führung motivierender und leichter ist. Deshalb fand auch ich das Thema wichtig und interessant.

Neu und überraschend war für mich die Erkenntnis, wie wenig gute Führung mit direkten Eigenschaften der Führungsperson selbst zu tun hat, sondern vielmehr mit dem Moment der Interaktion, der Fähigkeit zur Kommunikation und der aufmerksamen Wahrnehmung von Mitarbeitern.

Den Aufbau des Kurses mit wechselnden Teilen zwischen theoretischer Arbeit und interaktiven Einheiten wie Rollenspielen und praxisnahen Aktionen in Kleingruppen fand ich sehr effektiv. Die Unterteilung in 4 Module in relativ großen zeitlichen Abständen fand ich ebenfalls hilfreich, da vieles von dem Erlernten Zeit braucht, um verinnerlicht zu werden. Neben den kompetenten und sympathischen Kursleitern hat auch die Gruppe mit zahlreichen ganz unterschiedlichen Persönlichkeiten einen wichtigen Beitrag zu den Erfahrungen und Erkenntnisgewinnen geleistet. Ich nehme in die tägliche Arbeit mit, dass Führung vor allem ein Miteinander ist, und dass positive Verstärkung und Wertschätzung wirksamer ist als nur Kritik.

Der Aspekt von Spaß und Humor darf bei dem Thema nicht zu gering eingeschätzt werden. Führung ist ja etwas, was tagtäglich und unvermeidlich im Berufsalltag stattfindet. Für mich findet Führungsarbeit durch den Kurs nun sehr viel bewusster statt als zuvor. Die intensive Beschäftigung mit den eigenen Schwächen, vor allem aber mit den eigenen Stärkten war eine ganz wichtige Basis für eine verbesserte eigene Führungskompetenz. Ich versuche jeden Tag, Erfahrungen aus dem Kurs anzuwenden, und manchmal funktioniert es sogar!

Die Rolle von Frauen als Führungskräfte verdient meines Erachtens in zukünftigen Kursen eine kurze gesonderte Betrachtung. Auch die Frage, wie die Balance zwischen wirtschaftlichen Zwängen und eigenen Idealen gewahrt werden kann, ohne die eigenen Authentizität zu verlieren, würde ich gern weiter vertiefen.

Dr. med. Aviva Raatz
Oberärztin, Innere Medizin, Krankenhaus Bethel, Berlin

von Wissen über Führung ist damit ebenso Aufmerksamkeit zu schenken wie dem reflexiven Bezug auf die eigene Person sowie der Möglichkeit der Erweiterung der eigenen Verhaltensoptionen.

• Orientierungswissen soll auf den Führungskontext bezogen sein. Wir stellen bezogenes Wissen ausgehend von unserer „Leadership Map“ zur Verfügung, die zusätzlich als Selbst-Assessment-Tool fungiert. So kann der Bogen vom Wissen zu den eigenen Erfahrungen und Kompetenzen unmittelbar aufgespannt werden.

• Führungslernen steht immer in Beziehung zu den eigenen Erfahrungen. Mit Wissen um die Dynamik der damit verbundenen Lernprozesse sind unterschiedliche Lernräume zu eröffnen: abstrakter Konzeptualisierung ist ebenso Platz einzuräumen wie der Möglichkeit aktiven Experimentierens, konkreter Erfahrung ebenso wie Reflexion und Beobachtung.[5]

• Diese vielfältigen Lernräume sind mit den individuellen Lernstilen als auch heterogenen Erwartungen in Übereinstimmung zu bringen und können anspruchsvolle Mischlagen erzeugen, die professioneller Leitung bedürfen. Routinierte Darbietung von Standardvermittlungen ist zuwenig, es geht um wachsame und wertschätzende Lerninterventionen.

• Effektives Führungslernen wird durch Feedback zum eigenen Verhalten herausgefordert und beschleunigt. Wirksame Programme bauen daher konkretes Feedback für die Teilnehmenden ein. Wir präferieren zwei Formen. Einmal eine – für Mediziner ungewohnte aber regelmäßig dankbar angenommene – Stärken-orientierte Rückmeldung sowie einen Rückmeldeprozess in Form wechselseitiger Beobachtungen und Befragungen der Teilnehmer, die einen intensiven Informationsverarbeitungsprozess erlauben.

Foto: privat

Das Thema ärztliche Führung bleibt zu oft den Autodidakten überlassen. Mit Ausnahme von einigen „Naturtalenten“ geht hier oft viel Energie verloren. Für mich selbst war ich neugierig, inwieweit ich hier profitieren kann. Bislang hatte ich mich durch Bücher und Fachliteratur mit dem Thema beschäftigt, aber speziell für Ärzte wurde bisher wenig angeboten.

Der Kurs beleuchtet die unterschiedlichen Gruppeninteressen auf unterschiedlichen Ebenen des Gesundheitswesens. Hier waren Kamingespräche mit Politikern bis hin zum Staatssekretär, Kassenfunktionären und natürlich auch Ärzten in herausgehobenen Positionen möglich.

Angeboten wurden aber auch konkrete Hilfestellungen und praktische Übungen zum Beispiel durch Plan- und Rollenspiele. Am meisten hat mir die durchaus abwechslungsreiche Gruppenarbeit unter Leitung einer durchaus professionellen Seminarleitung gefallen. Ich fand den Kurs abwechslungsreich, alles drin; sehr gut: vier Module über ein Jahr. Insofern nachhaltig aufgebaut, als die vier Module einen angemessenen Rahmen für Feedback und Auffrischung bilden. Außerdem reagieren die Seminarteilnehmer sehr flexibel auf geäußerten Bedarf oder Anfragen.

Im meinem beruflichen Alltag gibt es jetzt Situationen, die ich nicht mehr als so anstrengend empfinde. Vielleicht gehe ich lockerer damit um. Durch den Kurs bin ich in meiner Führungsarbeit gestärkt worden.

Dr. med. Volkmar Heltriegel
HNO-Arzt, HNO-Praxis Berlin

• Nachhaltiges Führungslernen bedeutet einen Prozess über die Zeit, wiederholtes Aufgreifen konkreter, persönlicher Erfahrungen sowie gezielte inhaltliche wie instrumentelle Erweiterungen. Mehrere Module sind darum Pflicht.

• Effektives Führungslernen ist immer auch ein kollektiver Prozess. Der Etablierung einer förderlichen Lernkultur in der Teilnehmergruppe ist deshalb große Aufmerksamkeit zu schenken. Gelebte und erlebte Vernetzung sind zentral, soziale Unterstützung und sozialer Vergleich sind essentiell für solche Art des Lernens.

• Last but not least: Führung soll attraktiv sein und muss daher inspirierend, anregend, humorvoll aber auch fordernd angeboten werden.

Verfasser:
Peter Berchtold, Christof Schmitz
Geschäftsführende Gesellschafter
von College-M, College für Management im Gesundheitswesen
Kontakt: peter.berchtold@college-m.ch
christof.schmitz@college-m.ch

1| Glouberman, S., Mintzberg, H. (2001) ‘Managing the care of health and the cure of disease – part I: Differentiation’. Health Care Management Review, Winter 2001, 56-69.
2| Kristof Eeckloo, Luc Delesie and Arthur Vleugels, Where is the pilot? The changing shapes of governance in the European hospital sector. The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health 2007; 127; 78
3| Berchtold, P, Schmitz, C, SAEZ 2010;91: 48. DRG H60Z – aber bitte mit Differenzierung. Teil 1: Eine Zukunft für Spitäler.
4| Berchtold P., Schmitz, C; SAEZ 2010; 91: 49. DRG H60Z – aber bitte mit Differenzierung. Teil 2: Die Entwicklung der Profession.
5| Kolb, A/Kolb, D., Experiential Learning Theory: A Dynamic, Holistic Approach to Management Learning, Education and Development. Amstrong, S.J,/ Fukami, C.V., The Sage Handbook of Management Learning, Education and Development. London 2009, p 42 - 68

Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Intensivprogramm

nach dem Curriculum der Bundesärztekammer

Ob Sie nun eine Station, eine Abteilung, eine Klinik oder eine Praxis, ein MVZ führen: Für jede Ärztin und jeden Arzt ist Führung heute ein selbstverständlicher Bestandteil der täglichen Arbeit. Neben dem anspruchsvollen medizinischen „Kerngeschäft" fordern dabei vielfältige, oft widersprüchliche nicht-medizinische Interessen Aufmerksamkeit, Zeit und Energie. Aber: **Wie vereint man Arzt- und Manager-Sein?** Wie kann man im komplexen Netzwerk Einfluss nehmen und Initiativen wirkungsvoll umsetzen?

Der Kurs der Ärztekammer Berlin stellt die Führungsperson selbst in den Mittelpunkt. Denn Führung bedeutet mehr als ein bloßes Plus an Aufgaben. Sie fordert die ganze Person mit ihren Kompetenzen, Werten und Haltungen. Der Kurs erweitert Ihre Führungskompetenzen. Er vermittelt konzeptionelles Wissen, um Organisationen werte-, ziel- und mitarbeiterorientiert zu steuern, erfolgreich mit Mitarbeitern, Kollegen und Verhandlungspartnern gerade in schwierigen Situationen zu kommunizieren und zu interagieren. Die erfolgskritischen Dimensionen ärztlicher Führung werden aufgezeigt und die Gelegenheit geboten, die eigenen Kompetenzen zu stärken und ein persönliches Führungskonzept zu entwickeln.

Bei abendlichen Kamingesprächen werden zusätzlich zum Tagesprogramm mit Protagonisten aus dem Gesundheitswesen aktuelle Fragestellungen der Führung und der Gesundheitspolitik diskutiert. Der Kurs richtet sich vor allem an Oberärztinnen und Oberärzte aus Krankenhäusern sowie Ärztinnen und Ärzten mit leitender Funktion in anderen größeren Einrichtungen der Patientenversorgung wie z.B. MVZ.

Termine:

Modul 1	Die Praxis des Führens	Do. 12.05. – 14.05.2011
Modul 2	Führen als interaktiver Prozess	Do. 16.06. – 18.06.2011
Modul 3	Gesundheitspolitischer Rahmen Betriebswirtschaftl. Steuerung Change Management	Do. 15.09. – 17.09.2011
Modul 4	Transfer: Sicherung des eigenen Konzepts	Freitag 09.12.2011

Veranstalter: Ärztekammer Berlin
Kursleitung: PD Dr. med. Peter Berchtold
Ort: Wannsee-Forum/Berlin und Evangelische Bildungsstätte auf Schwanenwerder/Berlin

Ihre Ansprechpartnerinnen für weitere Informationen und Unterlagen:

Frau Mindel-Hennies Tel.: 030 – 8133163
E-Mail: aerztliche-fuehrung2011@aekb.de
Frau Andresen-Langholz Tel.: 030 - 40806 1301
E-Mail: aerztliche-fuehrung2011@aekb.de

Hausärzte-, Landärzte- oder Fachärztemangel? Ärztemangel!

Das Thema Ärztemangel in Deutschland hat unser Kammermitglied Dr. Klaus Günterberg dazu veranlasst, sich näher damit auseinanderzusetzen und seine Überlegungen im folgenden Artikel zusammenzufassen. Wir weisen darauf hin, dass es sich um einen Meinungsbeitrag und keine Stellungnahme der Ärztekammer Berlin handelt. (Die Red.)

Von Klaus Günterberg

Die Medizin hat sich gewandelt. War der Arzt in vergangenen Jahrhunderten vor allem Samariter, daneben nur mit sehr begrenzten Mitteln auch kurativ tätig, ist er heute natürlich auch weiter beratend, darüber hinaus aber weit umfangreicher auch diagnostisch, präventiv und kurativ tätig. Für seine Tätigkeit steht dem Arzt heute auch eine medizinische und informationstechnische Ausstattung zur Verfügung, die alles je Dagewesene übersteigt, die inzwischen aber auch unverzichtbar geworden ist.

Der medizinische Fortschritt hat zur Steigerung der Lebenserwartung des Einzelnen und zur Alterung der Gesellschaft geführt. Dabei macht der Fortschritt der modernen Informationstechnik die Möglichkeiten der Medizin sehr schnell publik; damit sind die Fortschritte der Medizin heute nicht mehr exklusives ärztliches Wissen. Zwar verfügt der Arzt weiterhin über die medizinische Grundlagen- und Breitenausbildung, denkt differentialdiagnostisch, bewertet statistische Ergebnisse und bezieht eigene Erfahrungen ein. Über seine Krankheit und die Möglichkeiten moderner Diagnostik und Heilung informieren sich viele Kranke heute jedoch sehr schnell und umfangreich. Diesem Wissen um die Möglichkeiten moderner Medizin folgt unvermeidbar der Anspruch des Betroffenen auf Anwendung dieses Fortschritts im eigenen Fall.
Während früher körperlicher Verschleiß als normal und Krankheit als Schicksal akzeptiert wurden, fordert der Kranke heute im Wissen um die Möglichkeiten der Medizin Abklärung seiner Beschwerden und ihrer Ursache, Heilung bzw. Lebensverlängerung, zumindest aber Schmerzfreiheit und Mobilität. Dabei fordern sowohl der Kranke, die Träger der Krankenversicherung und auch die Rechtssprechung heute in Klinik und Ambulanz eine Qualität ärztlicher Arbeit, die als „Facharzt-Standard“ definiert wird.

Die ungeheure Entwicklung der Medizin hat zur ärztlichen Spezialisierung geführt, einer für den Kranken segensreichen Entwicklung und zur Anerkennung dieser ärztlichen Spezialisten als Fachärzte. Sicher hat mancher keine Vorstellung vom Umfang der medizinischen Fach-Disziplinen, von der Tiefe des Fachwissens der Fachärzte und vom Nutzen einer solchen Spezialisierung und Subspezialisierung. Ebenso aber hat mancher aber auch keine Vorstellung von der Breite des Fachwissens der Fachärzte für Allgemeinmedizin bzw. der als Hausarzt tätigen Internisten und vom persönlichen Einsatz, den sie täglich und nachts erbringen. Während ursprünglich jeder Arzt Hausarzt war, besteht dazu in der heutigen Spezialisierung vieler Ärzte zu Fachärzten kein Widerspruch.

Wir haben in Deutschland inzwischen einen spürbar zunehmenden Ärztemangel. Die Ursachen dieses Ärztemangels sind vielfältig. Dazu gehören der medizinische Fortschritt, der viele neue fachärztliche Aufgabengebiete generiert hat, die Alterung der Bevölkerung und die paradoxe Wirkung der Informatik auf ärztliche Arbeitsplätze (*). Dabei ist die Zahl der Ärzte den Möglichkeiten moderner Medizin nicht proportional gefolgt. Hinzu kommt eine für angestellte Ärzte seit 2007 geltende Arbeitszeitbegrenzung. Klinik-Ärzte machen seitdem weniger Überstunden, mit der Folge, dass die Kliniken nun für einen gleichen Arbeitsumfang mehr Ärzte

ANZEIGE

brauchen. Für niedergelassene Ärzte greifen seit Jahren sog. „leistungsbegrenzende Maßnahmen", die über finanzielle Zwänge (bspw. Budgets, Punktzahlobergrenzen, Leistungsbegrenzung bei Job-Sharing, Regelleistungsvolumen, Malus-Regelungen, Honorar-Abstaffelungen) zur Reduzierung von Sprechstunden, Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen und Hausbesuchen geführt haben. Diese leistungsbegrenzenden Maßnahmen haben den Ärztemangel noch verstärkt.

Der Ärztemangel betrifft, obwohl öffentlich vor allem der Haus- und Landarztmangel beklagt wird, sowohl die Haus- wie auch die Fachärzte. Fachärzte haben sehr oft ein weites Einzugsgebiet und siedeln sich deshalb bevorzugt an verkehrsgünstigen Punkten der Ballungsgebiete an. Berücksichtigt man dieses oft sehr große Einzugsgebiet von Spezialisten, Universitätsstandorten und medizinischen Spezialeinrichtungen (bspw. zu Infektions- und seltenen Krankheiten, zu Verbrennungen oder der Rechtsmedizin) – alle sind aus nachvollziehbaren Gründen immer in Städten angesiedelt – besteht entgegen allen immer wiederholten Behauptungen in den Ballungsgebieten *keine* Überversorgung mit Fachärzten. Gegenteilige Behauptungen vergessen die Ursachen einer natürlichen und sinnvollen höheren Facharztdichte in den Städten und in den Zentren der Großstädte. So spiegelt die statistische Betrachtung allein der Anzahl von Fachärzten im Verhältnis zur regionalen Bevölkerung nicht den tatsächlichen Bedarf wider. *Es fehlen sowohl Haus- wie auch Fachärzte,* vermutlich fehlen sogar mehr Fachärzte als Hausärzte:

Würde man, mit welchen Mitteln auch immer, mehr Ärzte zur Tätigkeit im hausärztlichen Bereich bewegen, würde dies bei unveränderter Zahl ausscheidender und nachrückender Ärzte (*) nur zu einer Verlagerung führen. Ist derzeit in ländlichen Regionen der Mangel an Hausärzten stärker spürbar, wäre es nach einer Verlagerung dann der Fachärztemangel. Es

Tabelle 1: Beispiele unverzichtbarer fachärztlicher Leistungen

Anästhesie und Intensivtherapie
Augenärztliche Leistungen
Bildgebende Diagnostik (Röntgen, Angiographie, Sonographie, CT, MRT, PET)
Chirurgie (einschl. gynäkologische, nephrologische, neurochirurgische, orthopädische, unfallchirurgische)
Endoskopie (aller Körperhöhlen, Magen-Darm-Trakt)
Früherkennungsuntersuchungen (Koloskopie, Mammographie, Zytologie)
Geburtshilfe (bspw. Risikogeburten, operative Entbindungen)
Gerichtsmedizinische Untersuchungen
Internistische Spezialgebiete (bspw. Angiologie, Diabetologie, Hämatologie, Immunologie, Infektologie, Kardiologie)
Krebsbehandlung (Operation, Bestrahlung, Chemotherapie)
Labormedizinische Untersuchungen
Nuklearmedizinische Untersuchungen
Pathologische Untersuchungen (einschl. Histologie)
Pränataldiagnostik
Reproduktionsmedizin

brauchen die Bürger in allen Regionen unseres Landes aber auch viele unverzichtbare fachärztliche Leistungen (Tab. 1), Leistungen, die von Hausärzten nicht erbracht werden können.
Der medizinische Fortschritt der vergangenen Jahrhunderte und Jahrzehnte ist ein Fortschritt, den Fachärzte erkämpft haben, erkämpfen konnten, weil Hausärzte ihnen die Grundbedeutung der Schwerkranken und Multimorbiden abgenommen haben. Dass die deutsche Medizin (noch) einen Spitzenplatz in der Welt einnimmt, ist den Leistungen deutscher Fachärzte und der raschen und breiten Umsetzung der Forschungsergebnisse durch die Hausärzte zu verdanken. Da ist jede Schwerpunktverlagerung, die Ausweitung hausärztlicher Leistungen durch Einschränkung fachärztlicher Leistungen, in der Konsequenz für die erkrankten Bürger eine Verweigerung des medizinischen Fortschritts, eine Verlagerung vom fachärztlichen Ansatz der Erforschung und Heilung schwerer Krankheiten hin zum hausärztlichen Alltag von Grundbetreuung, Linderung und Trost. Letztlich wäre nach einer Verlagerung ärztlicher Betreuung zugunsten der Hausärzte und zu zulasten der Fachärzte die medizinische Versorgung in Deutschland nur verlagert, nicht verbessert. Der Ärztemangel lässt sich nicht, wie populistisch gefordert, durch die Abschaffung des Numerus clausus mindern, sondern vor allem durch eine größere Anzahl von Studenten der Humanmedizin. Der Effekt käme allerdings nicht kurzfristig – zwischen dem Abitur und einer abgeschlossenen ärztlichen Ausbildung liegen, auch für den Hausarzt, mindestens elf Jahre.

Gegenwärtig verlassen von zehn in Deutschland ausgebildeten Ärzten drei unser Land (*). Deutschland wird es sich wohl dauerhaft nicht leisten können, Fachkräften, denen es die längste Ausbildung und das teuerste Studium finanziert hat, in dieser Größenordnung durch Abwanderung zu verlieren.

So besteht letztlich der einzige sich kurzfristig auswirkende Lösungsansatz gegen den haus- und fachärztlichen Ärztemangel darin, Ärzte von fachfremden und bürokratischen Tätigkeiten zu entlasten, ihre Arbeitsbedingungen zu verbessern, leistungsbegrenzende Maßnahmen wieder abzuschaffen und durch bessere Entlohnung den Arztberuf in Deutschland wieder so zu gestalten, dass auch die Abwanderung der Absolventen nachlässt.

Verfasser
Dr. med. Klaus Günterberg
Facharzt für Frauenheilkunde

Interessenkonflikt
Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht.

*) Anmerkung: Mehr Ärzte in Deutschland: Gibt es dennoch einen Ärztemangel? „Ärztemangel und ärztliche Versorgung in Deutschland", ungekürzt nachzulesen unter www.dr-guenterberg.de/Publikationen

ANZEIGE

Zwei unentbehrliche Arzneimittel-Klassiker

Ulrich Schwabe/Dieter Paffrath: Arzneimittelverordnungs-Report 2010, Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York 2010, 1128 Seiten, 81 Abb., 228 Tabellen, Softcover, 49,95 Euro

Stiftung Warentest (Hrsg.): Handbuch Medikamente, 8. Auflage, Berlin 2010, 1340 Seiten, geb. 39,90 Euro. Bestellung: www.test.de/shop; Tel. 01805/002468

Die hier anzuzeigenden und rückhaltlos zu empfehlenden Arzneimittelbücher könnten verschiedener nicht sein: Der jährliche Arzneiverordnungs-Report (der 26.), ist ein Standardwerk für Ärzte, die hier Empfehlungen zur medizinisch wie ökonomisch vernünftigen Verschreibung finden, sowie für alle Akteure im Gesundheitswesen, denen am Nutzen und an der Bezahlbarkeit der Pharmakotherapie liegt. – Das Handbuch Medikamente in aktualisierter und um viele Präparate erweiterter 8. Auflage ist ein unentbehrlicher Helfer für alle Ärzte, die ihre Patienten gründlich, compliancefördernd und nachlesbar über ihre Therapien aufklären wollen – zwar inhaltlich anspruchsvoll, aber in einer Sprache, die sie verstehen.

Und doch haben beide Bücher etwas sehr Wesentliches gemeinsam: Sie informieren den Leser unabhängig und bewerten Medikamente und Indikationsansprüche kritisch. Im Arzneiverordnungs-Report finden Vertragsärzte viel Anerkennung für ihre nachweislich immer stärker am Nutzen und zugleich an den Kosten orientierten Verordnungen. Alles wird mit Zahlen belegt, zum Beispiel der massive Rückgang umstrittener Arzneimittel oder die Zunahme der Generika-Verschreibungen – gut fürs Budget! Eine Crux sind nach wie vor die vielen überflüssigen „Me too“-Präparate.

Im Handbuch Medikamente werden ebenfalls Preise genannt, und zwar in den Tabellen verordnungspflichtiger Arzneimittel in jedem Kapitel des nach Organsystemen und Krankheiten gegliederten Buchs. Vor allem aber werden die Mittel bewertet. („Geeignet“, „auch geeignet“, „mit Einschränkung geeignet“ und – gerichtsfest vorsichtig formuliert – „wenig geeignet“.). Das hilft dem Doktor, den Patienten unsinnige Wünsche abzuschlagen. Sie erhalten auch gute Tipps für nichtmedizinische Maßnahmen, und vor allem schärft man ihnen ein, in welchen Fällen sie unbedingt zum Arzt gehen müssen. Der hat es dann zeitsparend mit einem außergewöhnlich gut informierten Patienten zu tun. Außerdem kann er selbst mal rasch in diesem übersichtlichen Arzneimittelführer nachschlagen.

R. Stein

Allgemeiner Hinweis

Die Ankündigungen auf diesen beiden Seiten geben einen Überblick über die ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen, die in der nächsten Zeit von der Ärztekammer Berlin veranstaltet werden oder in Kooperation mit ihr stattfinden. Einen vollständigen Überblick über unsere Veranstaltungen erhalten Sie auf unserer Homepage **www.aerztekammer-berlin.de ▸ Ärzte ▸ Fortbildung ▸ Fortbildungen der ÄKB.** Alle weiteren Fortbildungsveranstaltungen, die von der ÄKB zertifiziert wurden und Fortbildungspunkte erhalten haben, können im **Online-Fortbildungskalender** unter **www.aerztekammer-berlin.de ▸ Ärzte ▸ Fortbildung ▸ Fortbildungskalender** recherchiert werden. Der Fortbildungskalender ermöglicht eine Recherche nach Terminen, Fachgebieten oder auch nach freien Suchbegriffen. Damit bietet der Kalender in Abhängigkeit von der gewählten Suchstrategie sowohl einen umfassenden Überblick über sämtliche Fortbildungsveranstaltungen in Berlin als auch eine an den individuellen Interessenschwerpunkten orientierte Veranstaltungsauswahl weit im Voraus.

Termine	Thema / Referenten	Veranstaltungsort	Information/ Gebühr	Fortbildungspunkte
11.02.–12.02.2011	**Kurs zum Erwerb der Qualifikation Transfusionsbeauftragte/r sowie Transfusionsverantwortliche/r** (16. Std. Kurs, Curriculum der Bundesärztekammer)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1401/1400 E-Mail: r.drendel@aekb.de Anmeldung erforderlich unter: E-Mail: h.daehne-noack@blutspende.de Tel: 80681-126 Teilnehmergebühr: 150 €	8 P pro Tag
21.02.–23.02.2011	**Grundkurs im Strahlenschutz** (nur noch Warteliste)	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
23.02.–25.02.2011 **25.02.2011**	**Spezialkurs im Strahlenschutz** **– bei der Röntgendiagnostik** **– bei interventioneller Radiologie (IR)**	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich TN-Gebühr: Spezialk.Rö-diag: 220 € Spezialkurs IR: 70 €	20 P (Spezialkurs Röntgendiagnostik) 5 P (Spezialkurs IR)
10.03.–12.03.2011 **24.03.–26.03.2011**	**40 Std. Kurs (Teil 1+2) zum Erwerb der Qualifikation Qualitätsbeauftragte/r in der Hämotherapie** (40 Std. Kurs,Curriculum der Bundesärztekammer) (weitere Informationen s. S. 25)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1400 Anmeldung erforderlich unter: E-Mail: r.drendel@aekb.de Tel: 40806-1401 Teilnehmergebühr: 750 €	40 P
Teil 1: 23.03.2011 **Teil 2: 04.05.2011** jeweils 17.00 – 19.30 Uhr	**Täuschung und Manipulation mit Zahlen** Kleines Statistikseminar zum kritischen Umgang mit Zahlen (weitere Informationen s. S. 12)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1205 E-Mail: a.hofmann@aekb.de Teilnehmergebühr: 40 € für beide Teile; Teil 1 und 2 auch einzeln buchbar	6 P für beide Teile bzw. 3 P pro Teil
25.03.2011	**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 TN-Gebühr: 60 €	5 P
25.03.–26.03.2011	**Verkehrsmedizinische Begutachtung – Qualifizierung gemäß Fahrerlaubnisverordnung** (weitere Informationen s. S. 25)	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
09.04.2011	**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
09.05.–11.05.2011	**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

Verkehrsmedizinische Begutachtung
Qualifizierung gemäß Fahrerlaubnisverordnung

Der Kurs wendet sich an alle Fachärztinnen und -ärzte, die die Qualifikation für die Erstellung verkehrsmedizinischer Gutachten gemäß § 11 Fahrerlaubnisverordnung erwerben wollen.
Er bietet darüber hinaus Arbeitsmedizinern die Möglichkeit zur Vertiefung ihrer Fachkompetenz, insbesondere in Verbindung mit dem Seminar zur Psychometrie und Perimetrie, welches am Vormittag des 25.03.2011 stattfindet.

Termin: Freitag, 25.03.2011, 14,00 - 21.00 Uhr
Samstag, 26.03.2011, 8.30 - 17.15 Uhr
Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Teilnahmegebühr: 250 Euro
Hinweis:Kombipreis für „Theorie und Praxis der Psycho- und Perimetrie“ und „Verkehrsmedizinische Begutachtung“: 290 Euro
Information u. Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06 -1215, E-Mail: fb-aag@aekb.de

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

Der 200 Stunden- Kurs *Qualitätsmanagement* nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité im Frühjahr 2011 als Kompaktkurs innerhalb von vier Monaten veranstaltet. Die drei Wochen der Präsenzphase werden durch eine 50-stündige Phase des Selbststudiums ergänzt. Ärzte haben die Möglichkeit, durch die Teilnahme an diesem Weiterbildungskurs und an einer anschließend erfolgreich abgelegten Prüfung vor der Ärztekammer Berlin die Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ zu erwerben.

Termine: Präsenzwoche 1: 21.02.2011 bis 26.02.2011 / Woche 2: 04.04.2011 bis 09.04.2011 / Woche 3: 20.06.2011 bis 25.06.2011 (jeweils montags bis freitags von 9 bis 19 Uhr und samstags von 9 bis 16 Uhr)

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Weitere Informationen: Tel.:40806-1207 (Organisation), Tel.: 40806-1400 (C.Markl-Vieto, Inhalte) oder per E-Mail: QM-Kurs2011@aekb.de

Qualitätsbeauftrage/r in der Hämotherapie
(40-Stundenkurs, findet in zwei aufeinander aufbauenden Teilen statt)

Termine:

10. März 2011; 14:00-18:00 Uhr	**und**	24. März 2011; 14:00-18.00 Uhr
11. März 2011; 09:00-19.00 Uhr		25. März 2011; 09:00-18:00 Uhr
12. März 2011; 09:00-17:00 Uhr		26. März 2011; 09:00-14:00 Uhr

Die Veranstaltung richtet sich an Ärztinnen und Ärzte, die in einer stationären oder ambulanten Einrichtung die Funktion der/des Qualitätsbeauftragten in der Hämotherapie gemäß den „Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten“ der Bundesärztekammer ausüben möchten.

Veranstalter: Ärztekammer Berlin
Wissenschaftliche Leitung: Frau Dr. Gossrau
Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Gesamtgebühr: 750 Euro
Information/ Anmeldung: Tel.: 40806-1401; E-Mail: r.drendel@aekb.de
Fortbildungspunkte: Die Teilnahme ist mit 40 Fortbildungspunkten anerkannt.

Grundlagen der medizinischen Begutachtung
Ein Kurs in drei Modulen

Basierend auf dem Curriculum der Bundesärztekammer bietet die Ärztekammer Berlin ab Mai 2011 für alle in Weiterbildung befindlichen Kolleginnen und Kollegen und für Interessierte aus Klinik und Praxis den Kurs „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ als 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 in deren Grundlagen behandelt. Anhand von Fallvorstellungen diskutieren ausgewiesene Experten fachspezifische Fragen der Begutachtung. In den freien Intervallen zwischen den Präsenzveranstaltungen erstellen die Teilnehmer zwei Gutachten, deren Ergebnisse im Plenum zusammengefasst werden.

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

Termine: Modul I: 13./14.05.2011 / Modul II: 20./21.05.2011
Modul III: 17./18.06.2011
(freitags jeweils 13.00-19.30 Uhr, samstags jeweils 08.00-14.00 Uhr)

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

Bei erfolgreicher Teilnahme an allen drei Modulen wird eine Teilnahmebescheinigung der Ärztekammer Berlin ausgestellt. 45 Fortbildungspunkte (15 Punkte pro Modul). Die Teilnahmegebühr für die Module I-III beträgt insgesamt 400,- €.

Informationen und Anmeldung per E-Mail unter: begutachtung@aekb.de

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

Der Kurs ist Bestandteil der 5-jährigen WB Allgemeinmedizin (Ersatz für ein halbes Jahr Kinderheilkunde) und setzt sich zusammen aus:

1. 9 Stunden Theoriekurs
2. 40 Stunden Hospitation in einer Kinderarztpraxis
3. 60 Stunden Hospitation in einer Erste-Hilfe-Stelle der KV

Theoriekurs: **jeweils Donnerstag 19.00 – 21.15 Uhr**

Termine: **03.03.2011, Thema: Prävention**
17.03.2011, Thema Häufige Vorstellungsanlässe
31.03.2011, Thema: Schwere akute Erkrankungen / Notfälle

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

Gesamtgebühr: 550 Euro

Information und Anmeldung:
Telefon: 40806-1203, E-Mail: a.hellert@aekb.de

Der Theorie-Kurs wird mit insgesamt 9 Punkten auf das Fortbildungszertifikat angerechnet.

www.berliner-aerzte.net!

Jonitz und Wille mit deutlicher Mehrheit wiedergewählt

Bericht von den Delegiertenversammlungen am 19. Januar 2011

Mit großer Mehrheit sind Kammerpräsident Günther Jonitz (Marburger Bund) und Vizepräsident Elmar Wille (Allianz Berliner Ärzte) von der ersten Delegiertenversammlung der neuen vierjährigen Legislaturperiode wiedergewählt worden. Der 52-jährige Chirurg und der 62-jährige Mariendorfer Augenarzt beginnen damit gemeinsam ihre vierte Amtszeit. Jonitz erhielt 34, Wille 29 von 46 Stimmen. Daneben wählte die 46-köpfige Delegiertenversammlung acht weitere Beisitzer in den Vorstand. Jonitz und Wille können sich dabei auf eine Zusammenarbeit aus Haus-, Fach- und Krankenhausärzten in der Delegiertenversammlung stützen.

Von Sascha Rudat

„Die bewährte Koalition aus Haus-, Fach- und Krankenhausärzten bestätigt durch die Vorstandswahl das Wählervotum und die erfolgreiche Zusammenarbeit der vergangenen Jahre", kommentierte Jonitz die Vorstandswahl. Wille ergänzte: „Es ist wieder gelungen, einen repräsentativen Vorstand zu bilden, der die Breite der Berliner Ärzteschaft widerspiegelt – vom Krankenhaus über die freiberufliche Praxis bis zur Universitätsmedizin.

Neu gewählt wurden in den Vorstand der Kinderchirurg Harald Mau, der Urologe Bernd Müller, der Gynäkologe Christian Handrock (alle Allianz Berliner Ärzte) und der Facharzt für Anästhesie, Intensivmedizin, Rettungsmedizin, Kilian Tegethoff (Marburger Bund). Nicht mehr im Vorstand sind Vittoria Braun (Hausarztliste/BDA), Matthias Albrecht (Marburger Bund), Hans-Detlef Dewitz und Dittmar Kruska (beide Allianz Berliner Ärzte). Die Hausarztliste/BDA ist bislang nicht im neuen Vorstand vertreten, da sie noch keinen Kandidaten stellte. Sollte ein Kandidat aufgestellt werden, würde er oder sie von der DV nachgewählt werden. Neben den 45 gewählten Delegierten befindet sich auch wieder eine Vertreterin der Berliner Hochschulen in der DV. Imke Puls folgt auf Rudolf G. Fitzner, der wieder in den Vorstand gewählt wurde. Die Juniorprofessorin ist Leiterin der Arbeitsgruppe Genetik im CharitéCentrum 15 (Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie). Laut Charité-Dekanin Annette Grüters-Kieslich und dem ärztlichen Direktor Ulrich Frei sei die Benennung auch „ein positives Zeichen der Umsetzung der Gender Mainstreaming in der Außendarstellung der Charité-Universitätsmedizin Berlin". In der direkt im Anschluss folgenden zweiten DV beschlossen die Delegierten lediglich die Fortführung der bestehenden Ausschüsse und Gremien bis zur Neubenennung durch den Vorstand.

Jonitz kündigte gleichzeitig seine Kandidatur für das Amt des Präsidenten der Bundesärztekammer an, „um den Einfluss der gesamten Ärzteschaft in der Gesundheitspolitik und das Ansehen gegenüber der Öffentlichkeit zu stärken". Der BÄK-Präsident wird auf dem nächsten Deutschen Ärztetag Anfang Juni in Kiel gewählt. Der bisherige Präsident Jörg-Dietrich Hoppe tritt nicht mehr an.

srd

Der neue Vorstand der Ärztekammer Berlin

Dr. med. Günther Jonitz (Präsident)
Marburger Bund

„In unruhigen Zeiten ist eine stabile, unabhängige und leistungsstarke Ärztekammer für die Vertretung ärztlicher Interessen wichtiger denn je. Dabei muss ein Ärztekammervorstand Vorbild sein."

(52), Facharzt für Chirurgie, geboren am 19.06.1958 in München. Seit 1999 Präsident der Ärztekammer Berlin und Mitglied im Vorstand der Bundesärztekammer (dort zuständig für die Qualitätssicherung ärztlicher Tätigkeit), zuvor, 1995 bis 1999 Vizepräsident. Gründungsmitglied und 1. Vorsitzender des Aktionsbündnisses Patientensicherheit.

Dr. med. Elmar Wille (Vizepräsident)
Allianz Berliner Ärzte

„Der neue Vorstand verbindet über die verschiedenen Fachgrenzen hinweg mit dem klaren Ziel, erfolgreiche Berufspolitik für die Ärztinnen und Ärzte Berlins zu machen."

(62), niedergelassener Augenarzt in Berlin-Mariendorf, geboren am 19.10.1948 in Varensell bei Gütersloh. Vizepräsident der Ärztekammer Berlin seit 1999. Seit 1983 eigene Praxis für Augenheilkunde. Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der Berliner Ärzteversorgung. Mitglied des Präsidiums der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft seit 2005.

Professor Dr. med. Harald Mau (1. Beisitzer)
Allianz Berliner Ärzte

„Die Ärztekammer Berlin hat in den vergangenen Arbeitsperioden den Beweis erbracht, dass der Geburtsfehler der verfassten Ärzteschaft – nämlich die Trennung zwischen Vertragsärzten und angestellten Ärzten – reparabel ist. Daran wollen wir auch in Zukunft arbeiten!"

(69), Kinderchirurg im Ruhestand, geboren am 01.03.1941 in Wien. Neu im Vorstand der Ärztekammer Berlin. Von 1989 bis 2009 Direktor der Kinderchirurgischen Klinik der Charité. Seit 1990 durchgängig Mitglied der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin. Seit 1993 Vorsitzender der Landesgruppe Berlin/Brandenburg des NAV-Virchow-Bundes.

Dr. med. Kilian Tegethoff (2. Beisitzer)
Marburger Bund

„Ich möchte mich für eine gestärkte politische Ärzteschaft als Interessenvertretung und als Ansprechpartner für die (Berliner) Politik einsetzen."

(47), Facharzt für Anästhesie, Intensivmedizin, Rettungsmedizin; Master of Health Administration, geboren am 26.12.1963. Seit 1996 in der Charité – Universitätsmedizin Berlin tätig, zur Zeit als Personalrat. Neu im Vorstand der Ärztekammer Berlin. Seit 2006 Mitglied der Delegiertenversammlung. Vorsitzender des Krankenhausausschusses der Kammer. Vorsitzender des Landesverbandes Berlin/Brandenburg des Marburger Bundes.

Dr. med. Rudolf G. Fitzner (3. Beisitzer)
Allianz Berliner Ärzte

*„Es ist wichtig, dass wir die Ärztekammer Berlin zu **der** Begegnungsstätte für alle Berliner Ärztinnen und Ärzten weiter ausbauen."*

(63), Arzt für Laboratoriumsmedizin, geboren am 14.09.1947 in Berlin. Seit 1995 Mitglied des Vorstandes der Ärztekammer Berlin (seit 1999 Schatzmeisterfunktion der ÄKB sowie Mitglied der Finanzkommission der Bundesärztekammer). Zurzeit stellvertretender Direktor des Instituts für Laboratoriumsmedizin und Pathobiochemie CBF/Charité Centrum 05 für diagnostische und präventive Labormedizin/Charité-Universitätsmedizin Berlin. Seit 1997 Vorsitzender des Hartmannbundes Landesverband Berlin.

Dr. med. Regine Held (4. Beisitzerin)
Allianz Berliner Ärzte

„Es gibt meiner Meinung nach drei große Ziele – die Kontinuität und Weiterentwicklung der Ausbildung von Medizinischen Fachangestellten, die Beibehaltung und Verteidigung der Freiberuflichkeit des Arztes und nicht zuletzt die Integration von Fach-, Haus- und Krankenhausärzten."

(53), niedergelassene Hals-Nasen-Ohren-Ärztin aus Weißensee, geboren am 04.06.1957 in Leipzig. Seit 1991 niedergelassen. Seit 1999 im Vorstand der Ärztekammer Berlin. In der Ärztekammer Berlin zuständig für die Ausbildung medizinischer Fachangestellter. Vorsitzende des Ausschusses Medizinische Fachberufe und stellvertretende Vorsitzende des Berufbildungsausschusses der Kammer.

Dr. med. Sigrid Kemmerling (5. Beisitzerin)
Marburger Bund

„Ich wünsche mir eine weitere Verbesserung der Dienstleistungsfunktion der ÄKB – zum Nutzen für ihre Mitglieder wie auch für die gesamte Weiterbildungssituation der neuen Ärztegeneration."

(68), ehemalige Oberärztin in der Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie an den DRK-Kliniken Westend, geboren am 21.11.1942 in Berlin. Von 2003 bis November 2007 Oberärztin in der Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie an den DRK-Kliniken-Westend, seitdem im Ruhestand. Vorstandsmitglied im Marburger Bund, LV Berlin/Brandenburg.

Dr. med. Bernd Müller (6. Beisitzer)
Allianz Berliner Ärzte

„Ich werde mich für eine weitere Verbesserung des Workflows innerhalb der Kammer, der Außendarstellung und der Transparenz der Kammer gegenüber ihren Mitgliedern einsetzen."

(51), niedergelassener Urologe in Charlottenburg-Wilmersdorf, geboren am 09.06.1959 in Morsbach/Sieg. Neu im Vorstand der Ärztekammer Berlin. Seit der Approbation 1989 Stationen in verschiedenen Krankenhäusern, u.a. im KKH Mechernich und im DRK-KH Luckenwalde. Niedergelassen in eigener urologischer Praxis seit 1998. Seit 2006 Mitglied der Delegiertenversammlung der Kammer.

Dr. med. Werner Wyrwich, MBA (7. Beisitzer)
Marburger Bund

„Ich wünsche mir für die Zukunft eine auf das Wohl der Patienten orientierte Politik, bei der der Arzt/die Ärztin inhaltlich frei und mit Sachverstand agieren kann."

(52), Unfallchirurg, geboren am 31.05.1958 in Essen. Bis 2005 Oberarzt in der Klinik für Unfall und Wiederherstellungschirurgie am Campus Benjamin Franklin der Charité, danach im Projektsteuerungsbüro der Charité und seit 2010 als kaufmännischer Leiter des CharitéCentrum 13 tätig. Vorstandsmitglied im Marburger Bund, Landesverband Berlin/Brandenburg. Seit 2003 in der DV und im Vorstand, Mitglied der Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie des Qualitätsbüros Berlin (QBB).

Dr. med. Christian Handrock (8. Beisitzer)
Allianz Berliner Ärzte

„Wir sollten die konstruktive Zusammenarbeit im Interesse der Berliner Ärztinnen und Ärzte fortführen und ihre Arbeitssituation in Klinik und Praxis durch Konzepte, Anpassung der Weiterbildungsordnung und durch kammerrechtliche Einflussnahme verbessern."

(58), niedergelassener Gynäkologe in Kladow, geboren am 03.10.1952 in Oberhausen. Neu im Vorstand der Ärztekammer Berlin. Seit 1984 eigene Praxis für Frauenheilkunde. 1994 Gründung einer fachübergreifenden Praxisgemeinschaft in Kladow (Allgemeinmedizin, Augenheilkunde und Frauenheilkunde). Mitglied und stellvertretender Vorsitzender des Weiterbildungsausschusses IV/III der ÄKB seit 2002.

Ausführliche biografische Angaben zu den Vorstandsmitgliedern finden Sie im Internet unter www.aerztekammer-berlin.de unter der Rubrik Über uns/Organisation/Vorstand.

Fotos: Kathleen Friedrich

Mitglieder der Delegiertenversammlung

(13. Amtsperiode)

	Marburger Bund
Nr.	
1.	Dr. med. Günther Jonitz
2.	Dr. med. Kilian Tegethoff
3.	Dr. med. Jörg Michael Stohrer
4.	Dr. med. Matthias Albrecht
5.	Dr. med. Thomas Werner
6.	Prof. Dr. med. Axel Ekkernkamp
7.	Dr. med. Justus Hilpert
8.	Dr. med. Moritz Peill-Meininghaus
9.	Prof. Dr. med. Matthias David
10.	Dr. med. Christian Storm
11.	Dr. med. Werner Wyrwich
12.	Dr. med. Klaus Thierse
13.	Dr. med. Peter Bobbert
	Fraktion Gesundheit
1.	Dr. med. Wolfram Singendonk
2.	Antje Blankau
3.	Dr. med. Andreas Grüneisen
4.	Dr. med. Sebastian Dieckmann
5.	Dr. med. Rolf-Jürgen Kühnel
6.	Dr. med. Stefan Hochfeld
7.	Dr. med. Herbert Menzel
8.	Dr. med. Volker Pickeroth
9.	Dr. med. Constanze Jacobowski
10.	Dr. med. Eva-Müller Dannecker
11.	Dr. med. Brigitte Weingart-Jesse
12.	Julian Veelken
	Allianz Berliner Ärzte
1.	Dr. med. Elmar Wille
2.	Dr. med. Svea Keller
3.	Prof. Dr. med. Harald Mau
4.	Burkhard Bratzke
5.	Dr. med. Thomas Wildfeuer
6.	Dr. med. Sabine Krebs
7.	Dr. med. Matthias Bloechle
8.	Dr. med. Bernd Müller
9.	Helmut Mälzer
10.	Dr. med. Regine Held
11.	Dr. med. Christian Handrock
12.	Dr. med. Klaus-Peter Spies
13.	Dr. med. Hans-Detlef Dewitz
14.	Anton Rouwen
15.	Dr. med. Dietrich Bodenstein
	Hausärzte
1.	Dr. med. Angelika Prehn
2.	Dr. med. Wolfgang Kreischer
3.	Dr. med. Hans-Peter Hoffert
4.	Dr. med. Gabriela Stempor
	Niedergelassene Ärzte
1.	Katharina Wassilew
	Universitätsvertreterin
1.	Prof. Dr. med. Imke Puls

Alle Delegierten finden Sie mit Foto in der nächsten Ausgabe.

„Die Leute kommen nie wegen Bagatell-Krankheiten“

BERLINER ÄRZTE möchte an dieser Stelle die Auswertung der Ergebnisse der Ärztebefragung zum Thema „Medizinische Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus“ aus Heft 1/2010 durch die Berlin School of Public Health, die Charité, die Senatsverwaltung für Gesundheit und die Alice Salomon-Hochschule vorstellen.

Von Monika Hey, Theda Borde und Sarah Kürwitz

In Berlin lebt eine nicht unerhebliche Anzahl von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Valide Daten über die genaue Anzahl der Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus sind aufgrund der illegalen Situation dieser Menschen nicht verfügbar. Der Aufenthalt ohne legalen Aufenthaltsstatus stellt oft ein Leben in der Schattenwelt dar und aus Angst vor Entdeckung bleibt der Zugang zu einer medizinischen Versorgung oft verwehrt. In Deutschland hat jeder Mensch Anspruch auf eine medizinische Notfallversorgung. Auch Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus haben nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) grundsätzlich das Recht bei akuten Krankheiten, bei Impfungen, bei Schwangerschaften und bei schweren chronischen Verläufen medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Bisher ist die Datenlage über die medizinische Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland marginal. Es fehlen Angaben darüber, wie viele Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus medizinische Hilfe brauchen, wie es generell um den Gesundheitszustand aussieht und wie sich die medizinische Versorgung gestaltet. Die durchgeführte Ärztebefragung in Berlin sollte helfen, mehr Transparenz über die medizinische Versorgung und Gesundheitsprobleme von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Berlin zu bekommen, um Ärzt/-innen, Politik, Selbstverwaltung und Unterstützungsinitiativen praxisnahe Argumente für eine Verbesserung der gegenwärtigen Situation an die Hand zu geben.

Methodisches Vorgehen

Dank der Unterstützung der Ärztekammer Berlin wurde in der Januarausgabe 2010 von BERLINER ÄRZTE ein Fragebogen zum Thema „Behandlung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus“ abgedruckt. Auf Grund der geringen Rücklaufquote (n=32) wurden in einem zweiten Schritt in einer Nachfassaktion noch gezielt der öffentliche Gesundheitsdienst und die Rettungsstellen der Berliner Krankenhäuser angeschrieben, so dass 42 Fragebögen für eine quantitative Analyse zur Verfügung standen. Um erweiterte Hintergrundinformationen über die Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus zu gewinnen, wurden noch sechs qualitative leitfadengestützte Experteninterviews geführt. Bei der Expertenauswahl erfolgte eine nicht zufällige Stichprobenauswahl von Ärzt/-innen, die im Büro für medizinische Flüchtlingshilfe in Berlin mit der Behandlung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus involviert sind. Informationen vom Büro der medizinischen Flüchtlingshilfe und der Malteser Migranten Medizin wurden ebenfalls in der Analyse berücksichtigt.

Ergebnisse

Häufigkeit der Inanspruchnahme: Die befragten 42 Ärzt/-innen, die den Fragebogen ausgefüllt haben, geben an, dass sie im Jahr insgesamt circa 800 Patient/-innen ohne legalen Aufenthaltsstatus behandelt haben. Die interviewten Ärzt/-innen behandeln ca. 20 bis 30 Patient/-innen pro Jahr. Das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe vermittelt circa 1000 Patient/-innen an ihre 140 Netzwerkärzt/-innen und die Malteser Migranten Medizin behandelte im Jahr 2009 rund 3000 Patient/-innen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Bei der Angabe der Häufigkeiten sind nur Schätzungen möglich, da keine Statistik geführt wird. Anhand der Ergebnisse kann man jedoch schätzungsweise von 4000 bis 5000 zu versorgenden Personen im Jahr ausgehen, (Mehrfach-Konsultationen sind allerdings nicht ausgeschlossen).

Hilfsorganisationen und deren aufgebaute Netzwerke gelten als die häufigsten Anlaufstellen für die Gesundheitsversorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Die Ergebnisse der Interviews bestätigen diesen Zugang. In den entsprechenden Communities sind die Hilfsorganisationen bekannt und Betroffene erfahren häufig über „Mund-zu-Mund-Propaganda“ wo man sich „gefahrlos“ unter Wahrung der Anonymität behandeln

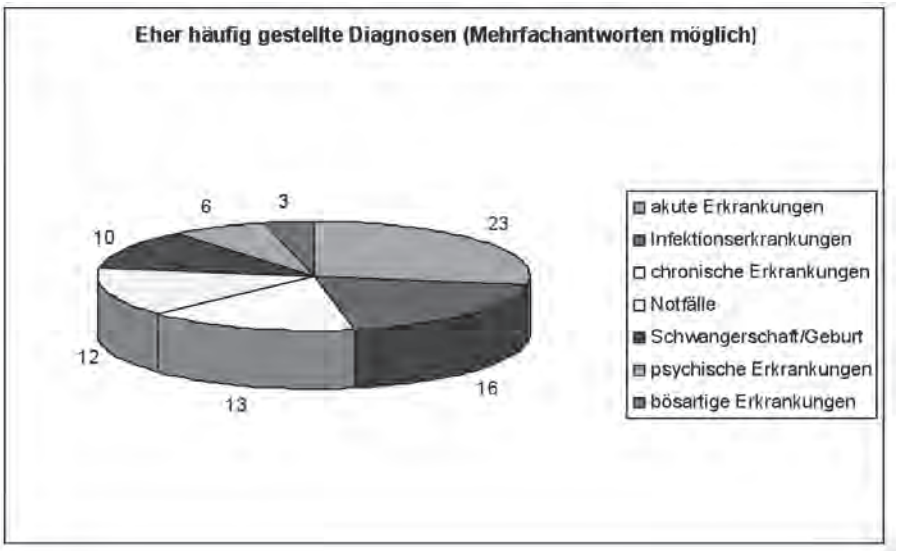


Abbildung 1

lassen kann. Die Betroffenen haben bei anderen Zugangswegen zur medizinischen Versorgung oft die Befürchtung entdeckt und anschließend ausgewiesen zu werden. Dieser Umstand ist jedoch mit erheblichen Gefahren für den Gesundheitszustand der Betroffenen verbunden, so dass Krankheiten nicht rechtzeitig behandelt werden. Eine Fragestellung in dieser Untersuchung war, mit welchen Krankheiten Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus medizinische Hilfe in Anspruch nehmen.

Diagnosen: Die Ergebnisse der quantitativen Analyse (n=absolute Anzahl) zeigen, dass das Diagnosespektrum in Abhängigkeit von der Fachrichtung sehr vielfältig ist, siehe Abbildung 1.

Nach Aussagen der interviewten Ärzt/-innen suchen die meisten Patient/-innen mit komplizierten akuten Krankheitsbildern ärztliche Hilfe auf. Die Betroffenen nehmen nicht rechtzeitig medizinische Hilfe in Anspruch und kommen erst, wenn sich ihr Gesundheitszustand erheblich verschlechtert hat. Dabei handelt es sich oft um chronische Beschwerden, die exazerbieren und Komplikationen bereiten oder um verschleppte Infektionskrankheiten. Seltener sind es Krankheiten, die bereits im Herkunftsland bestanden. Auch aufgrund von Arbeitsverletzungen wird ärztliche Hilfe gesucht. In den Interviews wird erwähnt, dass sich auch häufig Patient/-innen mit ausgeprägten psychischen Problemen vorstellen. Besonders hervorzuheben sind Traumatisierungen durch Folter, Flucht und die illegale Lebenssituation.

Schwierigkeiten/Besonderheiten bei der Behandlung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus: In der schriftlichen Befragung haben die 42 Ärzt/-innen angegeben, dass die Behandlung zeitaufwendiger im Vergleich zu anderen Patient/-innen sei (n=absolute Anzahl), siehe Abbildung 2.

In einem Interview wird dies folgendermaßen präzisiert: Häufig handelt es sich um Patient/-innen mit schwierigen und komplexen Krankheitsbildern, die bereits lange keine medizinische Hilfe mehr in Anspruch genommen haben. Es ist weitaus zeitaufwendiger eine genaue Sozial- und Krankenanamnese durchzuführen sowie die erforderliche Diagnostik vorzunehmen. Die

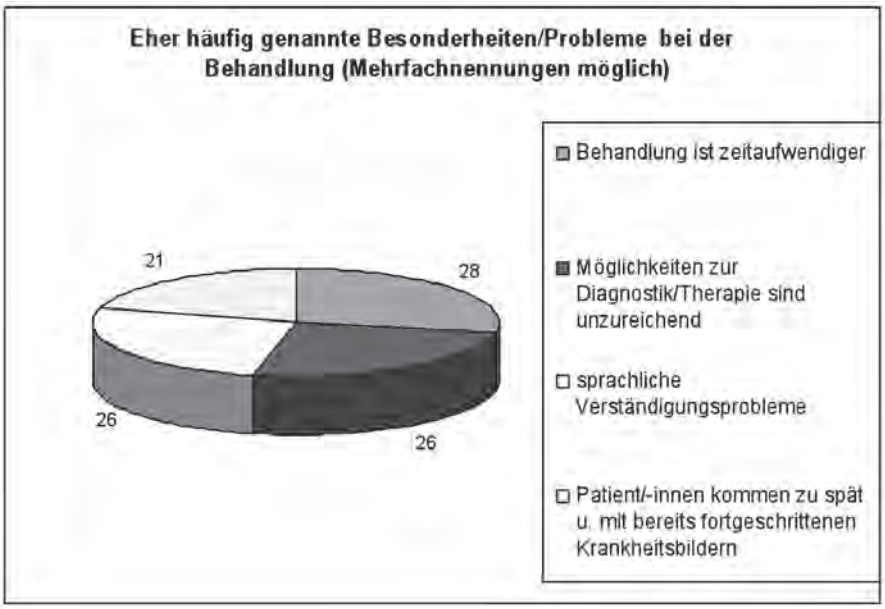


Abbildung 2

aufwendige Logistik der Weitervermittlung ist ebenfalls ein Problem, weil viele Patient/-innen aus Angst vor Entdeckung nicht bereit sind, einen anderen Arzt zur diagnostischen Abklärung oder zu einer weiteren Facharztbehandlung aufzusuchen.

Es kommt vor, dass sich die behandelnden Ärzt/-innen, wenn eine Vermittlung zum Facharzt nicht mehr abgewartet werden kann, gezwungen sehen, selbst mit einer Therapie zu beginnen und auf eine Verbesserung des Zustandes zu hoffen.

Grenzen im Bereich der Diagnostik und Therapie sehen die interviewten Ärzt/-innen in der Finanzierung der medizinischen Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Für teure Untersuchungen ist man häufig auf Spenden oder auf den guten Willen von Kolleg/-innen angewiesen. Während in der schriftlichen Befragung sprachliche Verständigungsprobleme vermehrt angegeben worden sind, sehen die Interviewpartner/-innen keine enormen Sprachhindernisse. Wenn sie auftreten, können sie mit einem Dolmetscher – häufig über den Gemeindedolmetscherdienst – überbrückt werden. Die behandelnden Ärzt/-innen verfügen oft selbst über ausreichende Fremdsprachenkenntnisse. Auch sprechen viele Patient/-innen gut Deutsch, um in der Illegalität nicht aufzufallen.

Unterstützungswünsche/Handlungsbedarf: In der schriftlichen Befragung haben die Ärzt/-innen angegeben, dass sie am häufigsten Unterstützung von den Hilfeorganisationen, von kooperierenden Krankenhäuser und von Kolleg/-innen erhalten. Besonderen Handlungsbedarf zur Verbesserung der medizinischen Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstaus sehen die befragten Ärzt/-innen (Mehrfachnennungen waren möglich) von Seiten der Politik (n=34), der kassenärztlichen Vereinigungen (n=18), der Krankenhausträger (n=15) und der Ärztekammer (n=11).

ANZEIGEN

In den Interviews konnten die Ergebnisse der quantitativen Analyse bestätigt werden. Die interviewten Ärzt/-innen verfügen über eigene kleine Netzwerke, verweisen an Hilfsorganisationen oder nutzen Pools der Hilfsorganisationen.

Um die medizinische Versorgung der Betroffenen noch zu verbessern, besteht der Wunsch nach einer Art Clearingstelle sowie einer Notfallhotline für Fälle , bei denen dringender Handlungsbedarf besteht, um eine schnelle adäquate Hilfeleistung im diagnostischen und therapeutischen Bereich zu gewährleisten. Des Weiteren sollte eine engere Zusammenarbeit mit Krankenhäusern angestrebt werden.

Von einigen Interviewpartner/-innen wird ebenfalls der Wunsch nach klaren gesetzlichen Regelungen hinsichtlich eines gesetzlich festgelegten garantierten gleichberechtigten Zugang zur medizinischen Versorgung für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus und dessen Finanzierung geäußert, so dass die Betroffenen, ohne „Angst vor Entdeckung oder Abschiebung“ medizinische Hilfe in Anspruch nehmen können. Die Interviewpartner/-innen sehen in einer Einführung des anonymen Krankenscheins einen Lösungsansatz in Richtung einer gleichberechtigten Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Papiere.

In einem Interview wurde erwähnt, dass die Politik über die Problematik informiert ist und die Hilfsorganisationen in Kontakt mit der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz stehen. Anfang des Jahres wurde ein runder Tisch eingerichtet, an dem die beteiligten Akteure Lösungsmöglichkeiten für eine verbesserte Situation zur medizinischen Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus suchen.

Diskussion

In dieser Fragebogenaktion haben wir erwartet mehr Informationen über die medizinische Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Berlin zu erhalten. In einer Vollerhebung sollten die Erfahrungen und Meinungen der Berliner Ärzt/-innen helfen, empirisch begründete Maßnahmen zur verbesserten gesundheitlichen Versorgung der Betroffenen zu entwickeln. Leider konnten durch den geringen Rücklauf keine repräsentativen Ergebnisse erzielt werden. Der Umfang der Inanspruchnahme kann daher nur auf Schätzungen von circa 4000 bis 5000 zu versorgenden Personen im Jahr geschätzt werden. Diese Zahlen zeigen, dass ein Bedarf an medizinischer Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Berlin durchaus vorhanden ist. Durch die zusätzlichen Interviews und die Befragung der Hilfsorganisationen konnte festgestellt werden, dass zurzeit die medizinische Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus auf dem ehrenamtlichen Engagement der behandelnden Ärzt/-innen in den Hilfsorganisationen sowie der Arbeit der Hilfsorganisationen basiert. Die Ergebnisse zeigen, dass es sich bei der medizinischen Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus um ein vielschichtiges Problem handelt, dass auf mehreren Ebenen gelöst werden muss: strukturell, politisch und gesellschaftlich. Eine Arbeit, die hauptsächlich spendenfinanziert ist, stößt oft an Grenzen, um eine flächendeckende adäquate medizinische Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus zu gewährleisten. Die Ergebnisse können einen Beitrag zu einer verbesserten Datenlage in dieser „Grauzone“ leisten und liefern einen zusätzlichen Erkenntnisgewinn über die Relevanz von Gesundheitsproblemen bei Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus sowie praxisnahe Argumente für eine Verbesserung der gegenwärtigen Situation.

„Wünschenswert wäre es, dass derjenige, der krank ist, rechtzeitig zum Arzt gehen kann. Ich bin da zuversichtlich, dass das im Laufe der Zeit noch kommt“ Zitat aus einem Experteninterviews.

Abschlussbericht der Studie unter http://bsph.charite.de

Verfasserinnen:

Dr. Monika Hey, MPH Berlin School of Public Health Universitätsmedizin – Charité
Prof. Dr. Theda Borde, Alice-Salomon-Hochschule
Sarah Kürwitz, Berlin School of Public Health Universitätsmedizin - Charité

ANZEIGE

Kein Ergebnis ist auch ein Ergebnis

Kommentar zur Auswertung der Ergebnisse der Ärztebefragung „Medizinische Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus“

Von Jürgen Hölzinger

Die Befragung zur ambulanten medizinischen Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in BERLINER ÄRZTE vom Januar 2010 verlief enttäuschend. Belastbare Zahlen für Berlin konnten nicht ermittelt werden. Von den circa 7000 ambulant tätigen KollegInnen schickten nur 32 die Fragebögen zurück. In einer Nacherfassung kamen noch 10 Fragebögen von ÄrztInnen aus Rettungsstellen und dem öffentlichen Gesundheitsdienst hinzu. Insgesamt 42 ÄrztInnen haben zusammen etwa 800 Menschen ohne Papiere behandelt. Damit konnten keine repräsentativen Ergebnisse gewonnen werden, wie im Abschlussbericht auch vermerkt wird. Somit lassen sich die gewonnenen Zahlen bei der Diskussion mit Politikern, Sozialämtern, Unterstützerorganisationen und Medien leider nicht wie erhofft verwenden.

Die Berliner Vermittlungsstelle Medibüro und die Arztpraxis der Malteser Migranten Medizin berichten von rund 340 ÄrztInnnen, die in lockeren „Netzwerken“ in wechselndem Umfang Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus behandeln. Hinzu kommt eine unbekannte Zahl von ÄrztInnen, die behandeln, ohne aber mit den beiden Organisationen zusammen zu arbeiten. Medibüro hat 2009 ca. 1000 Menschen ohne Papiere an ÄrztInnen vermittelt, Malteser Migranten Medizin ca. 3000 Patienten selbst behandelt. Diesen 4000 Patienten plus x stehen lediglich die Ergebnisse der 800 Patienten aus der Befragung gegenüber. Das genügt nicht für eine verwertbare Aussage der Berliner Situation.

Warum haben so wenige ÄrztInnen an der Fragebogenaktion teilgenommen? Haben sie BERLINER ÄRZTE nicht gelesen oder den Fragebogen überlesen? War es Arbeitsüberlastung, Vergesslichkeit oder einfach die verbreitete Unlust, Fragebögen auszufüllen? Wurde der Aufenthaltsstatus bei der Behandlung gar nicht beachtet? War es Angst oder Unsicherheit, ob man sich bei der Behandlung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus nicht doch strafbar machen würde? Wir wissen außerdem von KollegInnen, die medizinische Hilfe leisten, mit dem Problem aber sonst nichts weiter zu tun haben wollen.

Im Abschlussbericht der Public School of Public Health der Charité wird über sechs qualitative Interviews mit ausgesuchten ÄrztInnen berichtet. Diese subjektiven Berichte erscheinen allerdings nicht immer klar von den quantitativen Ergebnissen der Fragebogenaktion getrennt und bekommen ein zu großes Gewicht. Leider wurden die 3000 Patienten der Malteser Migranten Medizin nicht mit in die Untersuchung aufgenommen, sondern deren Existenz nur pauschal erwähnt.

Wir wissen nach dieser Fragebogenaktion weiterhin nicht, wie viele Menschen ohne Papiere 2009 in Berlin ambulante ärztliche Hilfe gebraucht haben. Wir wissen nicht, ob diese MigrantInnen seltener oder häufiger erkranken als die „Normalbevölkerung“. Wir wissen nichts Genaues über Art und Schweregrad ihrer Krankheiten. Wir wissen nicht einmal, wie viele ÄrztInnnen für die Behandlung zur Verfügung stehen. Es liegt in der Natur des Phänomens „Illegalität“, dass auch Polizei, Ausländerbehörde und Politiker nicht wissen, wie viele Menschen ohne Papiere überhaupt in Berlin leben.

Aber kein Ergebnis ist auch ein Ergebnis. Das bedeutet weiterhin Unsicherheit, Improvisation, fehlende Zahlen über Krankheiten und ihre Kosten und mangelnde Planbarkeit für ÄrztInnen, Politiker und Verwaltung. Dies wird auch so bleiben, so lange die Übermittlungspflicht öffentlicher Stellen (z.B. Sozialamt) an die Ausländerbehörde nach § 87 Aufenthaltsgesetz Bestand hat. Sie schränkt das Menschenrecht auf medizinische Behandlung für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus de facto unverhältnismäßig ein. Hier muss sich endlich etwas ändern.

Verfasser:

Dr. med. Jürgen Hölzinger
Mitglied des Ausschusses für Menschenrechtsfragen der Ärztekammer Berlin

(Aktuelle Informationen zu „Patientinnen und Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus in Krankenhaus und Praxis“ hat die Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Berlin und dem Medibüro Berlin zusammengestellt. Der Flyer steht im Internet unter www.bundesaerztekammer.de/downloads/Flyer_Menschen_ohne_Papiere.pdf)

ANZEIGEN

Psychoanalyse in Ostberlin – die Geschichte eines Überlebenskampfes

Zum 20-jährigen Bestehen der Arbeitsgemeinschaft für Psychoanalyse und Psychotherapie (APB)

Die Psychoanalyse musste während der DDR-Zeit in Ostberlin einen ganz eigenen Weg gehen.

Von Christoph Seidler

Die Katastrophen von Nazizeit und Krieg verbanden die beiden deutschen Staaten trotz der Spaltung, die zu den überlebenswichtigen Abwehrmanövern des Grauens gehörte. Schwer beschädigt hatte die Berliner Psychoanalyse diese Zeit überlebt – im „Deutschen Institut für psychologische Forschung und Psychotherapie(DIPFP)", dem „Reichsinstitut". Sie hat auch direkt dem NS-Regime gedient, zum Beispiel mit einem Diagnoseschema, das ein „Todesurteil in Form einer Diagnose" ermöglichte. Mit diesem Diagnoseschema haben sich alle prominenten Berliner Psychoanalytiker am „biologischen Schutz der Rasse" beteiligt. Ob wir es wollen oder nicht: Von dort kommen wir Ost- und West-Berliner Analytiker. Während sich in Westberlin aber die Verhältnisse stabilisierten und – wenn auch langsam – eine Aufarbeitung der Geschichte möglich wurde, waren die Bedingungen für die Psychoanalyse in Ostberlin ungleich schwerer.

Stalin hatte die Psychoanalyse 1936 in der Sowjetunion verboten. In der DDR gab es nie ein solches Verbot, aber eine massive Unterdrückung der Psychoanalyse und eine spannende Geschichte von ihrem Überlebenskampf, von Verrat, von Schuld und Angst, von Mut und der Fragilität des Lebens.

Am 1. Oktober 1949 konnte durch die Versicherungsanstalt Berlin zunächst eine psychologische Beratungsstelle im Haus der Gesundheit am Alexanderplatz eingerichtet werden, das spätere „Institut für Psychotherapie und Neurosenforschung".

Ab 1951 bis zum Tode Stalins 1953 rollte die „Pawlowwelle" über den Ostblock. Mit Pawlows Hirnphysiologie sollte ein materialistisches Gegenkonzept zuallererst gegen die Psychoanalyse entwickelt werden, die „grundsätzlich nichts mit Wissenschaft zu tun hat, sondern im Gegenteil nur ein Beispiel dafür ist, wie die barbarische Ideologie des Imperialismus eine noch unentwickelte Wissenschaft – die Psychologie - mit einem Schlage zu zerstören sucht. Die Psychoanalyse ist eine antihumanistische, barbarische Ideologie, denn sie macht die tierischen Triebe zur Grundlage der menschlichen Psychologie...".

Kaum zu glauben, aber diese Worttiraden stammen von Robert Havemann aus dem Jahre 1951. Erst Jahre später wurde er zum „Antistalinisten", wie er sich dann selber nannte.

Dass unter dem Einfluss solcher Kampagnen Psychoanalytiker das Weite suchten, ist unmittelbar einzusehen, zumal die wirtschaftlichen Unterschiede schon überdeutlich waren. Aber: Nicht alle gingen, irgendwo gab es immer noch Psychoanalytiker (in Berlin, Leipzig, Erfurt, Dresden, Uchtspringe), die sich nicht an der Cliquenwirtschaft unter „kommunistischem" Etikett beteiligten.

Im Haus der Gesundheit jedenfalls wird bis 1956 fast ausschließlich (einzel-)psychoanalytisch behandelt; die Therapeuten waren Analytiker oder Analytiker in Ausbildung, zumeist im West-Berliner Schultz-Hencke-Institut. Ab 1956 wird auch Gruppenpsychotherapie betrieben. 1964 kann Kurt Höck in Berlin-Hirschgarten die Psychotherapie-Klinik eröffnen. Der erste Klinikleiter J. Burghardt – auch er Absolvent des Schultz-Hencke-Instituts in Westberlin – übernimmt später die Psychotherapie-Klinik am „Weißen Hirsch" in Dresden. Die in der DDR verbliebenen Psychoanalytiker konnten damals keine Ausbildungsinstitute gründen, vielmehr bauten sie Psychotherapieabteilungen in Kliniken auf, vorzugsweise in der Psychiatrie.

1985 wird Gorbatschow Generalsekretär der KPdSU. Es herrscht Aufbruchstimmung im sozialistischen Lager, auch in der DDR.

Kurt Höck wird 65, es ist der Höhepunkt seiner Ära. Kollegen aus dem In- und Ausland, auch staatliche Stellen, gratulieren. Das Institut für Psychotherapie und Neurosenforschung (IfPN) erlebt in dieser Zeit seinen Höhepunkt. Es besteht aus drei Abteilungen:

1. *Ambulanz und Weiterbildung* mit 16 akademischen Mitarbeitern, von denen die Hälfte Ausbildungsassistenten zum Facharzt für Psychotherapie oder zum Fachpsychologen sind.
   2000 Neuzugänge pro Jahr werden behandelt, zumeist mit pragmatischen Verfahren (Autogenem Training, Verhaltenstherapie, Gesprächstherapie). Zehn Prozent der Patienten, und zwar die am schwersten gestörten, werden mit der „Intendierten Dynamischen Gruppenpsychotherapie" im ambulant-stationären Fließsystem im Verbund mit der Klinik behandelt.
2. *Neurosenklinik Berlin-Hirschgarten* mit 28 Betten, organisiert nach dem Prinzip der „therapeutischen Gemeinschaft".
3. *Forschungsabteilung* mit dem zentralen Thema Gruppenprozessforschung.

1987 wird der Autor neuer Chefarzt des IfPN, was nun ohne Parteizugehörigkeit möglich ist. Jetzt wird die Einzeltherapie neu konzipiert, zunächst über die psychoanalytische „Fokaltherapie" nach Malan (Christa Ecke) - dabei dreht sich die Behandlung um einen „Fokus", einen zentralen intrapsychischen Konflikt, der sich auch als äußere Konflikthaftigkeit widerspiegelt. Später spielt die „psychodyna-

mische Einzeltherapie“ eine große Rolle. Helmut Kulawik bereitet den Stamm der Lehrtherapeuten auf die Essentials dieser Therapie vor und nimmt so einen relativ großen Einfluss bis zu seinem Tode 1993. Er war neben Harro Wendt, Infried Tögel und Achim Maaz einer der vier Ausbilder in psychodynamischer Einzeltherapie.

Vom 11. -13.07.89 findet anlässlich des 50. Todestages von Freud in Leipzig ein Symposium statt: „Geschichte und Gegenwartsprobleme der Psychotherapie – zur Stellung Sigmund Freuds und der Psychoanalyse“ – unter der Federführung des Philosophen und Medizinhistorikers Achim Thom, der übrigens schon 1981 eine erste Freud-Tagung in Bernburg initiiert hatte.

Im Oktober 1989 ist die ungarische psychoanalytische Vereinigung Gastgeber eines Treffens der Europäischen Psychoanalytischen Föderation (EPF) in Budapest. Unter der Leitung von Han Groen-Prakken treffen sich vorwiegend deutsche und Schweizer Psychoanalytiker mit potentiellen Kandidaten aus den Ostblockländern, insbesondere aus Litauen, Polen, CSSR, Jugoslawien. Auch für die DDR sind fünf Plätze reserviert, aber nur Wolfgang Kruska und der Autor aus Berlin und Peter Schmidt aus Leipzig nehmen teil. Der Herbst 1989 ist heiß.

Am 24.03.1990 findet das „1. Gesamtberliner Arbeitstreffen“ im Haus der Gesundheit statt, organisiert von Höhfeld (West) und Seidler (Ost). Die Neugier aufeinander war riesengroß, die Bereitschaft zu teilen ganz ernst gemeint.

Unsere Institutsbibliothek füllt sich. Im April 1990 rufen die Lehrtherapeuten aus dem IfPN – das waren die Ausbilder in Gruppen- und Einzeltherapie – die anderen Ostberliner Lehrtherapeuten auf, ein Weiterbildungsinstitut für Psychotherapie und Psychoanalyse zu gründen. Der Gründungstermin wird auf den 11.09.90 festgelegt.

1991 werden Klinik und Forschungsabteilung geschlossen, bis auf wenige freundschaftliche Beziehungen frieren die interinstitutionellen Kontakte ein. Die Schließung der Klinik Hirschgarten des IfPN war kein Einzelfall: Vier von sechs psychoanalytisch orientierten Psychotherapiekliniken im Osten Berlins wurden geschlossen. Damit endete auch jede stationär-ambulante Verzahnung, die sich besonders in der Psychotherapie als so segensreich erwiesen hatte.

Nachdem vielfältige Kooperationsversuche mit den psychoanalytischen Fachverbänden fehlgeschlagen waren, begann diese Art Frustration ihre bekannte therapeutische Wirkung zu entfalten: Wir wurden uns unserer eigenen Möglichkeiten bewusst.

Wir hatten einiges zu bieten und schon reichlich Selbsterfahrungen gemacht: in Gruppen, in der Dyade oder auf der „Matte“. Tatsächlich – vieles war ähnlich einer Lehranalyse, aber eben nur ähnlich.

Als wir endlich im Mai 1993 soweit sind, uns einzugestehen, dass wir zwar für die Psychoanalyse gekämpft haben in schweren Zeiten, was aber nur ein Qualitätsmerkmal sein kann, beginnen wir also die Lehranalysen, die meist mehrere hundert Stunden betragen. So begann das segensreiche Hineinwachsen in die psychoanalytische Kultur.

Sehr zeitig habe wir die Ehrenfrage gestellt: Warst Du bei der Stasi? Drei Kollegen wurden enttarnt – zumal aktive und ausgesprochen psychoanalytisch orientierte – und aus dem Institut verwiesen. Keinem von ihnen wurde die Befähigung als Psychoanalytiker zuerkannt.

Auf diese Weise konnten wir zeitig Klarheit schaffen und glaubten doch tatsächlich an einen unbelasteten Neubeginn.

Inzwischen sind mehr als die Hälfte unserer Ausbildungskandidaten aus dem ehemaligen Westen, ein gutes Drittel des Lehrkörpers und fast die Hälfte des Vorstandes.

Offensichtlich brauchten wir unsere Arbeitstagungen zur Verständigung über unsere Identität.

An das Thema Traumatisierungen in (Ost-) Deutschland aber wagten wir uns erst im Jahre 2005. Zu unserem Vermächtnis aus der DDR-Zeit gehört unbedingt die Berücksichtigung psychohistorischer, aber auch psychosozialer und aktueller politischer Fragen. Gesellschaftliche Missstände spiegeln sich in den Erfahrungen unserer Patienten wider.

Durch deren Reflektionen – die ja auch den psychotherapeutischen Zugang ermöglichen – erfahren wir Genaueres über soziale Missstände und auch über intergenerationelle Tradierungen von Traumen.

Es gibt aber ein unmittelbares Leiden an der Zeit, was auch uns Analytiker betrifft.

Also müssen wir selbst unsere Stimme erheben und dürfen nicht nur unsere Patienten sprechen lassen.

Und schließlich bemühen wir uns, in der analytischen Beziehung soziale, gesellschaftliche und politische Konfigurationen aufzusuchen. Das bereichert um den Einblick in unglaubliche Übertragungen der Analytiker auf die Analysanden bei politisch-ideologischen Differenzen.

Und um es nicht zu vergessen: Seit seinem Bestehen wurden im Institut über 100 Kollegen in psychoanalytischer und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie ausgebildet und in diesem Zusammenhang über 2000 Menschen behandelt.

Verfasser:

Dr. sc. med. Christoph Seidler
für die Arbeitsgemeinschaft für
Psychoanalyse und Psychotherapie (APB)
Invalidenstrasse 115
10115 Berlin

ANZEIGE

Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung!

Bestandene Facharztprüfungen November bis Dezember 2010*

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs-datum
Andreas Kaatz	FA Innere Medizin	17.11.10
Dr. med. Jens Badewien	FA Anästhesiologie	15.11.10
Scharif Bahri	FA Psychiatrie und Psychotherapie	14.12.10
Dr. med. Christiane Baldini	FA Innere Medizin	03.11.10
Dr. med. Anne Bärisch	FA Innere Medizin	17.11.10
Christian Baumer	FA Anästhesiologie	24.11.10
Dr. med. Frank Andreas Bode	FA Neurochirurgie	18.11.10
Dr. med. Ragnhild Bonnet	FA Kinder- und Jugendmedizin	08.12.10
Verena Brink-Spalink	FA Frauenheilkunde und Geburts-hilfe	08.12.10
Janusz Brzuzy	FA Allgemeinmedizin	30.11.10
Nana Franziska Buchmann	FA Frauenheilkunde und Geburts-hilfe	08.12.10
Dorothee Buten	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	02.12.10
Dr. med. Jan Sebastian Cassau	FA Nervenheilkunde	16.11.10
Dr. med. Andrea Denk	FA Anästhesiologie	13.12.10
Dr. med. Pascale Sophie Dorenlot	FA Kinder- und Jugendmedizin	10.11.10
Prof. Dr. med. Thomas Dörner	FA Transfusionsmedizin	04.11.10
Abdulmunaim El Karimi	FA Transfusionsmedizin	07.12.10
Orhidea-Dea Gersak	FA Physikalische und Rehabilitative Medizin	02.11.10
Corinna Glaser	FA Innere Medizin	08.12.10
Dr. med. Thomas Götz	FA Psychiatrie und Psychotherapie	30.11.10
Dr. med. Julia Gremmels	FA Anästhesiologie	13.12.10
Claudia Günther	FA Innere Medizin	24.11.10
Michael Hardt	FA Anästhesiologie	08.11.10
Dr. med. Julia Herchenbach	FA Frauenheilkunde und Geburts-hilfe	01.12.10
Gerrit Hofrichter	FA Diagnostische Radiologie	08.12.10
Olaf Hopfer	FA Innere Medizin	24.11.10
Dr. med. Markus Jaster	FA Innere Medizin	08.12.10
Sebastian Jaumann	FA Anästhesiologie	08.11.10
Dipl.-Med. Petra John	FA Arbeitsmedizin	24.11.10
Dr. med. Kati Jordan	FA Anästhesiologie	08.11.10
Myriam Kaiser	FA Anästhesiologie	30.11.10
Sonja Marion Kandel	FA Radiologie	08.12.10
Maxim Kartachov	FA Anästhesiologie	20.12.10
Dr. med. Julia Kolloch	FA Innere Medizin	24.11.10
Matthias Könneker	FA Pathologie	08.12.10
Tanja Kotlarski	FA Psychiatrie und Psychotherapie	30.11.10
Judith Krafft	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	23.11.10
Dr. med. Sylvia Kramer	FA Anästhesiologie	16.12.10

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs-datum
Jan Kreutzkamp	FA Innere Medizin	24.11.10
Jana Kroße	FA Frauenheilkunde und Geburts-hilfe	08.12.10
Dr. med. Julia Janin Krüger	FA Kinder- und Jugendmedizin	10.11.10
Markus Lautenbach	FA Anästhesiologie	30.11.10
Alexander Lefler	FA Anästhesiologie	15.11.10
Dr. med. Corinna Leng	FA Innere Medizin	24.11.10
Dr. med. univ. Alexandra Löw	FA Innere Medizin	24.11.10
Dr. med. Sven Lück	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	08.12.10
Dr. med. Julia Möller	FA Anästhesiologie	30.11.10
Dr. med. Nikola Magheli	FA Anästhesiologie	15.11.10
Dr. med. Aenne Matthes-Westermann	FA Innere Medizin	03.11.10
Elke Menzel	FA Neurologie	23.11.10
Dr. med. Susanne Müller	FA Anästhesiologie	15.11.10
Manuela Neumann	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	08.12.10
Dr. med. Ingo Ochlast	FA Arbeitsmedizin	15.12.10
Ninette Pustkowski	FA Frauenheilkunde und Geburts-hilfe	01.12.10
Dr. med. Finn Radtke	FA Anästhesiologie	13.12.10
Constance Raimer	FA Anästhesiologie	25.11.10
Dr. med. Uta Reichelt	FA Pathologie	08.12.10
Martin Reichler	FA Arbeitsmedizin	15.12.10
Susanne Röber	FA Anästhesiologie	20.12.10
Dr. med. Henrike Rodenhäuser	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	23.11.10
Dr. med. Anja Rogalinski-Karcher	FA Frauenheilkunde und Geburts-hilfe	01.12.10
Henryk Rutkowski	FA Innere Medizin	15.12.10
Max Alfred Schaudig	FA Innere Medizin	08.12.10
Dr. med. Hans Scherer	FA Innere Medizin	24.11.10
Dr. med. Nadine Schmickaly	FA Allgemeinmedizin	30.11.10
Dr. med. Stefan Schönfeld	FA Anästhesiologie	16.12.10
Dr. med. Julia Schönfelder	FA Innere Medizin	24.11.10
Christian Schröder	FA Innere Medizin	17.11.10
Dr. med. Gunnar Schröder	FA Pathologie	08.12.10
Dr. med. Philipp Sedlarz	FA Anästhesiologie	30.11.10
Matthias Seipelt	FA Phoniatrie und Pädaudiologie	26.11.10
Dr. med. Sharon Siedner	FA Innere Medizin und Schwerpunkt Angiologie	01.12.10
Dr. med. Lutz Siegl	FA Anästhesiologie	13.12.10
Branislava Singbartl	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	26.11.10
Thomas Stamm	FA Psychiatrie und Psychotherapie	09.12.10

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs-datum
Katrin Stawski	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	26.11.10
Dr. med. Nadine Steinbach-Reimann	FA Anästhesiologie	20.12.10
Markus Stelzig	FA Nervenheilkunde	14.12.10
Dr. med. Philipp Sterzer	FA Psychiatrie und Psychotherapie	16.11.10
Dr. med. Nediljka Sticherling	FA Allgemeinmedizin	07.12.10
Dr. med. Christian Storm	FA Innere Medizin	24.11.10
Christiane Stöter	FA Allgemeinmedizin	30.11.10
Manuela Stubbe	FA Allgemeinmedizin	30.11.10
Dr. med. Usan Thanabalasingam	FA Innere Medizin	17.11.10
Dr. med. Hans-Peter Thomas	FA Innere Medizin und Geriatrie	10.11.10
Ina Trautwein	FA Allgemeinmedizin	07.12.10
Georgios Tzamalis	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	08.12.10
Dr. med. Alexandra van der Brock	FA Allgemeinmedizin	04.11.10
Dr. med. Staffan Vandersee	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	24.11.10
Dr. med. Isabel Vogelsang	FA Arbeitsmedizin	24.11.10
Falk Vollnhals	FA Anästhesiologie	20.12.10
Dr. med. Sven Weber	FA Kinder- und Jugendmedizin	10.11.10
Dr. med. Beatrice Wegendt	FA Radiologie	08.12.10
Dr. med. Dirk Westermann	FA Innere Medizin	03.11.10
Dr. med. George Widjaja	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	02.12.10
Dr. med. Bettina Wildt	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	01.12.10
Gerd-Dieter Willmund	FA Psychiatrie und Psychotherapie	30.11.10
Cornelia Witt	FA Innere Medizin	15.12.10
Ella Wolf	FA Anästhesiologie	24.11.10

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

feuilleton

Virchow im Kaukasus

„Der Mensch mit seinem ganzen Thun und Treiben, seinem Denken und Meinen, seinem inneren Wesen soll wieder entdeckt, soll aufgefunden werden in einer Zeit, von der Niemand etwas weiß…“

(Rudolf Virchow im Vorwort zu J. Lubbock, Die vorgeschichtliche Zeit, Jena 1874)

Fast 4000 km mit der Eisenbahn von Berlin nach Tiflis. Nach vier Tagen: Unterbrechung in Rostow am Don, wo dem bekanntesten Mediziner der Welt zu Ehren ein Ärzteessen zelebriert wurde. Noch eine Unterbrechung: Ritt durch den rauen Kaukasus über Stock und Stein nach Koban in Nordossetien, wo Virchow rasch im kurz zuvor entdeckten Gräberfeld auf eigene Faust eine Grabung organisierte. Anlass der strapaziösen Reise von 1881 war ein Kongress zur Vorgeschichte der Kaukasusregion. Als der Forscher einen Monat später in Berlin zu seinem Sechzigsten gefeiert wurde, hieß es in der Gratulation der Charité:

„Es gereicht unserer Anstalt zur hohen Auszeichnung, einen Mann zu ihren Mitarbeitern zu zählen, der in allen Weltteilen, wo Kultur und Sinn für die Wisssenschaften heimisch sind, gekannt und geschätzt wird…“ Die „Anstalt“ nahm also nicht etwa Anstoß an Virchows häufigen und weiten Seitensprüngen mit anderen Disziplinen wie Archäologie und Anthropologie sowie mit der Politik, ganz im Gegenteil. Dabei war’s schon eher Polygamie.

Allein seine archäologischen Aktivitäten im In- und Ausland von 1865 bis zu seinem Tode 1902 hätten für ein Lebenswerk gereicht. Mehr als 1800 Schriften zur Vor- und Frühgeschichte fand der Herausgeber von Virchows unglaublich umfangreichem Gesamtwerk, Christian Andree. In dessen dreibändiger Publikation „Rudolf Virchow als Prähistoriker“ (Köln 1976) beschränkt sich Andree „be-

wusst“, aber ohne Begründung auf Virchows Forschungen in Deutschland. Nicht nur Troja lässt er fast völlig weg, wo Virchow sich 1979 einige Wochen an den Grabungen seines Freundes Heinrich Schliemann beteiligte, sondern auch den Kaukasus, eine nicht nur historisch hochinteressante Weltgegend, in der heute 30 Millionen Menschen aus 46 Völkern mit noch ein paar mehr Sprachen leben.

Eine Ausstellung im Pergamonmuseum thematisiert derzeit die Kaukasus-Archäologie. (Noch bis 13. März, täglich 10-18 Uhr, Donnerstag bis 22 Uhr.) Der Titel „Das silberne Pferd“ bezieht sich

auf die subtile Pferdekopf-Darstellung einer wahrscheinlich sarmatischen Zaumzeugschnalle, das wohl schönste der gezeigten Objekte aus dem 10. vor bis zum 7. Jahrhundert nach Christus. Darunter sind auch Funde Virchows wie Ketten, Anhänger, Fibeln, Schnallen und Knäufe aus dem Gräberfeld der späten Bronze- und frühen Eisenzeit in Koban (wie auf der hier abgebildeten Objekttafel).

Im Unterschied zu den meisten Amateur-Ausgräbern seiner Zeit ging Virchow genauso streng wissenschaftlich vor wie in der Medizin. Er publizierte zwei Jahre nach seiner Kaukasusreise die illustrierte Monographie „Das Gräberfeld von Koban im Lande der Osseten, Kaukasus. Eine vergleichend-archäologische Studie“ (jetzt zugänglich als Band 54 der Sämtlichen Werke) – und er sorgte für Nachhaltigkeit der prähistorischen Forschung in dieser Region durch Förderung der Aktivitäten anderer Ausgräber und Sammler.

Auf den Forschern (Virchow eingeschlossen) und ihrer schon frühen internationalen Zusammenarbeit, nicht auf den relativ wenigen gezeigten Funden liegt der Hauptakzent der Ausstellung im Pergamonmuseum. Mit der dominierenden schematischen Kaukasuskulisse und dem fiktiven Forscher als Erzähler wirkt sie etwas schülerhaft und ist tatsächlich eine Arbeit von Studenten der Ausstellungsarchitektur. Anlass dieser Wanderausstellung des Berliner Museums für Vor- und Frühgeschichte in Kooperation mit dem Archäologischen Institut der Universität Lublin ist die Wiederaufnahme der lange unterbrochenen deutsch-polnischen Forschungen. (Schon in Nr. 10/2010 hatte BERLINER ÄRTE auf eine kleine Ausstellung über Virchow als Anthropologe und Prähistoriker hingewiesen, die im Langenbeck-Virchow-Haus mehr versteckt als präsentiert wurde.)

Virchow beschrieb alle Funde sehr genau, stellte Vergleichsreihen auf, untersuchte Umweltbedingungen, zog geistes- und naturwissenschaftliche Nachbardisziplinen heran. Andree nennt ihn „Begründer der neueren wissenschaftlichen Vor- und Frühgeschichte in Deutschland“. Die Archäologen relativieren dies Urteil nur geringfügig, sprechen von „Mitbegründer“. Wie Marion Bertram, Kustodin am Berliner Museum für Vor- und Frühgeschichte, die gegenüber diesem Blatt die überragende Bedeutung Virchows für die Entwicklung ihres Fachs hervorhob. Als einer der Ersten habe er sich für die Dokumentation der Fundumstände und die Vergleiche mit anderen Funden ausgesprochen, um die Objekte zeitlich und kulturell zu ordnen und die damaligen Lebensverhältnisse rekonstruieren zu können.

Auch als Wissenschaftsorganisator der neuen Disziplin war Virchow sehr aktiv. Auf seine Initiative wurde die noch heute bestehende „Berliner Gesellschaft für Anthropologie, Ethnologie und Urgeschichte“ und die gleichnamige Deutsche Gesellschaft gegründet, die er beide lange leitete. Er gab mehrere einschlägige Zeitschriften heraus, und auch der Bau (1886) und die Förderung eines eigenständigen Völkerkundemuseums (heute Museum für Vor- und Frühgeschichte) mit großer prähistorischer Abteilung, ist wesentlich seinem Drängen zu verdanken. Ihm vermachte er seine eigene Sammlung von mehreren tausend Funden aus vielen Kulturen Deutschlands und der Welt, von der Steinzeit bis zum Mittelalter.

Rosemarie Stein

IMPRESSUM

BERLINER ÄRZTE

2/2011 48. JAHRGANG

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

Herausgeber:

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

Redaktion:

Dipl.-Jour. Sascha Rudat (v.i.S.d.P.)
Eveline Piotter (Redaktionsassistentin)
Redaktionsbeirat:
Dr. med. Günther Jonitz
Dr. med. Elmar Wille
Prof. Dr. med. Vittoria Braun
Dr. med. Daniel Sagebiel MPH
Anschrift der Redaktion:
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-4100/-4101, FAX -4199
Titel: Sehstern unter Verwendung von ohneski/photocase.com
Fotos: S. 7 ©Scusi - Fotolia.com, S. 10 ©Nerlich Images - Fotolia.com, S. 12 ©Stanke - Fotolia.com, S. 20 ©istock

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: Brühlsche Universitätsdruckerei GmbH & Co KG, Am Urnenfeld 12, 35396 Gießen

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 € 78,00 (einschließlich Versand), Patenschaftsabonnement Berlin-Brandenburg € 52,50 (einschließlich Versand). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 5,35 zzgl. € 2,50 Versandkosten.
Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste 2011 vom 01.01.2011.

ISSN: 0939-5784