

Noch eine Reform...



Foto: K. Friedrich

Prof. Dr. med. Harald Mau

ist Kinderchirurg und Mitglied im Vorstand der Ärztekammer Berlin

Eine wichtige Erfahrung aus meiner mehr als dreißigjährigen Tätigkeit im sozialistischen Gesundheitswesen lautete „Planung im Gesundheitswesen heißt, den Zufall durch den Irrtum zu ersetzen“. Möglicherweise war das DDR-Gesundheitswesen gegenüber den Eskapaden der Planwirtschaft etwas resistenter als andere Teile des Systems – es war ja immer so ein Stück Vorzeige-Sozialismus – aber immun dagegen war es nie. Irgendetwas fehlte immer und häufig das Notwendigste. Nun also fehlen auch uns Ärzte. Nicht grundsätzlich, nur an bestimmten Orten. In unserem sozialen, marktwirtschaftlich bedarfs- und kapazitätsmäßig voll durchgeplanten Gesundheitswesen ist ein Mangel an solchen Ärzten aufgetreten, die bereit sind, in ländlichen Regionen mit weniger guter Infrastruktur und schlechteren Einkommensmöglichkeiten ihren humanitären Pflichten nachzukommen.

Während ehrwürdige Versorgungsforscher noch darüber grübeln, wie es dazu kommen konnte, hat der Gesundheitsminister den drohenden Notstand erkannt und einen rettenden Gesetzentwurf unter das Volk gebracht. Dieses „Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung“, verfolgt hohe Ziele. Ich versage mir den Versuch, den über 300-seitigen Referentenentwurf des „VStG“ – das ist das Papier, das jeder Abgeordnete lesen müsste, um dann sachkundig darüber zu diskutieren

und letztlich abzustimmen – in ein paar Sätzen zusammenzufassen. Ich nenne nur die politischen Ziele, weil diese uns Ärzte in der Gesamtheit betreffen. Da der Gesetzentwurf sich ausdrücklich nur mit dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung befasst, ist die Vermutung erlaubt, dass sich bei den privat Versicherten alles in gewünschten Bahnen bewegt. Das schlichte Anliegen des Gesetzes: Das deutsche Gesundheitswesen bleibt das Beste der Welt, Imbalancen bei der regionalen Verteilung der Ärzte, ihrer Vergütung und Mängel bei ihrer Ausbildung werden beseitigt. Wenn das erreicht wird, haben wir die schönste aller Welten, zumindest im Gesundheitswesen. Aber:

Wie wollen wir verhindern, dass Ärzte sich dort niederlassen, wo die Familie gut lebt, die Arbeit Spaß macht und gut bezahlt wird? Wie wollen wir verhüten, dass sich Medizinstudenten vornehmlich von den sensationellen und heroischen Momenten des ärztlichen Handelns angezogen fühlen? Die Gesellschaft reagiert auf die brillante Einzelleistung ganz anders als auf Kontinuität und Zuverlässigkeit. Wenn der Hausarzt abends um 11 Uhr im Pflegeheim erscheint, gibt es keinen Beifall. Wir müssen uns fragen, mit welchem Ergebnis heute an den Universitäten Studierende zu Ärzten ausgebildet werden. Nach sechs Jahren verlässt ein Universalgenie die Lehranstalt: Ein exzellenter Diagnostiker, kostenbewusster Therapeut, ein versierter IT-Fachmann, Ökonom, Medizinrechtler,

Psychotherapeut und säkularer Familienbetreuer. Wegen dieser komplexen Fähigkeiten stellt er schon an sich einen Wert in der Gesellschaft dar und fragt sich, wo er dieses Wissen mit dem größten Nutzen für sich einsetzen kann. Wenn Forschung, Industrie, Medienwirtschaft und Versicherungen nichts Passendes bieten, bleibt immer noch die Arbeit am Patienten. Einfach so – als Arzt.

Ich glaube nicht, dass wir irgendeinem Absolventen mit solchen Ansichten den Vorwurf machen dürfen, sein Motiv Arzt werden zu wollen, vergessen zu haben. Viel mehr befürchte ich, dass wir in den letzten beiden Dezenien über dem Auf und Ab im System der Krankenversorgung, der Reformen an den Universitäten und der Werteverstärkung im gesellschaftlichen Kontext etwas versäumt haben: Zu lehren und zu leben, dass Arzt ein dienender Beruf ist. Und dass sich dieses Dienen allein auf die Stellung zum Patienten bezieht. Nicht auf den Arbeitgeber, nicht auf politische oder ökonomische Gruppierungen, nicht auf Standesorganisationen und schon gar nicht auf Krankenkassen. Und in diesem besonderen Verhältnis zu dem ihm anvertrauten Menschen wurzelt das Privileg des Berufes: Sich in der Wahrnehmung der Patienteninteressen mit Tod und Teufel anlegen zu dürfen. Das ist kein Recht, sondern eine Pflicht. Und deshalb werden wir uns mit dem „VStG“ beschäftigen müssen, in dem Ärzte zum Objekt planwirtschaftlicher Spielchen gemacht werden, statt ihnen die Möglichkeit zu verantwortungsvoller ärztlicher Tätigkeit zurückzugeben.

Harald Mau

Berliner Ärzte-Orchester feiert 100-jähriges Jubiläum

Es war der Berliner Augenarzt Prof. Bernhard Pollack, der die Idee zu einem Laienorchester hatte und 1911 das Berliner Ärzte-Orchester ins Leben rief. Damals noch hauptsächlich ärztlichen Kollegen vorbehalten, öffnet sich das Ensemble heute allen Berufsgruppen und weist zurzeit gar nur noch acht Ärzte unter ihren Mitgliedern auf. Eine besondere Verbundenheit zu musizierenden Ärztinnen und Ärzten besteht dennoch und zeigt sich nicht nur durch den prominenten Schirmherrn Prof. Roland Hetzer, Leiter des Deutschen Herzzentrums. Passend zum Jubiläum ist eine Monographie über den Gründer des Orchesters, Dr. Bernhard Pollack (1865-1928) auf Englisch erschienen. Verfasserin ist Prof. L. C. Triarhou aus Thessaloniki. Und natürlich wird so ein Jubiläum auch mit einem **Jubiläumskonzert** begangen. Ausgetragen wird es am 20. November 2011 um 15:30 Uhr in der Philharmonie. Es sind noch Karten da. Nähere Informationen unter www.aerztorchester-berlin.de oder info@aerztorchester-berlin.de, Kartenbestellungen bei der Konzertsalkasse unter Tel. 030-36447266. Kosten: EUR 10,-/15,- oder erm. 6,-; (s. auch Artikel in BERLINER ÄRZTE 12/2010 „Ärztliche Tonkunst“).



ANZEIGE



TITELTHEMA

Burnout – Immer am Limit

Ärztinnen und Ärzte sind besonders Burnout-gefährdet. BERLINER ÄRZTE sagte, warum und was man vorbeugend tun kann.

Von Ulrike Hempel.....14

Sachs, Schmiedebach, Schwoch: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 1933-1945

FEUILLETON

Berühmte Ärztegräber...

...auf dem Alten St. Matthäus-Kirchhof

Von Rosemarie Stein.....31



EDITORIAL

Noch eine Reform...

Von Harald Mau.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*....6

AGI-Sentinelpraxis werden

Informationen des Robert Koch-Instituts.....11

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK

Gesundheitsberufe – einsam? gemeinsam?

Bericht vom „Grünen Tag der Gesundheitsberufe“.....21

Ärzteversorgung: Erste Vertreterversammlung gewählt

Bericht von der Delegiertenversammlung am 28. September 2011
Von Sascha Rudat.....24

Haftungsfragen

Teil 2: Allgemeine Qualitätsanforderungen an die ärztliche Sorgfalt
Von Johann Neu.....26

FORTBILDUNG

Sicherer verordnen..... 10

Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin.....22

PERSONALIEN

Wolfgang Becker-Brüser mit Verdienstkreuz geehrt.....28

Verdienstorden für Axel Ekkernkamp.....28

BUCHBESPRECHUNGEN

Arzneimittelkursbuch 2010/11.....29

Geriatric

Basis-Kurs Geriatrie – 2011

Die Geriatrie bildet unbestritten von allen Experten heute die Basis der Gesundheitsversorgung älterer multimorbider Patienten. Leider ist die geriatrische Ausbildung im Medizinstudium und auch in den meisten Bundesländern die Facharztzubereitung noch nicht auf einem Niveau, das dieser Entwicklung Rechnung trägt. Die Grund- und Langzeitversorgung geriatrischer Patienten erfolgt zweifellos im Bereich der ambulanten Medizin, und dort im besonderen Maße im Hausarztbereich. Aus diesem Grund gab es in verschiedenen Bundesländern immer wieder Schulungskurse für

niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, um die Grundlagen der modernen Geriatrie curricular zu vermitteln.

Es ist gelungen, dieses Curriculum deutschlandweit zu vereinheitlichen. Beteiligt an diesem Prozess waren u.a. die wissenschaftlichen Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Geriatrie, Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie) sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Für Berlin stellt dieser Kurs in Verbindung mit Hospitationen in geriatrischen Kliniken (6 Monate) nach den neuesten Richtlinien zur



Foto: Evangelisches Geriatriezentrum Berlin gGmbH

Weiterbildung einen Zugang zur Zusatzweiterbildung Geriatrie dar. Damit haben auch Hausärzte eine realistische Möglichkeit, eine geriatrische Weiterbildung zu absolvieren.

Diesen Kurs, der nach diesem neuen standardisierten Curriculum stattfindet, bietet die Geriatrie Akademie Brandenburg e.V. an, die auch die Ausbildung der niedergelassenen Ärzte in Brandenburg und Berlin abdeckt. Insgesamt sind für das gesamte Curriculum 6 Kursblöcke geplant, die einmal im Monat jeweils freitags und samstags stattfinden.

Die geplanten Kursblöcke (abwechselnd im Evangelischen Krankenhaus Woltersdorf (Brandenburg) und im Sana-Klinikum Lichtenberg (Berlin):
Block 1 18.11. – 19.11.2011

Block 2 09.12. – 10.12.2011
Block 3 17.02. – 18.02.2012
Block 4 23.03. – 24.03.2012
Block 5 20.04. – 21.04.2012
Block 6 11.05. – 12.05.2012

Kursgebühr: 250 € pro Block
Ermäßigung für Mitglieder der Geriatrie Akademie Brandenburg e.V.

Dr. med. Rainer Neubart
Chefarzt der Klinik für Innere Medizin III: Geriatrie im Sana Klinikum Berlin-Lichtenberg
Vorstand der Geriatrie Akademie Brandenburg

Telefon: 03362 / 77 92 25
Fax: 03362 / 77 92 29
E-Mail: info@geriatrie-brandenburg.de

Telefon: 030 / 55 18 20 82
Fax: 030 / 55 18 20 85
E-Mail: k.frase@sana-kl.de

ANZEIGEN

Erstmals Gustav Bucky-Preis ausgeschrieben

Die Berliner Röntgen-Gesellschaft/Röntgenvereinigung zu Berlin und Brandenburg e.V. schreibt für 2012 erstmals den Gustav Bucky Preis aus. Der Preis wird mit dem Ziel inauguriert, den radiologischen wissenschaftlichen Nachwuchs zu fördern.

Bewerben können sich Ärzte und Naturwissenschaftler mit einer wissenschaftlichen Originalarbeit in der Radiologie. Die Arbeit muss in 2011 oder 2012 publiziert oder zur Publikation angenommen sein. Nachweise für zur Publikation angenommene Arbeiten sind zu erbringen. Promovenden, die

zwischen dem 1.1.2011 und dem 31.3.2012 ihre Promotion abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Dissertation bewerben.

Bewerbungsfrist ist der 31. März 2012. Namensgeber des Preises ist Gustav Bucky, der am 3. September 1880 in Leipzig geboren wurde. Er publizierte über 100 wissenschaftliche Arbeiten und besaß 94 deutsche und amerikanische Patente auf dem Gebiet der Röntgentechnik.

1933 emigrierte Bucky von Berlin nach New York. Dort leitete er die physiotherapeutische Abteilung des Sea View Hospitals,

unterhielt ein eigenes Röntgenlaboratorium und wurde Hochschullehrer am New York College of Medicine sowie am Albert Einstein College of Medicine. Gustav Bucky starb 1963 in New York.

Die Röntgenvereinigung zu Berlin und Brandenburg ehrt mit diesem Preis Gustav Bucky sowie seine radiologischen Kollegen, die zwischen 1933 und 1945 aus ihrer Tätigkeit verbannt oder zur Emigration gezwungen wurden.

Alle weitere Informationen zu dem Preis und der Bewerbung finden Sie unter: www.berliner-roentgengesellschaft.net



Foto: „Bucky-Blende“, medizinhm-halle.de

Interdisziplinäres Fallseminar – einschließlich Supervision Palliative Care –

Da palliativmedizinisches Handeln auf einer multiprofessionellen Zusammenarbeit basiert, ist dieses Fallseminar von der Wannsee-Akademie und dem PalliativZentrum Berlin Brandenburg für alle Berufsgruppen, die in der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender tätig sind, konzipiert worden. Ärzten eröffnet es neben dem Absolvieren einer einjährigen Weiterbildungszeit einen zusätzlichen Weg, die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin zu erwerben. Ziel der Zusatz-Weiterbildung ist die Erlangung palliativmedizinischer Kompetenz.

Eine wesentliche Aufgabe dieses Kurses ist daher, die Sensibilisierung für die besondere Haltung, die palliativmedizinisches Handeln trägt. Dazu gehört ein geschärftes Bewusstsein für die über rein medizinische Fragestellungen hinausgehenden psychosozialen und spirituellen Aspekte der existentiell bedrohten Patienten.

Das interdisziplinäre Fallseminar umfasst 120 Std., verteilt auf 3 Module. Im zweiten und dritten Modul werden überwiegend komplexe Fragestellungen der Teilnehmer aus ihrem jeweiligen

Arbeitsfeld anhand eigener Falldarstellungen bearbeitet. Als Besonderheit ist ein zusätzlicher Praxistag (9 Std.) vorgesehen, an dem die Teilnehmer die Möglichkeit haben, in den verschiedenen spezialisierten Einrichtungen der Stadt – wie bspw. Palliativstation / stationäres Hospiz zu hospitieren oder einen Home-Care-Arzt zu begleiten.

Zielgruppe:

Interdisziplinär: Ärzte, Pflegende, psychosoziale Mitarbeiter, die eine Grundqualifikation in Palliative Care, entsprechend ihrer Berufsgruppe absolviert haben.

Termine:

KURS-NR: PC-FALL 2011/12

1. Modul 24.11.2011 - 27.11.2011, 09.00 - 17.00 Uhr
2. Modul 19.01.2012 - 22.01.2012, 09.00 - 17.00 Uhr
3. Modul 15.03.2012 - 18.03.2012, 09.00 - 17.00 Uhr

KURS-NR.: PC-FALL 2012

1. Modul 20.06.2012 – 24.06.2012 09.00 - 17.00 Uhr
2. Modul 30.08.2012 – 02.09.2012 09.00 - 17.00 Uhr
3. Modul 22.11.2012 – 25.11.2012 09.00 - 17.00 Uhr

Veranstalter:

Wannsee-Akademie

Kursleitung:

Prof. Dr. med. Christof Müller-Busch
Dipl. Pflegepädagogin
Bärbel Winkler

Kontakt:

Bärbel Winkler,
Wannsee-Akademie
bwinkler@wannseeschule.de
www.wannseeakademie.de
Tel.: 030/ 806 860 20

EbM

Bewerbungsfrist für David Sackett-Preis läuft

Noch bis zum 30. November 2011 können Bewerbungen für den David Sackett-Preis 2012 eingereicht werden. Der Preis wird für hervorragende Leistungen auf dem Gebiet der Evidenzbasierten Medizin und Gesundheitsversorgung (EbM, EbHC) vom Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V. (DNEbM) vergeben. Um den David-Sackett-Preis können sich Einzelpersonen oder auch Personengruppen sowie Institute oder Verbände bewerben. Interessenten können sich selbst in den Wettbewerb einbringen oder durch Vorschlag eines Dritten benannt werden.

Die Preisträger werden durch eine Jury ausgewählt, die aus Mitgliedern des amtierenden geschäftsführenden Vorstands und den ehemaligen Vorsitzenden des Vereins besteht.

Die Verleihung des mit 2.000 € dotierten Preises findet im Rahmen der 13. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.V. vom 15. bis 17. März 2012 in Hamburg statt.

Weitere Informationen:

http://www.ebm-netzwerk.de/wir_ueber_uns/david-sackett-preis.html



Vortrag

Die ersten 100 Tage als Assistenzarzt – Chancen nutzen, Fallen erkennen

„Herzlichen Glückwunsch, Sie sind jetzt Ärztin/Arzt!“ Auf diesen Moment hat man im Medizinstudium lange hingearbeitet und gelernt. Neue Fragen türmen sich jetzt auf! Was muss meine erste Stelle mir bieten? Worauf muss ich bezüglich meiner ärztlichen Weiterbildung achten? Was bietet mir die Ärztekammer, wie kann sie mir helfen? Was leistet das Ärzteversorgungswerk? Und erste Arbeitstage, erste Fehler! Was sollte ich als „Neue“ bzw. „Neuer“ in meinen ersten Tagen auf Station beachten? Welche Chancen kann, ja muss ich nutzen, welche Fehler vermeiden? Wie erkenne ich Fallen des Berufseinstieges?

Fragen über Fragen, doch hier erhalten Sie jede Menge wertvoller

Hinweise und Tipps, was man alles für den erfolgreichen Start in das Berufsleben beachten sollte.

Referent:

Dr. Peter Bobbert, Arzt, Charité Mitglied der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin

Termin:

01. Dezember 2011 - 18:00 Uhr

Ort:

Ärztefinanzzentrum Berlin
Kurfürstendamm 219,
10719 Berlin

Anmeldung:

Tel.: 030/88775-11
Email: uwe.engelhardt@
aerztefinanzzentrum.de
www.medizinernachwuchs.de

Rechtstipp

Rundfunkgebühren in der Arztpraxis

Das Bundesverwaltungsgericht hat mit Urteil vom 27.10.2010 (6 C 12/09) bestätigt, dass internetfähige PCs Rundfunkgeräte im Sinne des Rundfunkgebührenstaatsvertrags sind. Für einen internetfähigen PC in der Arztpraxis sind damit grundsätzlich Rundfunkgebühren zu zahlen. Dies gilt nach einer weiteren Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts vom 20.04.2011 (6 C 31/10) auch dann, wenn der internetfähige PC nicht an das Internet angeschlossen ist. Unabhängig von der Zahl der PCs ist für die Nutzung im nicht ausschließlich privaten Bereich grundsätzlich nur eine Gebühr zu zahlen (§ 5 Abs. 3 RGebStV). Die Gebührenpflicht entfällt nach einem weiteren Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 17.08.2011 (6 C 15/10) für nicht ausschließlich privat genutzte internetfähige PCs, wenn in den anderen ausschließlich privat genutzten Räumen der selben Wohnung herkömmliche Fernseh- und Rundfunkgeräte vorhanden sind, für die Rundfunkgebühren entrichtet werden.

Zum 1. Januar 2013 wird das Rundfunkgebührenrecht voraussichtlich nachhaltig reformiert. Geplant ist eine Haushaltsabgabe und für Unternehmen – gestaffelt nach Mitarbeiterzahl – eine Abgabe je Betriebsstätte. Die Abgabe soll dann nicht mehr davon abhängen, ob überhaupt Rundfunk- oder Fernsehgeräte bzw. internetfähige Geräte bereit gehalten werden.

ANZEIGEN

Plazebo-Effekte in der

Schmerztherapie

Obwohl schon lange bekannt und auch häufig eingesetzt, wurden in den letzten Jahren Plazebo- (und Nozebo-)Effekte wissenschaftlich genauer untersucht (1953-2009 circa 2000 gezielte Studien zur Plazebo-Wirkung). U. a. Erwartungshaltung, klassische Konditionierung und Beobachtung anderer Schmerzpatienten, die ähnliche Reaktionen im Gehirn erzeugen, wie die Gabe eines Schmerzmittels. Empfehlungen für die Praxis:

1. Systematische Nutzung der Plazebo-Effekte durch Änderung der Begleitumstände z.B. intensive ärztliche Zuwendung, Verstärkung des Vertrauensverhältnisses, positive non-verbale Reaktionen.
2. Die alleinige Gabe eines Plazebos (oder Pseudoplazebos) ohne effektive Therapie wie bei vielen

alternativen Therapieempfehlungen stößt an ethische Grenzen – gegen eine zusätzliche unterstützende Plazebo-Gabe kann z.B. in der GKV nur das Wirtschaftlichkeitsgebot sprechen.

3. Vermeidung eines Nozebo-Effektes durch Betonung positiver Wirkungen (z.B. sollten die überwiegend negativen Botschaften in den Packungsbeilagen wirksamer Arzneimittel risiko-adäquat relativiert werden).
4. Eine effektive Schmerztherapie zu Beginn einer Behandlung verstärkt positive Erwartungen und erhöht den Plazebo-Effekt, der grundsätzlich bei jeder Therapie vorhanden ist.
5. Das Wissen über die Wirkmechanismen von Plazebos reicht noch nicht aus, um im Einzelfall konkrete Aussagen zur Verlässlichkeit der komplexen Plazebo-Wirkungen zu machen.

Quelle: Hausarzt 2011; 48(11): 40-3; AM-Therapie-Kritik 2011, Folge 3

„Personalisierte Medizin“

Kritisch zu sehendes Schlagwort

In der Laienpresse ist seit einiger Zeit vermehrt von einer „personalisierten Medizin“ die Rede. Dieses Schlagwort scheint jedoch derzeit eher Teil einer neuen Marketingstrategie pharmazeutischer Hersteller zu sein, die ihre neuen Medikamente, vor allem zur Krebstherapie, besser verkaufen wollen. Die Markteinführung von Trastuzumab (Herceptin®) hat für Frauen mit Brustkrebs mit vielen Her2-Rezeptoren einen Vorteil erbracht, ob dadurch ihr Leben aber langfristig verlängert werden kann, bleibt noch ungewiss. Ein zusätzliches Problem sind dabei die verwendeten Biomarker, die bei weitem nicht so selektiv sind wie behauptet, abzulesen an der nur gering erhöhten Lebenszeit. Auch wenn die systematische Erforschung der Genetik von Tumoren zukünftig Vorteile für Krebspatienten verspricht, übertriebene Forschungserfolge wecken derzeit nicht erfüllbare Hoffnungen.

Der Einschätzung des Vorsitzenden der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, ein bekannter und kritischer Onkologe, kann zugestimmt werden: „Bisher ist die personalisierte Medizin in erster Linie ein leeres Versprechen“.

Es gibt noch einen anderen Grund, das neue Schlagwort einer personalisierten Medizin kritisch zu sehen, impliziert es doch, dass die derzeitigen Therapiebemühungen der Ärzteschaft eher routinemäßig abliefen und nicht auf den individuellen Patienten zugeschnitten seien. Diese Herabsetzung der ärztlichen Tätigkeit sollte eigentlich heftigen Protest der Kolleginnen und Kollegen hervorrufen.

Die Marketingexperten der pharmazeutischen Industrie und die mit ihnen verbundenen Experten haben nicht unbedingt Ärztinnen und Ärzte im Blick (siehe auch „Biologika“, die verharmlosende Bezeichnung für hochwirksame, aber auch mit sehr schweren UAW verbundene Arzneistoffe).

ANZEIGEN

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, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf**

AGI-Sentinelpraxis werden

Seit Anfang Oktober berichtet die Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI, <http://influenza.rki.de/>) am RKI wieder wöchentlich über die aktuelle Situation der Aktivität von akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE) im Allgemeinen und der Influenza-Aktivität im Speziellen. Das Winterhalbjahr ist durch die Zirkulation saisonaler Influenza und weiterer Atemwegserreger der übliche Zeitraum erhöhter ARE-Aktivität.

Die Influenza bedingt im Winterhalbjahr (in Deutschland in der Regel zwischen Dezember und März) den größten Anteil der Krankheitslast durch ARE im ambulanten Bereich. Akute respiratorische Erkrankungen treten jedoch auch außerhalb dieses engen Zeitraums auf und es können, wie sich im Jahr 2009 während der Influenzapandemie gezeigt hat, Erkrankungen durch Influenzaviren vermehrt auch im Sommer auftreten.

Aus diesen Gründen betreibt die Arbeitsgemeinschaft Influenza seit dem Jahr 2006 die Influenzüberwachung ganzjährig. Durch die seit 2006 gesammelten Informationen zur ARE-Aktivität in den Sommermonaten standen wertvolle Informationen zur Verfügung, um die Situation epidemiologisch beurteilen zu können.

Eine geografisch differenzierte Einschätzung kann umso spezifischer erfolgen, je mehr pri-

märversorgende (allgemeinmedizinische, pädiatrische und hausärztlich tätige, internistische) Praxen sich an der AGI beteiligen. An der Überwachung der Krankheitslast (syndromische Surveillance) durch das RKI können interessierte Praxen auf zwei Wegen teilnehmen: Erstens über eine Fax- oder Onlinemeldung aggregierter Daten über die Anzahl von Patienten mit ARE oder zweitens – falls die Praxis über eine Arztsoftware verfügt, die bereits die notwendige Schnittstelle integriert hat – über das automatisierte Erheben fallbasierter, anonymisierter Daten von ARE-Patienten. Angaben zu



Arztinformationssystemen, die geeignet sind, sind beim RKI erhältlich oder im Internet zu finden unter rki.de unter > Das Institut > Organisation > Abteilung 3 > Fachgebiet 36 > Dokumentation der Schnittstelle. Die Daten werden als E-Mail-Anhang verschlüsselt an das RKI gesendet.

Dieser zweite, innovative Arm der syndromischen Surveillance wurde als SEED^{ARE}-System am RKI etabliert und stellt neben der erweiterten Analysemöglichkeit der fallbasierten Daten eine Arbeitserleichterung für die Sentinelpraxen dar. Weitere Informationen sind auf der AGI-Internetseite abrufbar (<http://influenza.rki.de/Sentinelpraxis.aspx>) und können auch gerne per E-Mail angefordert werden (AGI@rki.de).

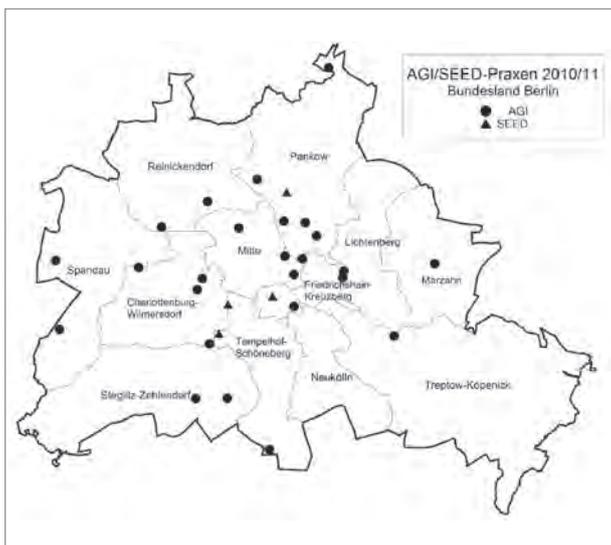


Abb.: Verteilung der in der Saison 2010/11 aktiven Sentinelpraxen in Berlin.

Um aus der Aktivität akuter Atemwegserkrankungen spezifisch die Influenza-Aktivität beurteilen zu können, untersucht das Nationale Referenzzentrum (NRZ) für Influenza am RKI Proben aus dem Sentinel im Rahmen der virologischen Surveillance. Ein Teil der Sentinelpraxen meldet nicht nur akute Atemwegserkrankungen, sondern entnimmt Nasenabstrichproben bei Patienten mit influenza-typischer Symptomatik und sendet sie an das NRZ.

Delegation

Finnische Hausärzte besuchen die Kammer

Auf Einladung des Hausärzteverbandes Berlin-Brandenburg hat eine Delegation finnischer Hausärzte am 7. Oktober 2011 die Ärztekammer Berlin besucht. Nach einem kurzen gegenseitigen „Welcome“ führte der Leiter der Abteilung Kammermitgliedschaft, EU- und Kammerrecht, Christoph Röhrig, in die Historie der Ärztekammer Berlin ein, erläuterte das Wesen der Selbstverwaltung und die zentralen Aufgaben einer Ärztekammer in Deutschland, insbesondere in Berlin.

Mit einem Überblick über die Struktur aller Kammern auf Bundesebene und das grundlegende Prinzip der Zwangsmitgliedschaft, aus der sich Rechte und Pflichten für jeden einzelnen Arzt ergeben, schloss



Röhrig seinen Vortrag mit dem Fazit: Die Selbstverwaltung ist ein Vertrauensbeweis des Staates in die Ärzteschaft. Die Aufgaben, die sie zu erfüllen hat, würden vonseiten des Staates nicht besser gelöst werden können. Es folgte ein

Grußwort des Vorstandsmitglieds Stephan Bernhardt, der aus seiner persönlichen Erfahrung als Allgemeinarzt von zahlreichen Auslandsaufenthalten u. a. in Großbritannien und den USA zu berichten wusste und feststellen konnte,

dass die Situation des Hausarztes, aber auch seine Probleme hier und dort manchmal recht ähnlich sind. Man könne viel voneinander lernen. Damit leitete Bernhardt auf seinen Kollegen, Dr. Wolfgang Kreischer, Vorsitzender des BDA-Landesverbandes Berlin-Brandenburg, über, der in seinem Vortrag die Berliner Ärzteversorgung vorstellte – ein durchaus komplexes, im europäischen Vergleich auch politisch interessantes Thema.

Den finnischen Kollegen wurde auf diese Weise ein breiter Rundumblick über das deutsche System und über die unterschiedlichen Annäherungen der Länder Europas gegeben. Der Austausch und die neu begründete Beziehung zu Finnland sollen auch in Zukunft fortgesetzt werden.

mpe

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin

Der geriatrische Patient in der Arztpraxis und Apotheke

Bei älteren multimorbiden Patienten treten arzneimittelbezogene Probleme überproportional häufig auf und verursachen erhebliche Folgekosten im Gesundheitswesen.

Ziel der Geriatrischen Pharmazie ist die Optimierung des Medikationsprozesses für ältere multimorbide und zumeist pflegebedürftige Patienten. Hierzu werden Risikopotenziale in der Arzneimittelversorgung identifiziert und Empfehlungen für die Modifikation des Medikationsprozesses erarbeitet.

Die klinische Geriatrie umfasst Prävention, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation körperlicher und seelischer Erkrankungen im biologisch

fortgeschrittenen Alter. Sie stützt sich auf die Verfahrenswissen der Inneren Medizin.

Das Ziel der Wiederherstellung größtmöglicher Selbstständigkeit kennzeichnet den rehabilitativen Anteil. Die Umsetzung erfordert neurologische Fachkenntnisse (z.B. nach einem Schlaganfall) und orthopädische Fachkenntnisse (z.B. Folgen von Arthrosen, Frakturen). Beide Disziplinen erzielen optimale Ergebnisse in interprofessionellen Teams, in denen geriatrisch geschulte Ärzte mit Apothekern, Pflegepersonal und Angehörigen zusammenarbeiten. Herr Dr. Martin geht aus apothekerlicher Sicht auf die Themen Polypharmazie, Phar-

makokinetik, Pharmakologie, Nahrungsergänzung und Arzneimittelanwendung ein.

Herr PD Dr. Dr. C. Köppel informiert über die Besonderheiten der Pharmakokinetik und Pharmakodynamik, der Arzneimittelnebenwirkungen und

-interaktionen sowie über die Bedeutung des kognitiven Abbaus in Bezug auf die Pharmakotherapie beim geriatrischen Patienten.

Abschließend wird der gesamte Themenkomplex mit beiden Referenten diskutiert.

Referenten:

PD Dr. Dr. Claus Köppel, Chefarzt, Klinik für Innere Medizin-Geriatrie, Vivantes-Wenckebach-Klinikum
Dr. Eric Martin, Leiter der Hubertus-Apotheke in Marktheidenfeld

Moderator: Dr. med. Matthias Brockstedt, Vorsitzender der Kommission Arzt/Apotheker der Ärztekammer Berlin

Termin: 02.11.2011, 19:30 bis 21:30 Uhr, keine Anmeldung erforderlich, 3 Fortbildungspunkte

Ort: BITTE BEACHTEN
Kaiserin-Friedrich-Stiftung / Hörsaal;
Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin

Kurs

Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Intensivprogramm

nach dem Curriculum der Bundesärztekammer



Ärztliche Führung wird immer herausfordernder. Neben dem anspruchsvollen medizinischen „Kerngeschäft“ verlangen vielfältige nichtmedizinische Interessen Aufmerksamkeit, Zeit und Energie. Wie kann man sich hier orientieren? Worauf kommt es an? Wie vereint man Arzt- und Manager-Sein? Wie kann man in komplexen Netzwerken 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 Mitarbei-

tern, 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.

Der Kurs richtet sich vor allem an Oberärztinnen und Oberärzte aus Krankenhäusern sowie Ärztinnen und Ärzte mit leitender Funktion in anderen größeren Einrichtungen der Patientenversorgung wie z.B. MVZ.

Termine:

MODUL 1 Die Praxis des Führens
Do. 10.05. – Sa. 12.05.2012

MODUL 2 Führen als interaktiver Prozess
Do. 14.06. – Sa. 16.06.2012

MODUL 3 Führen, Steuern, Entwickeln (inkl. Betriebswirtschaftliche Steuerung)
Do. 23.08. – Sa. 25.08.2012

MODUL 4 Transfer: Sicherung des eigenen Konzepts
Fr. 07.12.2012

Veranstalter:
Ärztekammer Berlin

Kursleitung:
Priv.-Doz. Dr. Peter Berchtold

Ort:
Evangelische Bildungsstätte auf Schwanenwerder

Kursgebühr:
3.400 Euro ohne Übernachtung
3.850 Euro mit Übernachtung
80 Fortbildungspunkte

Ihre Ansprechpartner für weitere Informationen und Unterlagen:

Dr. med. Henning Schaefer
Tel.: 030 / 40806-1200

Frau Anke Andresen-Langholz
Tel.: 030 / 40806-1301

E-Mail: aerztliche-fuehrung2012@aekb.de

Kammer

Besuchszeiten werden angeglichen!

Die Servicebereiche Weiterbildung und Kammermitgliedschaft der Ärztekammer Berlin gleichen ab Januar 2012 ihre Besuchszeiten an. Dieser Service ist vor allem für Besucher der Kammer gedacht, die in beiden Abteilungen Angelegenheiten zu erledigen haben. Gleichzeitig werden damit die Besuchszeiten der Abteilung Weiterbildung von einem auf zwei Tage ausgedehnt. Die neuen Besuchszeiten für die beiden genannten Abteilungen lauten wie folgt:

Mittwoch 14.00 - 19.30 Uhr
Donnerstag 9.00 - 13.00 Uhr

Sie können sich in diesen Besuchszeiten unter anderem in folgenden Angelegenheiten an uns wenden

- Anmeldung bei der Ärztekammer Berlin
- Registrierung im Mitgliederportal der Ärztekammer Berlin
- Beantragung und Verlängerung des Arztausweises
- Beantragung des elektronischen Arztausweises
- Registrierung der Änderung persönlicher Daten
- Beratung zu Anträgen auf Anerkennung einer Bezeichnung nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin
- Beratung zu Anträgen auf Erteilung einer Befugnis zur Leitung der Weiterbildung
- Beratung in anderen weiterbildungsrechtlichen Angelegenheiten.

Wir freuen uns auf Ihren Besuch!

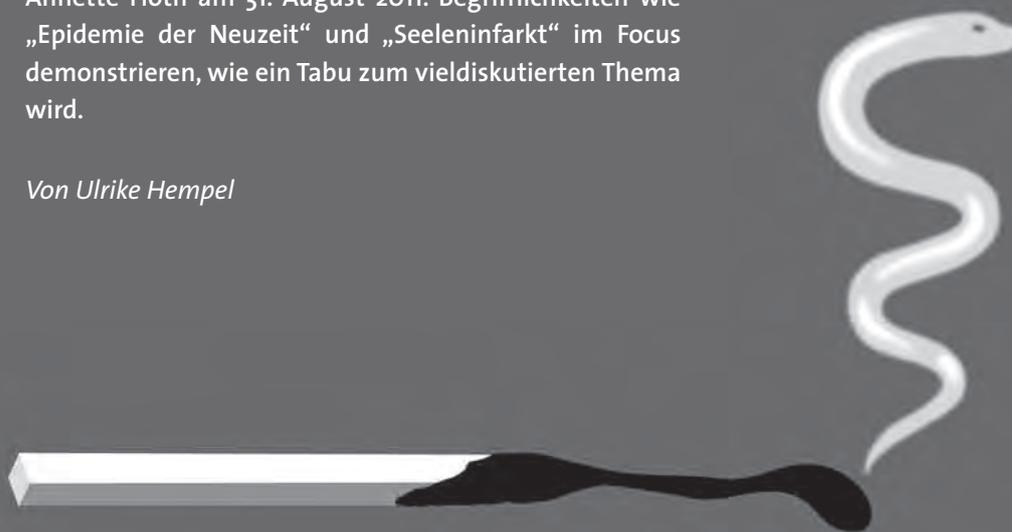
Die Service-Telefonzeiten der beiden Abteilungen ändern sich nicht.

Immer am Limit – **BURNOUT** bei Ärzten

Die aktuelle Debatte um das Burnout-Syndrom (englisch [to] burn out: „ausbrennen“) lässt sich knapp zusammenfassen: Burnout ist brandaktuell. Politiker, Lehrer, Sportler, Flugbegleiterinnen, pflegende Angehörige, Ärzte – Burnout hat sich weit über die betroffenen Berufsgruppen hinaus zum gesellschaftlichen Themenschwerpunkt entwickelt: Der Zustand emotionaler Erschöpfung mit reduzierter Leistungsfähigkeit, der als Ende einer Entwicklungslinie bezeichnet wird, die zunächst von idealistischer Begeisterung gekennzeichnet ist, um über enttäuschende Erlebnisse zu Desillusionierung und Apathie, zu psychosomatischen Erkrankungen, Depression oder Aggressivität und Abhängigkeitserkrankungen zu führen.

Die mediale Aufmerksamkeit ist beachtlich: Vom Focus „Generation Burnout“ (Nr. 37/2011), Psychologie Heute „Burnout – Welche Therapie braucht die Gesellschaft?“ (Heft 09/2011) bis hin zur ZDFzoom-Dokumentation „Arbeiten bis zum Umfallen – Volksleiden Burnout“ von Annette Hoth am 31. August 2011. Begrifflichkeiten wie „Epidemie der Neuzeit“ und „Seeleninfarkt“ im Focus demonstrieren, wie ein Tabu zum vieldiskutierten Thema wird.

Von Ulrike Hempel



Ein Burnout kann grundsätzlich jeden treffen. Aber vor allem professionelle Helfer wie Ärzte, Pflegepersonal oder Therapeuten laufen Gefahr zu erkranken. Längst wird nicht mehr nur nach den Ursachen und Betroffenengruppen gefragt, sondern nach Wegen zur Burnout-Prophylaxe gesucht. Das verwundert nicht, denn wie der Focus berichtet, hat „die Anzahl der Menschen, die auf Grund einer seelischen Erkrankung arbeitsunfähig geworden sind, nach Angaben der Deutschen Rentenversicherung seit 1993 um 37,7 Prozent zugenommen. Laut Zahlen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) stiegen die Fehlzeiten von Arbeitnehmern mit psychischen Erkrankungen seit 1994 um 88 Prozent an. Gleichzeitig waren nach Daten des statistischen Bundesamtes Erwerbstätige 2010 pro Stunde 33,1 Prozent produktiver als noch 1991, heißt es im Focus weiter.

Stressbezogene Gesundheitsstörungen sind bei im Gesundheitswesen Tätigen weitverbreitet. Darauf macht erneut die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) aufmerksam. Das Thema „Burnout“ gehört deshalb mit zahlreichen Veranstaltungen zum Programm des diesjährigen DGPPN-Kongresses, der vom 23. bis 26. November 2011 in Berlin stattfindet.

Persönlichkeitsanteile, die bei Ärzten Burnout fördern

„Ärzte gehören zu den Spitzenreitern, was Burnout angeht“, schreibt Dr. med. Thomas M. H. Bergner auf seiner Internetseite www.burnout-bei-aerzten.de.

Etwa 25 Prozent aller niedergelassenen Ärzte und 20 Prozent aller Ärzte in Krankenhäusern haben seinen Angaben

zufolge Burnout in den unterschiedlichsten Ausprägungen. Burnout sei damit zu einem Flächenbrand im Gesundheitswesen geworden.

Woran das liegt? „Das Wesentliche ist, dass ganz bestimmte Menschen Arzt werden“, sagt Bergner im Gespräch mit BERLINER ÄRZTE, „Menschen, deren Persönlichkeit sie für den ärztlichen Beruf sehr geeignet macht – nur sind diese Persönlichkeitsanteile zugleich Burnout förderlich wie – zentral – deren emotionale Labilität.“ Bergner ist seit 1994 als Coach tätig. Sein Buch „Burnout bei Ärzten – Arztsein zwischen Lebensaufgabe und Lebens-Aufgabe“ gilt als Standardwerk für jene, die sich umfassend zum Thema informieren möchten.

Bergner nennt auch den häufig anzutreffende Narzissmus bei Ärzten als Ursache für ein erhöhtes Risiko, ein Burnout zu bekommen. Dieser tritt nicht im Sinne einer wirklichen Selbstliebe auf, sondern eher als eine Form des sich zu stark Forderns und des sich über Leistung Definierens. Weiterhin erhöht ein Helfersyndrom das Risiko, ein Burnout zu entwickeln, meint Bergner und erklärt: „Hinter einer scheinbar allmächtigen Maske für soziale Dienstleistungen steckt oft eine kaschierte Machtausübung: Wer hilft, hat die mächtigere Position inne. Des Weiteren haben Ärzte eine ausgeprägte Empathiefähigkeit, die auf der Kehrseite aber auch bewirken kann, stärker von dem betroffenen zu sein, was der Beruf Belastendes mit sich bringt. Auch der Omnipotenzanspruch mit dem Bestreben, tatsächlich alles selbst beeinflussen zu wollen, spielt eine Rolle. Das alles sind nachweisbare, meistens den Betroffenen jedoch unbewusst beeinflussende Persönlichkeitseigenschaften.“

Burnout bei Ärzten nimmt zu

Seit dem Erscheinen der 1. Auflage seines Buches „Burnout bei Ärzten“ sind vier Jahre vergangen. Inzwischen liegt – neben anderen Veröffentlichungen wie z. B. „Burnout-Prävention – Das 9-Stufen-Programm zur Selbsthilfe“ und „Arzt sein – Die 7 Prinzipien für Erfolg, Effektivität und Lebensqualität“ – die 2. überarbeitete und aktualisierte Auflage von 2010 vor. Was kennzeichnet die heutige Situation beim Thema Ärzte und Burnout im Vergleich zu 2006 noch? „Grundsätzlich nichts anderes als vor einigen Jahren“, meint der Experte, „denn so schnell gehen Entwicklungen im psychischen Bereich nicht. Nach meiner persönlichen Einschätzung und aufgrund der aktuellen Literaturrecherche für die Überarbeitung meines Buches gibt es jedoch viele Hinweise, dass Burnout bei Ärzten tendenziell zunimmt“.

Bergner versucht, gemeinsam mit dem betroffenen Arzt die Ursachen für die Erkrankung zu finden, um eine rasche Heilung zu ermöglichen. Wer zu ihm kommt, will, dass ihm geholfen wird. Der Betroffene ist einerseits soweit, sich einzugestehen, es alleine nicht zu schaffen, andererseits ist er noch stark genug, sich konfrontativ mit dem Thema Burnout auseinanderzusetzen. Oftmals muss der Fokus auch auf das Privatleben gerichtet werden. Nicht selten gibt es schwelende Partnerschaftsprobleme, sexuelle Schwierigkeiten oder auch finanzielle Abgründe, deren Lösung einbezogen werden muss. „Burnout ist ein erheblich vielschichtigeres Phänomen als es in der Regel nach außen dargestellt wird“, sagt der Arzt und Coach.

Ein Weg aus dem Burnout

Dieser Eindruck bestätigt sich auch in dem Gespräch mit Dr. med. Barbara Krautz. Die Münchnerin ist nach mehrwöchiger, ergebnisloser Suche der Redaktion in Berlin endlich eine Ärztin, die bereit ist, mit BERLINER ÄRZTE über ihr Burnout und den Weg zu einem neuen Selbstbewusstsein zu sprechen. Die 44-Jährige erzählt: „Die Kehrtwende in meinem Leben trat ein, als ich eines Morgens auf der Bettkante saß und nicht mehr wusste, ob ich mir zuerst die Zähne putzen, mein Laptop aufschlagen oder aufstehen sollte. Als Ärztin wusste ich zu diesem Zeitpunkt schon sehr genau, was mir fehlte.“ An diesem Tag im Jahr 2003, als sie über Stunden völlig hilflos war, wuchs in ihr zum ersten Mal die Bereitschaft, wirklich hinzuschauen und Konsequenzen aus dem zu ziehen, was sie an sich wahrnahm. Sie wusste, dass sie eine Burnout-Patientin war. Mittags ging sie in die Ambulanz der Psychiatrie. Von dort aus wurde sie in eine psychosomatische Klinik überwiesen, in der sie zunächst sechs Wochen behandelt wurde. Das reichte zur Stabilisierung. Doch nach dem akuten Burnout brauchte Krautz noch vier Jahre, um ihr Leben ihren eigenen Ressourcen und Bedürfnissen entsprechend in neue Bahnen zu lenken.

Drei Jahre war Krautz als Chirurgin in der Klinik tätig, dann als Führungskraft in der internationalen Großindustrie. Obwohl sie sich leer und ineffizient fühlte, unter Bauchschmerzen und Schlafstörungen litt und sich aus dem Freundeskreis zurückgezogen hatte, tat sie nach außen hin weiter so, als sei sie voll belastbar und leistungsfähig.

Bis man sich selbst eingesteht ‚Mir fehlt was und ich kann nicht mehr‘, das dauert bei allen Burnout-Patienten lange, schildert Krautz. Für Ärzte ist das aber noch mal eine Stufe mehr, die genommen werden muss. „Zwei Dinge verhindern nach meiner persönlichen Erfahrung bei Ärzten, sich rechtzeitig ihrer

Wahrnehmung vom Ausgebranntsein zu stellen und um professionelle Hilfe zu bitten: Der wahnsinnig hohe Anspruch an sich selbst und die Annahme, als Arzt sei man der Spezialist in Sachen Krankheit und Gesundheit – auch für sich selbst“, so Krautz.

Nach dem Zusammenbruch und der Diagnose Burnout arbeitete sich Krautz mühsam an ihre Kernthemen ran. Erst viel später brach sie die Muster auf, die sie schon über 30 Jahre mit sich rumschleppte. Bis dahin war die Bereitschaft zur Selbstausschöpfung hoch. Sie hatte die klassischen Antreiber: Sei perfekt! Sei stark! Mach es allen recht! Hilf anderen!

„Grenzen setzen, mit Autoritäten und mit Ängsten umgehen, das lernt man nicht mal eben bei einem vierwöchigen Kompetenztraining“, sagt Krautz. Ohne langes Nachdenken oder Schuldgefühle auch mal Nein sagen zu können, das erfordert viel Übung. Manch bittere Erkenntnis gehört dazu: So hätte die junge Frau niemals in die Chirurgie gehen sollen, in eine Männerwelt, in der sie sich unbedingt beweisen wollte. Aber damals war das für sie gar keine Frage, weil sie ihre eigenen Werte und Motivationen noch nicht kannte und aktiv umgesetzt hatte. „Heute würde ich Psychosomatik machen.“

2008 hat sie den Ausstieg vollzogen. Heute ist sie Gründerin und Leiterin des Burnout-Zentrums München (BOZM) und arbeitet als Coach für prozessorientierte Persönlichkeitsentwicklung sowie als Hochschuldozentin für Führung und Kommunikation.

Gibt es selbst gemachte Probleme?

Dr. med. Regina Klakow-Franck M.A., stellvertretende Hauptgeschäftsführerin der Bundesärztekammer, schreibt in ihrem Aufsatz „Unternehmerkultur: Leitbild und Führungsverhalten“, erschienen im Handbuch „Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte“ der BÄK, Stand Oktober 2010: „Selbstkritisch muss die Ärzteschaft zur Kenntnis nehmen,

dass die beklagte Fremdbestimmung der ärztlichen Berufsausübung katalysiert wurde durch ein defizitäres „Continuuous Professional Development“ – durch Defizite in der Kompetenz, mit Wandel und der dramatisch gestiegenen Komplexität der Kontextfaktoren medizinischer Versorgung fertig zu werden. Ansatzweise erklärbar ist dies durch die traditionelle Sozialisation des Arztes zum Einzelkämpfer, für den die Leistung des Einzelnen und nicht des Teams im Vordergrund steht, sei es in Gestalt der wissenschaftlichen Eminenz oder des autoritären Chefarztes. Ausgerechnet die grundsätzlich hohe Leistungsbereitschaft der Ärztinnen und Ärzte trägt zur derzeitigen Berufsunzufriedenheit bei, da diese zu kontraproduktiver Selbstausschöpfungsbereitschaft bis hin zum kollektiven Burnout führt, wenn nicht die heute unverzichtbare Kompetenz erworben wird, mit Wandel umzugehen.“

Schon der 108. Deutsche Ärztetag 2005 in Berlin befasste sich mit der Problematik. Der Gesetzgeber wurde u. a. aufgefordert, die gesetzlichen Bestimmungen dahingehend zu verändern, dass

- durch eine größere Flexibilität im Vertragsarztwesen die bessere Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und familiären Pflichten ermöglicht wird. Hierzu gehören flexiblere Modalitäten zur Anstellung von Ärzten und Ärztinnen, zu Vertretungsmöglichkeiten in Praxen von niedergelassenen Ärzten und eine Erweiterung der Job-Sharing-Regelung bei Praxen mit geringem Umfang.
- die zeitkostende und kräftezehrende Bürokratie auf das Notwendige und sinnvolle Mindestmaß reduziert wird.

Seitdem sind in einigen Kammerblättern Artikel zum Thema Ärzte und Burnout erschienen, die zeigen, dass Arbeitsstress und die psychische Belastung in der ärztlichen Arbeit sehr hoch sind und zu der Entwicklung von Depressionen, Burnout und Abhängigkeitserkrankungen führen (siehe Literaturhinweise am Ende).

Beispiel Vivantes

„Es gibt in einem so großen Unternehmen wie Vivantes viele Möglichkeiten: Balintgruppen, Team-Supervision, Führungskräfte-Coaching, Mediation, Kurse für Entspannungstechniken von Qi Gong bis Tai Chi. Alles das, um den Mitarbeitern zu sagen, wir sind für Euch da: Wir brauchen diese Fachkräfte, gesund und hochmotiviert bei dieser Arbeitsmarktsituation mit Fachkräftemangel und zunehmender Feminisierung der Medizin“, versichert Dr. Genia Diner, Leitende Betriebsärztin, Institut für betrieblichen Gesundheitsschutz, Vivantes Netzwerke für Gesundheit GmbH, Berlin.

Aus ihrer Sicht tut Vivantes sehr viel, um den Ärzten gute Arbeitsbedingungen zu bieten. „Unser Ressort Changemanagement arbeitet intensiv u. a. an den Weiterbildungsmöglichkeiten und Karrierepfaden. Gemeinsam engagieren wir uns für das Implementieren eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements, insbesondere für ein „gesundes“ Führen.“ Und natürlich gibt es auch Seminare „Karriere für Ärztinnen“ und „Achtsamkeitsseminare für Ärzte“, der Anmeldezettel für das nächste Jahr ist so überfüllt, das Vivantes 2012 mit zusätzlichen Seminarangeboten starten wird.

Vom Burnout- zum Achtsamkeitsseminar

„Burnout ist noch immer ein Tabuthema bei Ärzten, aber der Umgang damit lockert sich zunehmend“, sagt Diner und erzählt: „Als wir vor zwei Jahren die ersten Burnout-Seminare für Ärzte im Unternehmen angeboten haben, gab es kaum Anmeldungen. Die Seminare waren von dem Augenblick an gut besucht, als wir sie umbenannt haben in „Seminar für Achtsamkeit und Umgang mit Stresssituationen“. Die Betriebsärztin versichert: Der Bedarf ist da, aber die Ärzte outen sich eben nicht gern. Das Unternehmen muss trotzdem wissen, dass dieses Bedürfnis da ist und muss

sich gerade in Zeiten des Fachkräftemangels und der Arbeitsverdichtung kümmern. „Vivantes braucht motivierte Mitarbeiter, die mit vollem Einsatz am Arbeitsplatz tätig sind und deshalb bietet das Unternehmen diese Seminare in der Arbeitszeit an.“

Diner hat eine persönliche Achtsamkeit gegenüber einem möglichen Ausbrennen. Vor allem als Betriebsärztin, wie sie sagt, denn sie hat die Möglichkeit, auf die Unternehmenskultur und auf die Arbeitsbedingungen einzuwirken. „Wir sind sehr bemüht, Hilfssysteme im Unternehmen zu etablieren, die den Namen auch verdienen und als solche auch wahrgenommen werden. Meine Tochter, die zur Zeit Humanmedizin studiert, soll zukünftig ihren Beruf hochmotiviert, zufrieden und vor allem unter den bestmöglichen Arbeitsbedingungen ausüben können.“

Bürokratie belastet Ärzte

Die Ergebnisse der Mitgliederbefragung 2010 vom Marburger Bund zur beruflichen Situation der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte bestätigen, dass Ärzte an ihrer Tätigkeit am meisten die starke bürokratische Regulierung stört. Mehr als die Hälfte der Befragten benötigt täglich mehr als 2 Stunden für Verwaltungstätigkeiten.



Foto: Ärzte Zeitung.de

Davon beziffern 30 Prozent den Zeitaufwand auf 2-3 Stunden, 15 Prozent auf 3-4 Stunden und 9 Prozent sogar auf mehr als 4 Stunden.

An der bundesweit größten Umfrage unter Krankenhausärzten zu ihrer beruflichen Situation nahmen im Herbst 2010 mehr als 12.000 Mitglieder der Ärzteschaft Marburger Bund teil. (www.marburger-bund.de/umfragen/2010_mitgliederumfrage/index.php)

Resilienz im Arztberuf

Wie kann es gelingen, sich Freude, Sinnerleben und seelische Gesundheit im Arztberuf unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen zu erhalten? Dieser Frage geht das von der Bundesärztekammer geförderte Projekt „Resilienz im Arztberuf“ am Institut für Medizinische Psychologie, Sektion Medizinische Organisationspsychologie, Universitätsklinikum Heidelberg nach (Projektleitung Dr. Julika Zwack).

„Im Rahmen von 200 qualitativen Interviews mit Ärzten unterschiedlicher Fachrichtung und Berufserfahrung in Klinik und Niederlassung wurden ärztliche Strategien erfasst, um langfristig gesund, zufrieden und leistungsfähig zu bleiben“, schildert Zwack das Anliegen der Studie. Im Ergebnis konnten 30 Kernkategorien aufgestellt werden. Diese lassen sich einzelnen Bereichen wie etwa der Beziehungsgestaltung zu Patienten und dem kollegialen Umfeld, dem Umgang mit gesundheitspolitischen Rahmenvorgaben, der Pflege außerberuflicher Beziehungen und Interessensfelder sowie der Beziehung des Arztes zu sich selbst zuordnen. Die berichteten Strategien reichen dabei von Einstellungsmustern wie bspw. der Akzeptanz von eigenen Grenzen, der Orientierung auf Gelingendes und der Fokussierung auf realistische Erfolgskriterien bis hin zur Umsetzung von konkreten Praktiken wie regelmäßigen Ausgleichsaktivitäten zum Stressabbau, der Pflege kollegialer, familiärer und freundschaftlicher Beziehungen oder regelmäßigen Ziel- und Standortbe-

stimmungen (vgl. hierzu Zwack, Abel & Schweitzer, 2011).

Stark vereinfacht lässt sich sagen: Resiliente Ärzte verfügen über eine gute Selbstwahrnehmung und Selbstkenntnis. Auf dieser Grundlage treffen Sie differenzierte Entscheidungen über die Investition ihrer Ressourcen. Auffällig dabei ist, dass in der Regel breit investiert wird, also nicht alles auf die berufliche Karte gesetzt wird. Eine interessante Folge ist die Erhöhung der inneren Freiheitsgrade: Wer nicht nur in das unmittelbare professionelle Fortkommen, sondern auch in die Pflege kollegialer und außerberuflicher Beziehungen und Interessensfelder investiert, schafft sich Distanz und Gratifikationsquellen, die

wiederum die subjektive Unabhängigkeit von beruflichen Stressoren erhöhen. Statt „Wenn ich Zeit habe, gehe ich joggen“ gilt hier „Weil ich (regelmäßig) joggen gehe, finde und nehme ich mir Zeit dafür“. Auf dieser Basis wird es sichtbar leichter, differenziert über Abgrenzung („Wann sage ich nein?“) und Investition („Wo ist dranbleiben/durchhalten gefragt?“) zu entscheiden. Unabhängig von der konkreten Bewältigungsstrategie gelingt es resilienten Ärzten zudem, professionelle Sinnkriterien in hinreichendem Maß zu schützen und sich damit Gratifikationsquellen in der Arzt-Patienten-Beziehung zu erhalten.

Zwack erklärt: „Aufgrund der identifizierten salutogenetischen Praktiken und

Einstellungsmustern der befragten Ärzte und Ärztinnen wollen wir Schlussfolgerungen für die Gestaltung präventiver Maßnahmen für Ärzte und deren Gesundheitserhaltung ziehen und diese zur Diskussion stellen.“

Derzeit wird am Universitätsklinikum Heidelberg auf Basis der berichteten Ergebnisse ein Manual zur Resilienzförderung für Mediziner und Medizinstudierende sowie ein Praxisratgeber „Resilienz im Arztberuf“ entwickelt. Leider können an dieser Stelle in BERLINER ÄRZTE die vollständigen Ergebnisse der Studie nicht umfassend dargestellt werden, da sich die wissenschaftliche Veröffentlichung der Studienergebnisse zum Zeitpunkt der Recherche gerade in Vorbereitung befand.

Gesundheit durch Achtsamkeit lernen

Interview mit Werner Fürstenberg



Foto: Fürstenberg Institut

ZUR PERSON: Werner Fürstenberg, Geschäftsführer des Fürstenberg Instituts – Gesundheitsmanagement für Unternehmen, ist Diplom-Sozialpädagoge und Diplom-Pädagoge und als Referent, Trainer und Coach tätig. Das Fürstenberg Institut arbeitet im Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements mit den Schwerpunkten Human

Ressource and Mental Health Services, Externe Mitarbeiterberatung (Employee Assistance Programs / EAP) Fehlzeitenmanagement, systemische Organisationsentwicklung und Führungskräfte-Coaching.

BÄ: *Burnout wird in den Medien gerade ganz groß geschrieben. Woran liegt das Ihrer Meinung nach?*

Fürstenberg: Das Thema Burnout erfährt momentan so viel Aufmerksamkeit, weil es ein Symptom für einen gesellschaftlichen Veränderungsprozess ist. Dabei denke ich an Entwicklungen wie die ständige Erreichbarkeit von Mitarbeitern: 24 Stunden online sein und am Wochenende sowie im Urlaub das Handy immer auf Empfang. Aber auch die Arbeitsverdichtung, das Controlling des Leistungsumfangs sowie der Wettbewerbsdruck sind größer geworden. Dieser Veränderungsprozess in der Arbeitswelt drückt sich darin aus, dass immer mehr Menschen an ihre Leistungsgrenze kommen. Dennoch

wird die Darstellung oft sehr einseitig betrieben: Es ist nicht nur der Stress und die Arbeitsbelastung, die die Menschen in den Burnout treiben. Kliniken, und Pflegeheime sind ein sehr guter Nährboden für Burnout, weil das Personal hier bevorzugt altruistisch und aufgrund der Entwicklung zunehmend überfordert ist. So ist es nur normal, dass sie auf der körperlichen und seelischen Ebene Symptome entwickeln, die Hilferufe und Reaktion auf sehr schnelle Veränderungen sind.

BÄ: *Haben viele Ärzte ein Burnout?*

Fürstenberg: Von den Ärzten sind ca. 20 Prozent von Burnout betroffen. Das ist das Ergebnis einer Longitudinalstudie von Professor Dr. Barbara Buddeberg-Fischer von Absolventen der Humanmedizinischen Universitäten Basel, Bern und Zürich. Der Studie zufolge weist ein Viertel der jungen Ärzte Zeichen einer Gratifikationskrise auf oder haben Mühe, sich von der Arbeit bzw. den Patienten zu distanzieren. Bei etwa 10 Prozent der Ärzte finden sich Angstsymptome, bei 1 bis 3 Prozent Anzeichen einer Depression. Etwa 10 Prozent der jungen Ärzte klagten über Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, Erschöpfung oder Schlaflosigkeit.

Gelebte Selbstverantwortung

Die Münchnerin Krautz hat als Ärztin, ehemalige Burnout-Patientin und als Coach Probleme mit der aktuellen Burnout-Diskussion. Ja, die veränderten Arbeitsbedingungen sind härter geworden, aber das ist ihrer Meinung nach nur die eine Hälfte der Medaille. „Die andere Seite ist die Frage, wie kann ich die Verantwortung dafür übernehmen, dass ich etwas an mir verändere?“ Sicherlich müssen sich auch die Arbeitgeber am Schlafittchen packen, das ist gelebte Verantwortung im Unternehmen. Aber ein Unternehmen besteht aus vielen einzelnen Personen, die eine persönliche Reife und Fähigkeit besitzen sollten.

„Gelebte Selbstverantwortung ist die Bereitschaft zu sagen, ich will etwas verändern, ich kann etwas verändern und ich DARF auch etwas verändern“. Dazu gehört für Krautz nicht, die Schuldfrage zu stellen – und zum Beispiel das Elternhaus oder den Arbeitgeber verantwortlich zu machen – sondern aktiv und selbstverantwortlich herauszufinden, wie man tickt und überfordernde Situationen bewusst anders gestalten kann als bisher. „Ich finde, Burnout ist eine echte Chance für ein gesellschaftliches Wachstum. Denn jeder, wirklich jeder muss sich vor dem Hintergrund des demografischen Wandels fragen, wie wir künftig in der Arbeitswelt eigentlich miteinander umgehen wollen.“

LITERATUR

- BERLINER ÄRZTE: „Burnout – Hohes Risiko für Ärzte“ Dr. med. Thomas M.H. Bergner (Heft 04/2007)
- Hessisches Ärzteblatt: „Stress und Burnout bei Ärzten – End-tabuisierung tut dringend Not“ von Monika Vogt und Axel Schüler-Schneider zum Symposium „Stress und Burnout bei Ärzten – Prophylaxe und Bewältigung“ (Heft 04/2008)
- Ärzteblatt Baden-Württemberg: „Psychische Gefährdung von Medizinerinnen – Empirische Ergebnisse und Implikationen“ von Dipl.-Psych. A. Vetter und PD Dr. Harald B. Jurkat (Heft 06/2009)
- Hessisches Ärzteblatt „Burnout (bei Ärzten): Erkennen eigener Betroffenheit und offen sein für Hilfe“ (Heft 03/2011)

Verfasserin:

Ulrike Hempel (Medizinjournalistin)

BÄ: Stichwort Bournout-Prophylaxe: Welche Inhalte werden in den Vorträgen, die das Fürstenberg Institut anbietet, vermittelt?

Fürstenberg: Die Kernbotschaft, die aus unserer langjährigen Zusammenarbeit mit Unternehmen und auch mit Burnout betroffenen Mitarbeitern resultiert, ist: Man muss auf zwei Ebenen ansetzen. Zunächst brauchen wir in dem Arbeitsumfeld eine Kultur der Achtsamkeit. Es müssen Fragen gestellt und auch geklärt werden, wie Führung anders gestaltet werden kann, wie man auch auf die Mitarbeiter achten kann, die zu viel arbeiten und es muss eine Kultur geschaffen werden, in der die Leute ihre Arbeit schaffen können. Die andere ist die individuelle Ebene: Wir versuchen hier davon auszugehen, dass Menschen mit Burnout nicht immer nur Opfer sind. Es erscheint uns nicht richtig, nur das von außen Kommende verantwortlich zu machen. Hier stellt sich die Frage nach Selbstverantwortung. Wichtig ist, dass wir alle nie gelernt haben, mit Belastungen einen guten Umgang zu finden. Wir müssen alle lernen, uns selbst besser zu managen und für eine gute Work-Life-Balance zu sorgen. Das kann man nicht nur von Arbeitgebern

erwarten, auch wenn diese die Strukturen dafür schaffen müssen.

BÄ: Warum müssen wir Gesundheitskompetenz eigentlich erst erlernen?

Fürstenberg: Ich bin seit 20 Jahren im Bereich Gesundheitsmanagement unterwegs und wenn ich das vergleiche, dann war das früher noch relativ gemächlich. Es ist doch so, dass wir weder im Elternhaus, noch in der Kita, der Schule oder in der Ausbildung lernen, dass Gesundheit heißt, mit sich selbst achtsam umzugehen. Wer lehrt denn heute, welche Auswirkungen Stress auf das gesamte Nervensystem hat und wie wichtig aufgrund der Arbeitsteilung Kooperation mit anderen Menschen ist? Wir haben überhaupt keine Ahnung, wie wir uns selber steuern sollen. Dadurch entsteht das Gefühl der Fremdbestimmung. Das, was wir in unseren Kursen vermitteln, ist zum Beispiel ein Resilienz-Training, das heißt wir zeigen, wie man widerstandsfähig wird gegen Überforderung und dabei dennoch im Gleichgewicht bleibt. Sind die Anforderungen an einen Mitarbeiter höher als das Potenzial oder die Ressourcen, die ihm zur Verfügung stehen, dann kommt er folglich ins

Ungleichgewicht, das sich dann in Krankheit äußern kann. Man muss lernen, auch Nein zu sagen.

BÄ: Gesunderhaltung der eigenen Person, der Mitarbeiter, der Klinik/der Praxis – geht das mit den aktuellen Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen und der Vorstellung vom immer verfügbaren Arzt zusammen?

Fürstenberg: Die Arbeitsorganisation in einer Klinik und in einer Praxis ist äußerst schwierig in Balance zu bekommen. Ich denke dabei zuerst an den Fachkräftemangel, aber auch an den enormen Verwaltungsaufwand, der von den Ärzten unter einem starken Controlling geleistet werden muss. Gleichzeitig sollen sich Ärzte den Patienten zuwenden, deren Erwartungshaltung in den letzten Jahren zugenommen hat. Ein Krankenhaus ist kein Gesundheitshaus. Solange der Verwaltungs- und nicht der Gesundheitsgeist in der Organisation Krankenhaus vorherrscht, ist es sehr schwierig, an den Strukturen etwas zu verändern. Da ist vor allem Aufklärung hin zu mehr Achtsamkeit nötig.

Vielen Dank für das Gespräch.

Das Interview führte Ulrike Hempel

Beispiel Universitätsmedizin – Charité



Dr. med. Kilian Tegethoff

Ärzte, die in einer Universitätsklinik arbeiten, erfahren ein besonders herausforderndes Umfeld mit wechselnden organisatorischen Problemen, die mit verschiedenen Aufgaben unterschiedlicher hierarchischer Positionen zusammenhängen. Eine Universitätsklinik hat die Aufgabe, Assistenzärzte weiterzubilden. Dazu ist sie durch die Breite der medizinischen Felder, die sie abdeckt, besonders prädestiniert. Zugleich werden die speziellsten Vorgehensweisen für die am schwersten kranken Patienten angeboten. Diese Kombination bewirkt eine herausfordernde Situation sowohl für Assistenzärzte als auch für Ober- und Fachärzte.

Während der Arzt in der Facharztweiterbildung komplexe Interventionen durchzuführen hat, bei denen keine Fehler geschehen dürfen und dies auch in langen Nacht- und Wochenenddiensten, sieht sich der Oberarzt bei Anwendung hochspezialisierter Maßnahmen mit der doppelten Verantwortlichkeit für den Assistenzarzt und den Patienten konfrontiert. Zugleich wird erwartet, dass unter ökonomischen Gesichtspunkten gearbeitet wird. Die Finanzierung der Krankenhausleistungen nach Fallpauschalen bedeutet, dass der Anbieter, der am wenigsten Ressourcen (Personal, Sachmittel etc.) zur Leistungserbringung verbraucht, den größten Gewinn macht. Zusätzlich zu diesen Herausforderungen haben Ärzte an Universitätskliniken Aufgaben in der Lehre und der Forschung, wobei in Deutschland vielfach erwartet wird, dass letztere in der Freizeit betrieben wird.

Die Arbeitszeitgesetzgebung hat in den letzten zehn Jahren massiven Einfluss auf die Arbeitsbedingungen insbesondere der ärztlichen Beschäftigten in Krankenhäusern gehabt. Als Ausgangspunkt gilt die „Richtlinie 93/104/EG des Rates vom 23. November 1993 über bestimmte Aspekte der Arbeitszeitgestaltung“. Die Umsetzung in deutsches Recht erfolgte 1996 mit dem Arbeitszeitgesetz. Kernpunkt dieser Regelungen ist die Begrenzung der Wochenarbeitszeit auf 48 Stunden, in Deutschland konkretisiert auf acht Stunden pro Tag. Zudem ist definiert, dass auch jede Form von Bereitschaftsdienst als Arbeitszeit gewertet wird. In der Folge der verän-

derten Gesetzgebung mussten erst 2003 und 2004 Urteile des europäischen Gerichtshofs ergehen, um die Veränderungsnotwendigkeit in Deutschland zu dokumentieren (Europäischer Gerichtshof Urteile vom 09.09.03 [C-151/02] „Jäger-Urteil“ und 05.10.04 [C-397/01 bis C-403/01] „Pfeiffer-Urteil“). Im Jahr 2005 wurde an der Charité ein Arbeitszeitprojekt („UHU-Projekt“) begonnen. In Zusammenarbeit zwischen Personalverwaltung, den betroffenen Bereichen und dem Personalrat war intendiert, unter externer Beratung berufsgruppenübergreifend gesetzeskonforme Arbeitszeiten für jeden Bereich entwickelt. Zwei wesentliche Momente wurden von den Ärzten als Bedrohung

empfunden: 1. der Wegfall der Zusatzvergütung durch den Bereitschaftsdienst und 2. der Wechselschichtdienst. Zudem wurde insbesondere aus den operativen Disziplinen die Befürchtung geäußert, dass mit den reduzierten Wochenarbeitszeiten die Anforderungen der Weiterbildungsordnung für die Facharztweiterbildung in der Regelzeit der Weiterbildungsordnung nicht mehr erfüllbar seien.

Die Ärzteinitiative der Charité hat untersucht, wie Ärzte an der Charité mit der Arbeitsbelastung und den Arbeitsanforderungen umgehen, die derart facettenreich und anspruchsvoll sind wie in einer Universitätsklinik. Das besondere Interesse der Untersuchung lag bei den Veränderungen der Prävalenz von Burnout unter dem Aspekt sich verändernder Verantwortlichkeiten und Pflichten während einer medizinischen Karriere an einer Universitätsklinik. Die Ergebnisse werden derzeit ausgewertet und sind demnächst verfügbar. Eine vergleichbare Untersuchung insbesondere hinsichtlich des teilnehmenden Kollektivs existiert bisher nicht.

Dr. med. Kilian Tegethoff
Mitglied des Vorstandes der Ärztekammer Berlin



Vertragsärzte weniger von Burnout betroffen

Seit 1996 untersucht die Brendan-Schmittmann-Stiftung im Auftrag des NAV-Virchow-Bundes regelmäßig das Thema „Burnout“. Dazu hat sie zuletzt 2010 rund 6.000 Vertragsärzte in Deutschland schriftlich befragt. Interessanterweise scheinen die Kassenärzte relativ wenig von Burnout betroffen zu sein. Bei den insgesamt fünf Befragungen waren lediglich 5 bis 10 Prozent der Ärztinnen und Ärzte nach den abgefragten Indikatoren einem Burnout nahe. Gegen eine große Verbreitung des Burnout spricht auch, dass sich etwa drei Viertel der befragten niedergelassenen Ärzte über die Untersuchungszeit hinweg ein positives Verhältnis zu ihrem Beruf bewahrt haben. Diese positiven Ergebnisse sind nach Ansicht der Autoren der Studie auf organisatorische bzw. strukturelle Ursachen zurückzuführen. Anders als im Krankenhaus gebe es in der Vertragsarztpraxis keine ausgeprägte Leitungshierarchie. Der Vertragsarzt sei daher als freiberuflicher „Unternehmer“ deutlich weniger fremdbestimmt. Probleme erwachsen für ihn aus dem KV-System bzw. aus den gesundheitspolitischen Vorgaben. Damit stünden ihm deutlich mehr Möglichkeiten zur Kompensation zur Verfügung.

Die 82-seitige Studie kann bei der Brendan-Schmittmann-Stiftung gegen eine Schutzgebühr in Höhe von 15 € bestellt werden: Brendan-Schmittmann-Stiftung
Chausseest. 119b, 10115 Berlin, Telefon: (03 0) 28 87 74 - 126, Fax: (03 0) 28 87 74 - 115
E-Mail: klaus.gebuhr@nav-virchowbund.de

Gesundheitsberufe

– einsam? gemeinsam?

„Therapeutisches Team“ – das klingt gut. Aber „Teamwork“ ist für uns noch immer ein Fremdwort. In anderen Ländern arbeiten die Gesundheitsberufe viel besser zusammen, zum Nutzen der Patienten und des Gesundheitswesens. In Deutschland fängt jetzt zumindest die Diskussion darüber an.

Gesundheitsberufe? Die nichtärztlichen nannte man früher „Hilfsberufe“. Zusammen mit den Ärzten (einer Minderheit) sind 4,7 Millionen Menschen im Gesundheitswesen tätig; das sind zwölf Prozent aller Beschäftigten überhaupt. 2,7 Millionen arbeiten direkt in der Patientenversorgung, also in den eigentlichen Gesundheitsberufen. Die Aufgaben der einzelnen Berufe werden immer differenzierter und anspruchsvoller, und sie wissen viel zu wenig voneinander. Deshalb versuchte ein „Grüner Tag der Gesundheitsberufe“ sie miteinander ins Gespräch zu bringen – leider ohne die Ärzte. Die hatten die Grünen schon vorher separat eingeladen (Bericht s. BERLINER ÄRZTE 7/2011, S. 22-24) – der übliche kommunikative Kunstfehler. Deshalb beschränken wir uns hier auf einen kurzen Bericht über das Grundsatzreferat der Charité-Professorin für Medizinsoziologie, Adelheid Kuhlmei, über „Gesundheitsberufe im Wandel“. Einige der von ihr skizzierten Herausforderungen an alle im Gesundheitswesen Tätigen: Es sind immer mehr alte, chronisch kranke, oft multimorbide Patienten zu versorgen. Das ist eine komplexe Aufgabe, denn Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege müssen ineinandergreifen. In unserem obsoleten, weil noch immer akutmedizinisch und sektoral geprägten Gesundheitssystem gibt es da schwere Integrationsprobleme. Überdies wollen heute viele Patienten in die Therapieplanung einbezogen werden. Und 90 Prozent legen bei Pflegebedürftigkeit Wert auf eine Versorgung zu Hause. Der medizinisch-technische Fortschritt und innovative Versorgungsstrukturen erfordern neue Tätigkeiten, sogar neue Berufe. „High Tech Home Care“ ist zum Beispiel eine internationale Wachstumsbranche. All dies und die Akademisierung der Elite innerhalb der Pflege- und anderen Ge-

sundheitsberufen lassen Fragen nach den künftigen Aufgaben und nach neuen Formen der Zusammenarbeit aufkommen, sagte Adelheid Kuhlmei. Sie ging auch auf die veränderte Rolle der Ärzte ein. Durch die ökonomischen Zwänge und auch wegen der zunehmend informierten und ihr Selbstbestimmungsrecht wahrnehmenden Patienten sind sie vom alten „Halbgott in Weiß“ zum Partner oder Dienstleister geworden. Hingegen haben zum Beispiel die Pflegeberufe an Qualifizierung, Eigenständigkeit und Unabhängigkeit gewonnen. Sie hätten aber noch mit der Überwindung des traditionellen Rollenbilds der Krankenschwester zu kämpfen. Das hat auch damit zu tun, dass es sich um einen ganz überwiegend weiblichen Beruf handelt. In den weniger arztzentrierten angelsächsischen und skandinavischen Ländern jedoch wird den nichtärztlichen Gesundheitsberufen meist eine wesentlich größere Verantwortung übertragen als bei uns. Dort begann auch die Akademisierung in bestimmten Gesundheitsberufen sehr früh: In den USA gab es die ersten Pflege-

Kooperation und Versorgungsqualität

- Aufgabenverteilung nicht immer effizient und effektiv
- Arztzentriertheit des Systems
- berufsständisches Denken/hierarchisches Gefälle
- häufige Tätigkeitsübertragungen, teilw. Rechtsunsicherheit; Zulässigkeit beurteilt im Streitfall die Rechtsprechung
- mangelnde interprofessionelle Standardisierung
- Ausbildung bereitet nicht adäquat auf die Zusammenarbeit mit anderen Berufen vor

Auf Augenhöhe

Eine kleine Gruppe von Medizinprofessoren aus Europa (begleitet von einer Berliner Medizinjournalistin) besichtigt in New York eine Emergency Unit. Die Leiterin, eine resolute grauhaarige Krankenschwester, begrüßt den Sprecher der Professorengruppe mit „Hi“ und einem freundschaftlichen Schlag auf die Schulter. – So selbstbewusst können Vertreterinnen nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe in anderen Ländern auftreten!

studiengänge schon vor fast einem Jahrhundert. In Deutschland behindere der Separatismus der Gesundheitsberufe und das starke hierarchische Gefälle unter ihnen die notwendige Kooperation, meinte die Charité-Professorin. Sie hält es für dringlich, „hierarchische Formen der Zusammenarbeit durch aufgabenorientierte zu ersetzen“.

In allen Gesundheitsberufen müsse man umdenken und bereit sein, ungewohntes Terrain zu betreten. Nur so könnten die notwendigen neuen Formen interdisziplinärer Kooperation gelingen. Deren Ziel ist es, zum Abbau von Versorgungsmängeln (vor allem auf dem Lande) sowie zur Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung beizutragen. Neue Aufgaben, Spezialisierungen, größere Handlungsautonomie und eine effektive Zusammenarbeit erfordern aber auch entsprechende Qualifikationen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe, sagte Adelheid Kuhlmei. Sie empfahl, sich nicht immer nur von der hiesigen Situation und von den Interessen der „alten“ Professionen leiten zu lassen, sondern internationale Vorbilder (zum Beispiel mehr Verantwortung für die Pflegenden) auf ihre Übertragbarkeit zu prüfen. Man könnte solche Modelle ja erst erproben. Das frühere Mitglied des Sachverständigenrats mit viel gesundheitspolitischer Erfahrung ist davon überzeugt, „dass nur durch ein Bündel unterschiedlicher Maßnahmen eine Neuordnung des Aufgabenzuschnitts, der Arbeitsteilung und Kooperation gelingen kann“.

R. Stein

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
<ul style="list-style-type: none"> 07.11.–16.11.2011 (Kursteil B1) 16.11.–25.11.2011 (Kursteil B2) 	Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: Kurs B: 960 € Kursteile B1, B2: 480 €	60 P pro Kursteil
<ul style="list-style-type: none"> 23.11.2011 30.11.2011 	Täuschung und Manipulation mit Zahlen – Statistikseminar zum kritischen Umgang mit Zahlen (Teil 1 und 2, weitere Informationen s. S. 23)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1205 E-Mail: a.hofmann@aekb.de Anmeldung erforderlich, Teilnehmergebühr: 40 € für beide Teile (Teil 1 und 2 auch einzeln buchbar)	8 P (für beide Teile) 4 P pro Teil
<ul style="list-style-type: none"> 09.01.–18.01.2012 (Kursteil C1) 18.01.–27.01.2012 (Kursteil C2) 	Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: Kurs C: 960 € Kursteile C1, C2: 480 €	60 P pro Kursteil
<ul style="list-style-type: none"> Teil A: 10.02.–11.02.2012 Teil B: 02.03.–03.03.2012 Teil C: 30.03.–31.03.2012 Teil D: 04.05.–05.05.2012 	Suchtmedizinische Grundversorgung zum Erwerb der Zusatzweiterbildung	DRK-Kliniken Mitte Drontheimer Straße 39-40 13359 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 135 € je Kursteil, Ermäßigung auf Anfrage	12 P je Kursteil
<ul style="list-style-type: none"> 13.02.–18.02.2012 16.04.–21.04.2012 11.06.–16.06.2012 	Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.) Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin (weitere Informationen s. S. 23)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1208 (Organisation), 40806-1207 (Inhalte) E-Mail: QM-Kurs2012@aekb.de	150 P
<ul style="list-style-type: none"> 27.02.–29.02.2012 	Grundkurs im Strahlenschutz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 250 €	21 P
<ul style="list-style-type: none"> 29.02.–02.03.2012 02.03.2012 	Spezialkurs im Strahlenschutz – bei der Röntgendiagnostik – bei CT	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de TN-Gebühr: Spezialk.Rö-diag: 220 € Spezialkurs CT: 70 €	20 P (Spezialkurs Röntgendiagnostik) 5 P (Spezialkurs CT)
<ul style="list-style-type: none"> 08.03.–10.03.2012 22.03.–24.03.2012 	40 Std. Kurs (Teil 1+2) zum Erwerb der Qualifikation Qualitätsbeauftragter in der Hämotherapie (40 Std. Kurs, Curriculum der Bundesärztekammer)	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
<ul style="list-style-type: none"> 10.05.–12.05.2012 14.06.–16.06.2012 23.08.–25.08.2012 07.12.2012 	Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Intensivprogramm nach dem Curriculum der Bundesärztekammer; weitere Informationen s. S. 13	Evangelische Bildungsstätte auf Schwanenwerder	Informationen zum Inhalt: Tel.: 40806-1200 Anmeldung: 40806-1301 E-Mail: aertzliche-fuehrung2012@aekb.de	80 P

Ärztzekammer 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 2012 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: 13.02.-18.02.2012 / Woche 2: 16.04.-21.04.2012 / Woche 3: 11.06.-16.06.2012 (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.: 40806-1208 (Organisation), Tel.: 40806-1207 (C. Markl-Vieto, Inhalte) oder per E-Mail: QM-Kurs2012@aekb.de

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 Verstehen und Umgang mit statistischen Grundbegriffen und deren Abhängigkeit voneinander. 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. Mit praktischen Übungen. Es wird keinerlei Vorwissen erwartet.

Referent: Dr. med. Hans-Joachim Koubenec

Termin: Seminar-Teil 1: 23.11.2011 (17:00-19:30 Uhr)
Seminar-Teil 2: 30.11.2011 (17:00-19:30 Uhr)

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Teilnehmergebühr: 40 Euro für beide Teile; Teil 1 und 2 auch einzeln buchbar

8 Fortbildungspunkte für beide Teile bzw. 4 Punkte pro Teil

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



36. Interdisziplinäres Forum der Bundesärztekammer „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“

2. bis 4. Februar 2012 in Berlin

Veranstaltungsort:

Berlin, Tagungszentrum Katholische Akademie, Hannoversche Str. 5 b

Eröffnung:

Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, Berlin
Dr. med. Max Kaplan, München

Themen und Moderatoren:

- Angsterkrankungen
Univ.-Prof. Dr. med. Dr. rer. soc. Frank Schneider, Aachen
- Umgang des Arztes mit Patientenwünschen
Prof. Dr. med. Stefan Wilm, Witten
- Menschen mit Behinderungen als Patientinnen und Patienten
Prof. Dr. med. Michael Seidel, Bielefeld
- Komplementäre und alternative Therapieverfahren in der Onkologie
Dr. med. Jutta Hübner, Frankfurt/Main
- Individualisierte Pharmakotherapie
Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig, Berlin
Prof. Dr. med. Ursula Gundert-Remy, Berlin
– Eine Veranstaltung der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft –

Die Veranstaltung wurde von der Ärztekammer Berlin mit 4 Punkten pro Halbtage anerkannt.

Bei Teilnahme an der gesamten Veranstaltung erhalten Sie für Ihr Fortbildungszertifikat der Ärztekammer 20 Fortbildungspunkte.

**Weitere Informationen sowie das Programmheft erhalten Sie bei der Bundesärztekammer, Dezernat 1, Postfach 12 08 64, 10598 Berlin
Tel.: 030 400456-415 oder -412, Fax: 030 400456-429,
E-Mail: cme@baek.de, Internet: www.bundesaeztekammer.de**

Psychosomatische Grundversorgung

Curriculum gem. Weiterbildungsordnung

- 10 Veranstaltungen plus 3 Termine Balint kompakt
- Laufzeit: 6 Monate • Kosten: 800,00 €
- Start am 4. Januar 2012
- Infos und Anmeldung bei der DGPM-Geschäftsstelle

DGPM · Jägerstr. 51 · 10117 Berlin · Tel. (030)20648243 · info@dgpm.de



www.berliner-aerzte.net!

Ärzteversorgung: Erste Vertreterversammlung gewählt

Bericht von der Delegiertenversammlung am 28. September 2011

Nach mehrjährigem Vorlauf ist es vollbracht: Die Delegiertenversammlung hat in ihrer Sitzung am 28. September erstmals die zwölfköpfige Vertreterversammlung der Berliner Ärzteversorgung (BÄV) gewählt. Zum Vorsitzenden des neuen Gremiums wurde klar Elmar Wille (Liste Allianz) gewählt, Vizepräsident der Kammer und bisheriger Vorsitzender des BÄV-Verwaltungsausschusses. Stellvertretender Vorsitzender wurde Thomas Werner (Marburger Bund). Beide wurden einstimmig – bei zwei bzw. einer Enthaltung – gewählt. Zuvor erhöhten die Delegierten die Renten sowie die Anwartschaften zum 1. Januar 2012 um 0,5%. Daneben beschäftigten sich die Ärztevertreter mit Fragen der Weiterbildung und der Berufsbildung. Abschließend beschlossen sie eine Resolution zum Nichtraucherschutz.

Von Sascha Rudat

Diese Wahl bedeutet eine Zäsur in der Geschichte der Delegiertenversammlung. Nicht mehr die 46 gewählten Delegierten bestimmen jetzt die Geschichte des Versorgungswerkes, sondern die zwölfköpfige Vertreterversammlung, deren Mitglieder aber ebenfalls in der DV vertreten sein müssen (s. auch BERLINER ÄRZTE 10/2011).

Vor der Wahl der neuen Vertreterversammlung hatten die Delegierten aber noch über den BÄV-Jahresabschluss 2010 und die Gewinnrückstellung zu entscheiden. Elmar Wille führte gewohnt fundiert durch die komplexen Zahlen des berufsständischen Versorgungswerkes. Die Zahl der Rentenanwärter war demnach im vergangenen Jahr auf 25.185 gestiegen (2009: 24.381), die Zahl der Rentner kletterte auf

5.166. Erneut gab es einen kräftigen Anstieg bei den beitragsfreien Mitgliedern mit einem Plus von 14,8% auf 3.075. Grund sei bekanntermaßen das Lokalisierungsprinzip, wie Wille erläuterte. Der Anteil der Frauen am Mitgliederbestand beträgt mit 49,6% inzwischen fast die Hälfte. Einen besonderen Augenmerk richtete Wille dabei auf die ganz jungen Jahrgänge: Bei den 26- bis 30-Jährigen ist der Frauenanteil inzwischen fast doppelt so hoch wie der der Männer. Das durchschnittliche Neumitglied ist wie im Vorjahr 34 Jahre alt. Dieses relativ hohe Eintrittsalter kommt dadurch zustande, dass nicht nur die Erstapprobiererten erfasst werden, sondern auch in den Berliner Kammerbereich zuziehende Ärztinnen und Ärzte mit höheren Lebensaltern.

Die Zahlungen für Versicherungsfälle stiegen von 113,4 Millionen Euro im Jahr 2009 auf 124,6 Millionen im vergangenen Jahr: Rund 94 Millionen Euro wurden für die Altersrenten ausgezahlt (75,9%), für Witwen- und Witwerrenten wurden 11,8 Millionen Euro (9,5%), für Berufsunfähigkeitsrenten 7,4 Millionen verwendet. Die Zahl der BU-Renten ist leicht um 0,7% zurückgegangen. Der Anteil der vorgezogenen Altersrenten ist im Jahr 2010 deutlich auf 57% gesunken (Vorjahr: 69,3%).

Die Übersicht des Mitgliederbestandes nach Tätigkeitsart machte deutlich, dass der Anteil der angestellten Ärzte wieder



rund die Hälfte ausmacht, etwas über ein Viertel sind selbstständige Ärzte. Der Rest verteilt sich auf vorübergehend nicht tätige Ärzte (6,9%), im Ausland tätige Ärzte (5,1%), verbeamtete Ärzte (1,3%) und mehrfach beschäftigte Ärzte (2,1%) sowie Sonstige (1,3%). Neu erfasst sind erstmals die Mitglieder, die inzwischen in anderen Versorgungswerken Mitglied sind, sie machen 10,2% aus.

Die Beitragseinnahmen sind um 4,4% auf rund 241,7 Mio. Euro gestiegen. Bei den Versorgungsabgaben stieg erneut der Anteil der Gruppe mit Zahlungen über dem 1,0-fachen Beitragssatz (bezogen auf die jeweils einschlägige West- bzw. Ost-Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung) und zwar auf 11,3% (2009: 10,7%). „Das heißt, diese Mitglieder zahlen freiwillig mehr ein, als sie müssten“, erklärte Wille, „das ist ein außerordentlicher Vertrauensbeweis in die Ärzteversorgung.“

Rechnungszins kann weiter gehalten werden

Erneut positiv entwickelte sich der Kapitalanlagebestand mit einem deutlichen Plus von 8,2% auf 5,563 Milliarden Euro. Darüber hinaus gab es zum Stichtag 31.12.2010 stille Reserven in Höhe von 164,2 Mio. Euro (zum Anlagebestand siehe BERLINER ÄRZTE 09/2011, S. 12/13). Der Rechnungszins von 4,00% konnte erneut gehalten werden. Der Durchschnittszins betrug 3,29%, die Nettoverzinsung 4,84%.



Elmar Wille bedankt sich nach seiner Wahl. Rechts: Kammerpräsident Jonitz, Mitte: Wahlleiter Mau.

„Den Rechnungszins wollen wir auch in den nächsten zwei, drei Jahren nicht an- fassen. Es müssten schon sehr dramati- sche Entwicklungen an den Kapital- märkten stattfinden. Dann müsste man darüber nachdenken“, erläuterte Wille. Zentrale Bedeutung komme deshalb wei- ter der Zinsschwankungsreserve zu, die um 43,9 Mio. auf 312,6 Mio. Euro aufge- stockt wurde. Damit könne notfalls über drei Jahre hinweg ein Kapitalergebnis von 2,00% auf den Rechnungszins von 4,00% aufgefüllt werden.

Für die nach Abzug der Zinsschwankungs- reserve verbleibende Gewinnrückstellung in Höhe von 59,9 Mio. Euro schlugen BÄV- Verwaltungs- und Aufsichtsausschuss eine Erhöhung der Anwartschaften sowie der Renten und Kinderzuschüsse um jeweils 0,5% vor (32,4 Mio. bzw. 9,5 Mio. Euro). Der verbleibende Restbetrag von 18,0 Mio. Euro soll der Gewinnrückstellung zuge- führt werden.

Diesem Vorschlag folgten die Delegierten einstimmig. Außerdem entlasteten sie er- wartungsgemäß Verwaltungs- und Auf- sichtsausschuss und verabschiedeten den Jahresabschluss 2010.

Prüfer für die Weiterbildung gewählt

Im Anschluss wählten die Delegierten einstimmig die von den Weiterbildungs- ausschüssen I-VI vorgeschlagenen Prüfer für die Weiterbildungsprüfungen. Außerdem wurde ein Änderungsantrag zum 8. Nachtrag der Weiterbildungsord- nung beschlossen, der eine Rücknahme der Regelungen zum erleichterten Erwerb der Zusatzbezeichnung MRT-fachgebun- den vorsieht. Die im Rahmen des 8. Nach- trags eingebrachten Regelungen wurden aufgrund einiger Bedenken noch nicht ge- nehmigt. Ein weiterer Vorschlag erwies sich als nicht konsensfähig. Um den inzwi- schen eingereichten 9. Nachtrag nicht zu behindern, wurden die genannten Regelungen jetzt zurückgenommen. Daneben beschlossen die Delegierten die Richtlinie für die Anerkennung von Fortbil- dungen für Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen sowie den 2. Nach- trag zur Prüfungsordnung für die Prüfung von Medizinischen Fachangestellten.

Problemlose Wahl

Nach einer einstimmig beschlossenen Satzungsänderung der Ärzteversorgung konnte anschließend die Wahl der neuen Vertreterversammlung durchgeführt wer- den. Geleitet wurde sie von Vorstands- mitglied Harald Mau. Im ersten Wahlgang wurden die zwölf Vertreter im Verhältnis- wahlrecht gewählt. Folgende DV-Mit- glieder wurden in die neue Vertreterver- sammlung gewählt:

Vertreterversammlung der Berliner Ärzteversorgung	
Liste 1	Dr. Volker Pickerodt
	Julian Veelken
	Dr. Eva Müller-Dannecker
Liste 2	Dr. Thomas Werner
	Dr. Kilian Tegethoff
	Dr. Günther Jonitz
Liste 3	Dr. Elmar Wille
	Dr. Svea Keller
	Dr. Matthias Bloechle
	Dr. Hans-Detlef Dewitz
	Dr. Wolfgang Kreischer
	Dr. Bernd Müller

Im zweiten und dritten Wahlgang wurden aus diesen zwölf VV-Mitgliedern dann der Vorsitzende und sein Stellvertreter ge- wählt. Der neu gewählte Vorsitzende Elmar Wille bedankte sich unter Beifall für das in ihn gesetzte Vertrauen: „Das Er- gebnis stärkt die neue Institution.“ Auch Thomas Werner bedankte sich als frisch gewählter stellvertretender Vorsitzender für die Glückwünsche zu seiner Wahl.

Resolution zum Nichtrauchererschutz

Abschließend beschäftigten sich die Dele- gierten mit dem Thema Nichtraucher- schutz. Zu Beginn richtete sich Kammer- präsident Günther Jonitz (Marburger Bund) mit einer persönlichen Stellung- nahme an die Delegierten. Darin bezog er sich auf einen Vortrag, den er im Mai die- ses Jahres auf private Einladung gehalten hatte. Dabei hatte er seine persönlichen Ansichten zum Rauchen und zum Umgang mit diesem Thema in der Öffentlichkeit und Gesellschaft dargestellt.

„Bedauerlicherweise wurde diese Ver- anstaltung zum Anlass genommen, in verkürzter, zum Teil entstellender oder gar falscher Weise den Eindruck entstehen zu lassen, dass meine Person oder gar die Ärztekammer Berlin die Gefahren des Rauchens unterschätzt respektive nicht für einen konsequenten Nichtraucher- schutz eintreten würde“, erklärte Jonitz. Er bedauerte diese öffentliche Darstellung außerordentlich und stellte fest, dass die Ärztekammer Berlin ohne Abstriche für einen konsequenten Nichtraucher- schutz eintritt. Gleichzeitig plädierte er dafür, dass bei allen Themen und somit auch beim Thema Nichtraucher- schutz eine dif- ferenzierte Diskussion geführt wird. „In einer solchen Diskussion sollen weder Risiken noch Gefahren verharmlost wer- den. Gleichzeitig dürfen aber auch keine Stigmatisierungen erfolgen.“ Jonitz wies darauf hin, dass es im Heft 04/2011 von BERLINER ÄRZTE einen umfassenden Artikel der Volksinitiative „Frische Luft für Berlin“ zum Thema „Nichtraucherschutz“ gegeben habe. Außerdem kündigte er an, dass sich die Ärztekammer Berlin als Part- ner im Landesprogramm „Berlin qualm- frei“ aktiv einbringen werde.

Danach beschlossen die Delegierten ein- stimmig eine von der Fraktion Gesundheit eingebrachte Resolution zum Nichtrau- cherschutz, die durch einen Ergänzungs- antrag des Vorstandes erweitert wurde. Die Resolution ist auf der Homepage der Kammer zu finden.

srd

Haftungsfragen

Teil 2: Allgemeine Qualitätsanforderungen an die ärztliche Sorgfalt

Im zweiten Teil der Serie „Arzt und Arzthaftung“ stehen die allgemeinen Qualitätsanforderungen an die ärztliche Sorgfalt im Mittelpunkt. Autor ist Rechtsanwalt Johann Neu, Geschäftsführer der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern in Hannover. Diese Schlichtungsstelle wird von neun Landesärztekammern getragen, darunter die Ärztekammer Berlin.

Von Johann Neu

Übernahme der Behandlung

Übernimmt ein Arzt eine Behandlung oder eine einzelne Behandlungsmaßnahme, der er nach seinen persönlichen Fähigkeiten und Fachkenntnissen, seiner apparativen Ausstattung oder in seiner persönlichen Situation (z. B. Erkrankung oder Übermüdung) nicht gewachsen ist, liegt ein Übernahmeverschulden vor. Haftungsrechtlich ist der Arzt grundsätzlich nicht auf diejenigen Behandlungsmaßnahmen beschränkt, die seinem Fachgebiet zuzuordnen sind. Behandelt er jedoch außerhalb seines Fachgebietes, hat er den Qualitäts-Standard der übernommenen Behandlungsmaßnahme zu gewährleisten.

Berufsanfänger und Ärzte in Facharztausbildung

Dieser Personenkreis muss gegenüber den eigenen Fähigkeiten besonders selbstkritisch sein und in Zweifelsfällen den Rat erfahrener Fachkollegen einholen bzw. den Eingriff unterlassen. Allerdings entfällt bei Fehlern ein Schuldvorwurf gegenüber dem Unerfahrenen, wenn ein zugezogener Oberarzt das Vorgehen des Anfängers billigt [1].

Berufsanfänger und Ärzte in Facharztausbildung müssen gegenüber dem ihnen übergeordneten Facharzt offenbaren, wenn sie mangels hinreichender Erfahrung Bedenken haben, einen Eingriff vorzunehmen [2].

Fachkenntnisse, Fortbildung

Der Arzt schuldet eine Behandlung, die dem jeweiligen aktuellen Stand der Medizin entspricht. Zwar muss nicht stets das

neueste Behandlungskonzept mit stets neuester apparativer Ausstattung angewandt werden. Jedoch ist die Anwendung einer Behandlungsmaßnahme dann sorgfaltswidrig, wenn neue Methoden risikoreicher sind und/oder bessere Heilungschancen versprechen, in der medizinischen Wissenschaft im Wesentlichen unumstritten sind und deshalb ausschließlich eine solche Methode von einem sorgfältigen und damit auch auf Fortbildung bedachten Arzt verantwortet werden kann. Um mit der Entwicklung von ärztlicher Kunst und Wissenschaft Schritt halten zu können, ist der Arzt verpflichtet, im Bereich der Humanmedizin wegen des Gewichts der im Rahmen seiner Tätigkeit möglicherweise betroffenen Rechtsgüter sich bis an die Grenze des Zumutbaren über die Erkenntnisse und Erfahrungen in der Wissenschaft unterrichtet zu halten [3]. Hierzu bedarf es in der Regel des regelmäßigen Lesens einschlägiger Fachzeitschriften auf demjenigen medizinischen Gebiet, auf welchem der Arzt praktiziert. Zwar verlangt die Rechtsprechung von einem Arzt nicht in jedem Fall, dass er alle medizinischen Veröffentlichungen sofort kennt und beachtet [4]. Allerdings wird das regelmäßige Lesen einschlägiger Fachzeitschriften auf dem entsprechenden Gebiet gefordert. Spezialveröffentlichungen über Kongresse muss der „normale“ Facharzt nicht kennen, da diese Beiträge nur in geringer Auflage erscheinen bzw. sich nur an Spezialisten, nicht aber an den niedergelassenen Praktiker wenden [5].

Von Ärzten, die sich mit der Behandlung einer bestimmten Krankheit befassen, ist zusätzlich auch die Lektüre von solchen Zeitschriften zu fordern, die über die



Behandlung dieser Krankheit und deren Risiken berichten [6].

Bei der Anwendung neuer, noch nicht allgemein eingeführter Methoden wird vom Facharzt über die Lektüre der einschlägigen inländischen Fachzeitschriften hinaus auch die Berücksichtigung des methodisch spezifischen internationalen Schrifttums erwartet [7]. Von Allgemeinmedizineren wird die Lektüre von ausländischen Fachzeitschriften nicht verlangt.

Wirtschaftlichkeit und Sorgfalt

Wenn Sorgfaltsanforderungen mit Maßnahmen der Kostendämpfung im Gesundheitswesen kollidieren können, wird der Arzt durch die Folgen der Budgetierung, Deckelung oder Fallpauschalen von der Haftung für die erforderliche Sorgfalt im Einzelfall nicht generell befreit. Zwar hat der Arzt die Beschränkungen durch die sozialgesetzlichen Vorgaben zu berücksichtigen. Der verfassungsrechtliche Schutz der Gesundheit erzwingt jedoch stets einen Normalstandard der Sorgfalt zur Erhaltung der Gesundheit, zur Kontrolle der Schmerzen und zur Wiederherstellung des Kranken. Die Grenze zur Sorgfaltspflichtverletzung ist hier unklar, sie ist jedenfalls spätestens dann überschritten, wenn das Unterlassen der Behandlung einen groben Behandlungsfehler darstellen würde. Insoweit setzen sich die medizinischen Notwendigkeiten zur Erhaltung der grundgesetzlich geschützten Gesundheit gegenüber der Sozialgesetzgebung durch. Der Arzt sollte ihnen Folge leisten [8]. Eine Standardunterschreitung aus Kostengründen darf nicht eintreten [9].

Apparative Ausstattung

Der Arzt hat generell die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft für die

Behandlung erforderlichen technischen Dienstmittel und Apparaturen vorzuhalten und zu verwenden. Hierbei gestaltet sich das Schritthalten der Praxis schon aus Kostengründen weitaus schwieriger als bei bloßer Anwendung neuer geistiger Erkenntnisse. Deshalb kann es für eine gewisse Übergangszeit gestattet sein, mit älteren, bis dahin bewährten apparativen Methoden zu arbeiten, sofern dies nicht schon wegen der Möglichkeit, den Patienten in eine besser ausgestattete Einrichtung zu überweisen, unverantwortlich sein sollte [10]. Die Anforderungen an die apparative Grundausstattung orientieren sich an den vorauszusetzenden Behandlungsbedingungen der jeweiligen stationären Versorgungsstufe des Krankenhauses [11].

Unzureichende apparative Ausstattung

Stehen dem Arzt keine ausreichenden apparativen Bedingungen für eine standardgemäße Behandlung zur Verfügung, dann ist der Patient von vornherein in ein anderes Krankenhaus zu überweisen, das nach seiner personellen und apparativen Ausstattung diesen Standard gewährleistet. Das Unterlassen dieser Maßnahme ist ein Behandlungsfehler in Form des Übernahmeverschuldens.

Grenzwertige apparative Ausstattung

Ist der zu fordernde medizinische Behandlungsstandard trotz einer als dürftig einzustufenden Ausstattung des Kranken-

hauses gerade noch gewahrt, ist aber im konkreten Fall die apparative Ausstattung für die kontrollierte Führung der Therapie von besonderem Gewicht, stellt dies einen Umstand dar, der für die Entscheidung des Patienten, ob er sich in diesem Krankenhaus behandeln lassen sollte oder besser ein anderes, vielleicht sogar auf die Behandlung seiner Erkrankung spezialisiertes Krankenhaus aufsuchen sollte, von erheblicher Bedeutung, so dass er darüber informiert werden muss [12].

Beratungsumfang bei Ausstattungsdefiziten

Die ärztliche Beratungs- und Hinweispflicht erstreckt sich nicht auf eine Aufklärung darüber, dass mangels optimaler Ausstattung nicht die modernsten Methoden angewendet werden können oder in anderen Krankenhäusern gegebenenfalls modernere Apparaturen zur Verfügung stehen, wenn und soweit der Standard guter ärztlicher Behandlung gewährleistet ist und eine anderweitige Behandlung in Ansehung der konkreten Umstände des Falls nicht dringend geboten erscheint. Eine derart weitgehende Hinweispflicht ist insbesondere dann abzulehnen, wenn eine Standardbehandlung, die vielfach erprobt worden ist und sich in der Praxis langjährig bewährt hat, anwendbar ist und auch angewendet wird [13].

Geräteanwendung

Bei Einsatz von technischer Apparatur gilt, dass sich der Arzt als technisch und natur-

wissenschaftlich aufgeschlossener Mensch über die mit der Anwendung eines Geräts für den Patienten verbundenen Risiken vertraut machen muss [14].

Der Arzt hat funktionsfähiges medizinisch-technisches Gerät für die Behandlung zur Verfügung zu stellen. Die Kontrollpflichten gehen über die in § 11 MedGV vorgeschriebenen sicherheitstechnischen Kontrollen hinaus. So ist z. B. vor jedem operativen Eingriff das Intubationsgerät optisch zu kontrollieren [15]. Daneben besteht selbstverständlich die Verpflichtung des Arztes, die medizinischen Geräte regelmäßig warten und prüfen zu lassen [9].

Der in der jeweiligen Versorgungsebene zu gewährleistende allgemeine Qualitätsstandard der Behandlungsabläufe ist durch geeignete Vorkehrungen sicherzustellen. Dies betrifft insbesondere die Bereiche der Fortbildung, der apparativen Ausstattung, der Gerätesicherheit und der Geräteanwendung.

Literatur beim Verfasser.

Verfasser:
Rechtsanwalt Johann Neu
Geschäftsführer
Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern
Hans-Böckler-Allee 3
30173 Hannover
Tel.: (05 11) 3 80 24 16 oder 24 20
Fax: (05 11) 3 80 24 06
E-Mail: info@schlichtungsstelle.de
www.schlichtungsstelle.de

Wolfgang Becker-Brüser mit Verdienstkreuz geehrt

Wolfgang Becker-Brüser ist am 29. September 2011 mit dem Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland auf Anregung des Berliner Internisten Joachim Höfner ausgezeichnet worden. Gesundheitsministerin Katrin Lompscher, die im Namen des Bundespräsidenten die Auszeichnung überreichte, würdigte in ihrer Laudatio die Arbeit von Becker-Brüser als Herausgeber und Chefredakteur des *arznei-telegramms* und seine Verdienste um eine unabhängige, rationale Arzneimittelinformation frei von Pharmainteressen und Werbeeinflüssen. Der Berliner Arzt und Apotheker, engagiert sich seit über 30 Jahren für eine unabhängige Bewertung von Arzneimitteln, deren Nutzen, Risiken und Kosten er vor allem anderen auf der Grundlage evidenzbasierter Studien bemisst. Die



Wolfgang Becker-Brüser wird von Senatorin Lompscher geehrt.

Senatorin lobte dabei sein Bemühen um „mehr Rationalität und Sicherheit in der medikamentösen Therapie“ und betonte, dass „Becker-Brüser sich nicht scheue, sich mit mächtigen Einzelinteressen anzule-

gen“. Auf diese Weise habe er sehr viel für die Transparenz im Arzneimittelbereich getan. Joachim Höfner kommentierte die Würdigung gegenüber BERLINER ÄRZTE mit den Worten: „Ich freue mich sehr über die Auszeichnung unseres Kollegen, dessen Empfehlungen mir seit über 30 Jahren in Klinik und Praxis eine sehr große Hilfe waren. Bescheidenheit im Auftreten ist normalerweise nicht die Eigenschaft, die einem im Kreise beruflich erfolgreicher Berliner Mediziner als Erstes ins Auge springt. Umso wohlthuender empfinde ich daher die Ehrung des stets im Stillen arbeitenden Kollegen Becker-Brüser und seines Redaktionsteams. Sie geben uns ein „in der modernen Welt am schwierigsten aufzutreibendes Gut...einen soliden, uneigennütigen Rat (Richard Ford)“. Das Bundesverdienstkreuz wird verliehen für besondere Leistungen auf politischem, wirtschaftlichem, kulturellem, geistigem oder ehrenamtlichem Gebiet und soll eine Auszeichnung all derer bedeuten, deren Wirken zum friedlichen Aufstieg der Bundesrepublik Deutschland beiträgt.

Verdienstorden für Axel Ekkernkamp

Im Rahmen einer Feierstunde im Großen Saal des Berliner Rathauses ist Professor Dr. Axel Ekkernkamp am 1. Oktober 2011 durch Berlins Regierenden Bürgermeister Klaus Wowereit mit dem Verdienstorden des Landes Berlin ausgezeichnet worden. Im Namen des Berliner Senats würdigte Wowereit die hervorragenden Verdienste Ekkernkamps für Berlin – zum einen als Ärztlicher Direktor und Geschäftsführer des Unfallkrankenhauses Berlin-Marzahn, der das Krankenhaus unter seiner Leitung in den letzten 15 Jahren zu einem modernen 550-Bettenhaus aufbaute, zum anderen für seinen „nie nachlassenden Einsatz



Axel Ekkernkamp (li.) mit Klaus Wowereit

zum Wohle der Stadt“. Ekkernkamp gehöre zu den wichtigsten Promotern des

Gesundheitsstandortes Berlin. 1994 kam er von Bochum nach Berlin und „wusste nicht mal, wo Marzahn ist“. Inzwischen ist Ekkernkamp in zahlreichen Gesundheitszirkeln, Fachgesellschaften und ärztlichen Organisationen engagiert und steht dem Deutschen Ärzteforum beim Hauptstadtkongress als wissenschaftlicher Leiter vor. „Keine deutsche Stadt verfügt über ein derartiges Angebot an gesundheitlicher Versorgung in der Spitze und der Breite. Auch das Potenzial auf dem Gebiet der Gesundheitswirtschaft ist hier hervorragend. Der Verdienstorden ist mir Ansporn, mich auf beiden Gebieten für unsere Region weiterhin zu engagieren“, so Ekkernkamp. Der Verdienstorden des Landes Berlin ist nicht seine einzige staatliche Auszeichnung. Ihm wurde bereits das Bundesverdienstkreuz am Bande und das Bundesverdienstkreuz Erster Klasse verliehen.

Mit dem Verdienstorden des Landes Berlin wurden außerdem Professor Dr. Karin Büttner-Janz, Leiterin der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie im Vivantes Klinikum Am Urban sowie der Orthopädischen Klinik des Vivantes Klinikums im Friedrichshain, und die Rheumatologin, Professor Dr. Erika Grommnic-Ihle, Präsidentin des Bundesverbandes der Deutschen Rheuma-Liga, ausgezeichnet.

Unabhängig und übersichtlich: Das Arzneimittelkursbuch

Arzneimittelkursbuch 2010/11
A.V.I. Arzneimittelverlags-GmbH, 16. Ausg.
2010, 2560 S., Hardcover, 123 Euro.



Viele sehen rot angesichts der zahllosen zweifelhaften, umstrittenen, überholten, überflüssigen Mittel auf dem Markt.

Wer clever ist, greift lieber gleich zur „Weißen Liste“, dem Arzneimittelkursbuch. Es ist für den verordnenden Arzt höchst wertvoll, weil es die Medikamente nicht nur aufführt, sondern kritisch bewertet. Aus den 176 Seiten der ersten Ausgabe von 1977 (da hieß es noch „transparent-telegramm“) wurden jetzt 2560. Und dieser Vorteil ist der einzige Nachteil: Dies ist ein sehenscheidengefährdender Wälzer, den man am besten ständig auf dem Schreibtisch liegen lässt.

Da macht er sich auch sehr nützlich, denn das Handbuch – besser Zweihandbuch – hat erstens Hand und Fuß, denn es fußt auf evidenzbasierten Informationen und ist absolut lobbyfrei; zweitens hilft es dem Arzt, die Spreu vom Weizen zu scheiden, und zwar auf einen Blick: Grünes Licht (d.h. grün unterlegter Text) für Mittel der Wahl und der Reserve, das sind zusammen gut ein Drittel. Rot dagegen heißt, wie im Straßenverkehr, stopp! Das sind Mittel nach zweifelhaftem oder überholtem Therapieprinzip, zusammen 24 Prozent. Dazwischen eine breite Grauzone von überflüssigen „Me-too“-Präparaten und von solchen mit derart widersprüchlicher Datenlage, dass man besser die Finger davon lässt.

Das Arzneimittelkursbuch integriert quasi drei Listen: eine Positivliste von allem, was grün ist, eine Negativliste – mit Rot wird gewarnt – und eine Preisvergleichsliste. Die lässt die „roten“ veralteten oder zweifelhaften Medikamente gleich weg. – Und nun ein Geständnis: Wir haben es versäumt, rechtzeitig um ein Rezensions-

exemplar dieser Neuauflage zu bitten. Erst durch den Brief aus dem Gesundheitsressort über die hohe Ehrung für den spiritus rector des pharmaunabhängigen „arznei-telegramms“ und „Arzneimittelkursbuchs“, den Berliner Arzt und Apotheker Wolfgang Becker-Brüser (s. Seite 28) kamen wir drauf. Aktuell ist diese 16. Ausgabe dennoch. Das Buch erscheint nur alle paar Jahre neu, und es ist seiner Zeit voraus. Zum Beispiel liest man über den Blutzuckersenkler Rosiglitazon (rosenrot unterlegt): „Zweifelhaftes Therapieprinzip... Den bedenklichen Risiken... steht kein adäquater Nutzen gegenüber... Wir erachten die Marktrücknahme für überfällig. Inzwischen ist das Mittel vom Markt.“

R. St.

Die Deutschen Chirurgen und der „Arzt des Volkes“

Michael Sachs, Hans-Peter Schmiedebach, Rebecca Schwoch: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 1933-1945 – Die Präsidenten. Hrsg. Hans-Ulrich Steinau und Hartwig Bauer, Kaden-Verlag, Heidelberg 2011. 274 S., zahlr. Abb., geb., 59 Euro.

Auch die Elite der Chirurgen war NS-verstrickt, ideologisch und medizinisch. BERLINER ÄRZTE berichtete nach Vorabdrucken bereits ausführlich über das Projekt der „Deutschen Gesellschaft für Chirurgie“, Leben, Werk sowie politische Worte und Taten ihrer Präsidenten in den zwölf braunen Jahren von drei Medizinhistorikern beschreiben zu lassen (siehe Nr. 8/2011, S. 28-30). Nun liegt das lang erwartete Werk endlich vor. Es wirkt wie ein Band einer gediegenen Reihe im Lexikonformat aus alter Zeit: Schuber, naturfarbenedes Leinen, Lederrücken mit Silberschrift, edles Papier – das sieht eher nach Repräsentation als nach Selbstkritik eines Standes aus.

Aber hier wird ein Anfang gemacht, spät, jedoch nicht zu spät. Die Gesell-

schaf plant auch einen zweiten, den Opfern gewidmeten Band. Über 200 verfolgte und vertriebene Mitglieder der Chirurgengesellschaft sind schon in diesem ersten Buch kurz genannt, um weitere Hinweise wird gebeten. Diese kamen bereits, sagte einer der Herausgeber, Hans-Ulrich Steinau, Präsident von 2006/7 und Initiator des Projekts zu BERLINER ÄRZTE. Ein Kollege im Bochumer Uni-Klinikum Bergmannsheil zum Beispiel habe mitgeteilt: „Da gehört auch mein Großvater hinein.“

Der vorliegende Band beginnt mit einer langen, „Vorwort“ genannten Einleitung der Herausgeber (mit 60 Literaturangaben!). Es folgt eine Chronik der Ereignisse in Form von Mitteilungen aus dem 1933er Jahrgang der Münchner medizinischen Wochenschrift zu „Gleichschaltung und Ausschaltung“. Erst dann, nach 26 Seiten findet man das Inhaltsverzeichnis. Es folgen die geschriebenen Präsidentenportraits. Nur wenige wie Otto Nordmann und Albert Fromme waren nirgends Mitglied und klare Nazi-gegner. Ohne verbale Anpassung kamen

auch sie nicht aus, (das kennen wir noch aus der DDR). Die Haltung anderer war ambivalent. Nur ein Beispiel: Rudolf Stich war überzeugter Nazi und Anhänger des „Führers“, ehrte aber in seiner Kongress-Eröffnungsrede einen verstorbenen jüdischen Kollegen, Georg Goldstein aus dem „israelitischen Krankenhaus“ in Breslau. Er warnte „vor einseitiger Unterstützung des Ausmerzungsgedankens. ... Können doch in der Sippe solcher körperlich Verunstalteten sehr hohe geistige Werte stecken.“ Und dann das Sieg Heil auf den „großen Arzt unseres Volkes“!

Die Präsidentenreden sind im Anhang abgedruckt, und zwar wörtlich. K. H. Bauer hatte 1958 in seiner Publikation über die deutschen Chirurgenkongresse alles Politische weggelassen (auch solche kritischen Bemerkungen). In dem neuen Buch wird dies wiederholt erwähnt, sodass man vermuten musste, in Bauer stecke ein alter Nazi. Falsch! In letzter Minute wurde eine kurze Information ins „Vorwort“ eingefügt: „...dass Karl Heinrich Bauer sich mehrmals konsequent der Aufforderung widersetzt, sich von seiner jüdisch stämmigen Gattin zu trennen“.

R. St.

Berühmte Ärztegräber...

...auf dem Alten St. Matthäus-Kirchhof

Welch schöner Ort für einen beschaulichen Herbstspaziergang! Und zum Ausruhen gibt's sogar ein Café gleich beim steinernen Portal an der Großgörschenstraße. Zwischen alten Bäumen und Gräbern steigt der Hauptweg leicht an. Rechts und links liegt die Elite aus Berlins Blütezeit in sechzig „ewigen“ Ehrengräbern. Die Gebrüder Grimm gehören dazu und andere große Gelehrte, darunter fünfzehn Ärzte.

Es war ein Arzt und Neuberliner, Professor Henning Rhode vom Förderverein „Efeu“, der eine Gruppe Interessierter zu einigen der Ärztegrabstätten auf dem Alten Matthäus-Kirchhof führte. Ebenso könnte man hier zu Gräbern von Ministern, Generälen, Königlichen Kommerz- und Geheimen Hofräten oder Unternehmern (wie Bolle) spazieren oder zu den Grabmalen von Architekten, Bildhauern, Malern und Musikern pilgern. Denn hier in Schöneberg ließ sich die bürgerliche oder (wie viele Ärzte) frisch geadelte Berliner Oberschicht bestatten.

Gelebt hat „man“ im südlichen Tiergartenviertel – im „Alten Westen“ oder „Geheimratsviertel“ –, damals noch ruhig vor den Toren der Stadt gelegen. Von den großbürgerlichen Häusern blieb nur die spätklassizistische Villa des preußischen Finanzministers August Freiherr von der Heydt erhalten. (Heute Verwaltung der Stiftung Preussischer Kulturbesitz.) Man gehörte zur Gemeinde der 1846 vom Schinkelschüler Friedrich August Stüler erbauten Matthäuskirche. Sie steht noch immer, jetzt am Rande des Kulturforums.

Der Friedhof wurde 1854 auf einem Hanggrundstück beim Dorf Schöneberg gegründet, in den nächsten drei Jahrzehnten dreimal erweitert – und 1938/39 zu einem Drittel zerstört, weil Speer hier die große Nord-Süd-Achse seines Hauptstadtplans vorgesehen hatte.

Die historischen Gräber wurden eingeebnet, die Überreste bekannter Persönlich-

keiten zum Teil auf den Südwest-Friedhof Stahnsdorf umgebettet. Daran erinnert ein Gedenkstein am früheren Standort des Langenscheidt-Mausoleums.



Gräber regen zum Nachdenken über Leben und Tod an. Welch ein erfülltes Arbeitsleben führte zum Beispiel Bernhard von Langenbeck (1810-1887). Der Gründer und langjährige Leiter der „Deutschen Gesellschaft für Chirurgie“ operierte noch ohne Anti- und Asepsie in den Wohnungen oder Hotelzimmern der Patienten. Selbst für den Neubau seiner Chirurgischen Uni-Klinik in der Ziegelstraße hatte er keinen OP vorgesehen und operierte im Hörsaal – und doch machte er die Klinik zum Weltzentrum der Chirurgie. Wie's ihm privat ging, darüber kann man sich vor dem aufwendigen, wappenbekrönten Familiengrab einiges zusammenreimen:

Wenn er hier begraben ist, muss er sehr an Berlin gegangen haben, denn gestorben

ist er in Wiesbaden, seinem letzten Wohnort. Seine Frau hat er nur ein Dreivierteljahr überlebt. Zwei Söhne verloren; der eine lebte nur ein paar Wochen; „Carl Langenbeck“ steht auf der Grabplatte. Da war die Familie noch nicht geadelt und lebte in Kiel. Der andere Sohn, Julius von Langenbeck, starb mit 24. Er wurde im 1870/71er Krieg gegen Frankreich so schwer verletzt, dass er „seinen Wunden erlegen ist“, liest man auf dem Grabstein.

Gleich daneben das schlichte Grab des Internisten Theodor Friedrichs (1819-1885), der ebenfalls in Kiel (und Breslau) war und nach Berlin berufen wurde – ein ausgezeichnete klinische Forscher, Lehrer und Dekan. Auch Adolf von Bardeleben (1819-1895), der als Direktor der Charité-Chirurgie die gerade von Lister entwickelte Antiseptik dort einführte (gegen den Widerstand der Sparkommissare), legte großen Wert auf die wissenschaftliche Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses.

Grabplastiken gibt es auf diesen Ärztegräbern gar nicht, nur hin und wieder Portraitmedaillons wie auf dem Grabstein des Reformpsychiaters, der 1865 die „Irrenabteilung der Königlichen Charité“ übernahm. Darunter steht nur „Griesinger, *29. Juli 1817, † 26. Oktober 1868“. Ein Bildnismedaillon auch für Carl Mayer (1795-1868), gestiftet von seiner „Gesellschaft für Geburtshilfe in Berlin“. Und daneben sein Schwiegersohn, ein schmiedeeisernes Gitter ums Grab. Auf der grob behauenen Granitstele nur „Rudolf Virchow“ (den Adelstitel hat er stets abgelehnt) „*13. Oktober 1821, † 5. September 1902“. Darunter „Rose Virchow geb. Mayer“ und ihre Daten. Sie hat ihn um elf Jahre überlebt. An das jüngste ihrer sechs Kinder, Hanna, die erst 1963 mit neunzig starb, erinnert eine kleine Grabplatte zu Füßen der Eltern.

Während der ärztliche Guide zu seinem Grüppchen spricht, huscht eine kleine Feldmaus bei Hanna unter den Efeu, kommt wieder hervor und macht sich nichts aus uns. Virchow hätte geschmunzelt.

Rosemarie Stein

BERLINER ÄRZTE

11/2011 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.)
Michaela Peeters
Eveline Pötter (Redaktionsassistentin)
Redaktionsbeirat:
Dr. med. Svea Keller
Univ. Prof. Dr. Harald Mau
Dr. med. Bernd Müller
Dr. med. Gabriele Stempor
Dr. med. Kilian Tegethoff
Julian Veelken
Dr. med. Elmar Wille
Anschrift der Redaktion:
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-4100/-4101, FAX -4199
Titelbild: Sehstern, Berlin

Für die Richtigkeit der Darstellung der auf den vorstehenden Seiten veröffentlichten Zuschriften wissenschaftlicher und standespolitischer Art kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die darin geäußerten Ansichten decken sich nicht immer mit denen der Herausgeber der Zeitschrift. Sie dienen dem freien Meinungsaustausch unter der Ärzteschaft und ihrer nahestehenden Kreise. Nachdruck nur mit Genehmigung.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zulässigen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar.

Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruner-Straße 62,
04107 Leipzig
Telefon 0341 710039-90, FAX -99
Internet: www.l-va.de, E-Mail: mb@l-va.de
Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Melanie Bölsdorff
Anzeigenverwaltung Berlin/Brandenburg:
Götz & Klaus Kneiseler, Umlandstraße 161, 10719 Berlin
Telefon 030 88682873, Telefax 030 88682874
Druck und Weiterverarbeitung: Brühlsche Universitäts-
druckerei 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