

Bei  Kreuzbeschwerden:



Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihren Abgeordneten oder studieren Sie diese Ausgabe.

 Bundestagswahl 2013

Wahl 2013 – Duales System versus „Einheits- versicherung“



Dr. med. Elmar Wille

*Arzt für Augenheilkunde und
Vizepräsident der Ärztekammer
Berlin*

Im Zusammenhang mit der Wahl werden wieder viele Themen angesprochen. Schaut man genauer hin, werden nicht selten Probleme mit Leidenschaft diskutiert, die weitgehend in Brüssel oder Straßburg entschieden werden. Die Gesundheitspolitik gehört diesmal weniger dazu, obwohl in unserem Lande bisher noch die alten nationalstaatlichen Rechte gelten wie teilweise noch im 19. Jahrhundert. Dass unterschiedliche Modelle denkbar sind, zeigt ein Blick auf Europa: Von der voll steuerfinanzierten Staatsmedizin bis zur privatwirtschaftlich organisierten Versorgung, prämiener oder beitragsfinanziert, alles ist möglich. In Deutschland wird die Krankenversorgung, wie sie prägend ist für die beruflichen Möglichkeiten und Zwänge der Ärzteschaft, durch Gesetze des Bundestages bestimmt, die zum Teil bis ins kleinste Detail alles regeln – siehe SGB V!

Deshalb will BERLINER ÄRZTE im vorliegenden Heft die aktuellen Pläne der Parteien für unser Gesundheitssystem mal genauer unter die Lupe nehmen, der Übersicht halber beschränkt auf die fünf derzeit im Bundestag vertretenen Fraktionen. Da hat sich vieles getan, insbesondere bei SPD und Grünen. Wer in der Ärzteschaft hat schon wirklich realisiert,

dass diese Parteien das seit Bismarcks Zeiten bestehende Nebeneinander von privater und gesetzlicher Versicherung zu Gunsten einer Einheitsversicherung, genannt Bürgerversicherung, abschaffen wollen? Wollen Sie das auch? Der Deutsche Ärztetag in diesem Jahr in Hannover wollte das nicht (siehe S. 19)! Verständlich, denn wer wagt schon, sich auf die Zusage der „gleichbleibenden Gesamtvergütung“ zu verlassen? Frei nach dem Motto, wer sich auf Politikerzusagen verlässt, ist verlassen, haben wir Ärzte in den letzten vier Jahren mit den Zugeständnissen aus der Politik – egal von welcher Partei – ja auch eher sehr schlechte Erfahrungen gemacht. Wenn Herr Schäuble und Frau Merkel (und vor ihnen Eichel und Schröder) ihre Versprechungen gehalten hätten und vertragstreu (Maastricht) gewesen wären, ja dann hätte z.B. die Berliner Ärzteversorgung viele Millionen mehr in der Deckungsrückstellung. Vom Trauerspiel um die GOÄ ganz zu schweigen.

2009 wurde erstmals ein Arzt Gesundheitsminister. Seine Partei gilt gemeinhin als den freien Berufen zugewandt. Im Koalitionsvertrag 2009 wurde sodann versprochen, die GOÄ von 1982! endlich zu reformieren – wofür übrigens auch hier allein der Bund zuständig ist. Man glaubt es nicht. Der Arzt und Gesundheitsminister gibt sein Ressort nach 1,5 Jahren ab, ohne seine Ankündigungen umzusetzen und der neue Minister, ein

gelernter Bankkaufmann/Volkswirt, schiebt dieses grundlegende Thema auf die lange Bank. Hingegen erhielten die Zahnärzte eine neue GOZ, die Tierärzte und Rechtsanwälte eine pauschale Anpassung ihrer Honorare und die Patienten bekommen ein Patientenrechtegesetz. Allein die Ärzteschaft blieb außen vor.

A propos Patientenrechte, im Lichte neuer Ereignisse, die von außen diese Republik erreichen, spricht der NSA-Skandal, sind wir Ärzte doch gut beraten, uns zum Thema Datensicherheit und Umgang mit elektronischen Medien gut zu informieren. Unsere Patienten haben ein *Recht* darauf, von uns aufgeklärt zu werden, wie großzügig im Sozialsystem mit intimsten Daten umgegangen wird und wo und wie lange diese gespeichert werden. Jeder schaue sich da seine ICD-Codierungen an. Nach diesem Skandal sollten doch alle Netzwerk-Freunde sowie Telematik- und eGK-Befürworter sehr nachdenklich werden. Glauben Sie den Zusicherungen des Amtes für Datensicherheit? Ich nicht. Auch meine ich, dass wer einen gläsernen Arzt oder Psychotherapeuten will, der bekommt auch einen gläsernen Patienten! Das heißt in letzter Konsequenz: Wahrlich, ein Orwell-Szenario. Besonders einfach umzusetzen bei einer Einheitskasse für alle. Prüfen Sie diesbezüglich bitte die Parteiprogramme! Sind diese wirklich (Unwort des Jahres 2010): „alternativlos“?

„Personale“, nicht „Personalisierte“ Medizin

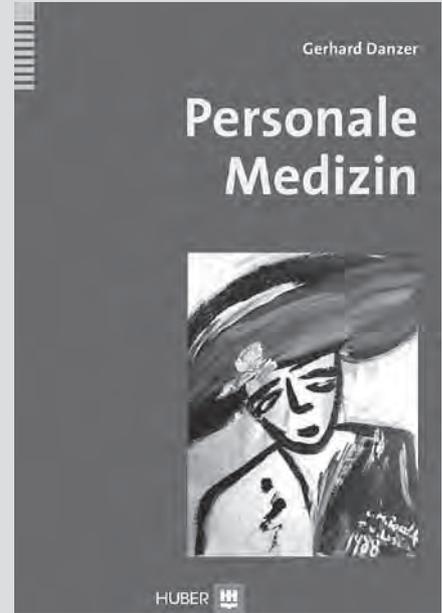
Gerhard Danzer: *Personale Medizin*
Verlag Hans Huber, Bern 2012
550 S. geb. 39,95 EU

Hier geht's nicht um die Sorte „Personalisierung“, die Patienten enttäuscht, weil nicht sie, sondern nur ihre genetischen Biomarker ernst genommen werden. Der Autor dieses Schwergewichts, Schüler und Mitarbeiter von Josef Rattner und Psychosomatik-Chef in Neuruppin, geht vielmehr sogar über das biopsychosoziale Konzept moderner Psychosomatiker hinaus: Nach seiner Auffassung ist die gesamte Psychosomatik nur eine Vorform der „Personalen Medizin“. Denn zur Person gehöre neben Materie, Leben und Seele noch eine vierte Dimension: Geist. Die geistig-kulturellen Facetten des Menschen aber seien selbst in der psychosomatischen Medizin unterrepräsentiert.

Danzer erklärt ausführlich den Begriff der Person. Es folgt ein thematischer Rundumschlag, der kaum ein Problem der Anthropologie, Philosophie, Psychologie und Medizin auslässt. Zum Beispiel erläutert er beredt den Unterschied zwischen Körper und Leib, die Definition von Gesundheit und Krankheit quer

durch die Kultur- und Medizingeschichte, das Maschinenmodell des Menschen (das den Arzt zum „Uhrmacher“ degradiert), die Problematik von Befund und Befinden, die entscheidende Bedeutung der Anamnese und des Arzt-Patient-Verhältnisses, die Notwendigkeit der Verknüpfung von evidenzbasierter und narrativer Medizin, um nur einige wichtige Punkte herauszugreifen...

Der Theorie folgt die Praxis der Personalen Medizin, dargestellt an exemplarischen Störungen. Dabei wird das „Personale“ zum Glück nicht überzogen; der Autor distanziert sich beispielsweise von fragwürdigen Hypothesen zur Genese der Krebskrankheiten. Nicht nur das Register und die jedem Abschnitt folgenden Literaturverzeichnisse zeugen von der immensen Belesen- und Gelehrsamkeit des Verfassers, auch der Text selbst ist beladen, ja überladen mit ständigen Hinweisen auf Koryphäen vieler wissenschaftlicher Disziplinen sowie der Belletristik. Die Botschaft des Buches ist klar und höchst begrüßenswert: „Die Behandlung sollte von der Biologie... bis in die personale Dimension des Patienten reichen.“ Dem an zeit- und Mußemangel leidenden Arzt könnte nicht nur dieses Postulat, sondern auch



die verwirrende Überfülle des Buches zuschaffen machen – embarras de richesse.

Einer der wichtigsten von vielen interessanten Hinweisen Danzers auf andere Autoren: „Der amerikanische Kardiologe Bernard Lown (geb. 1921) meint sogar, die Ignoranz in Bezug auf die Individualität von Kranken mache das ‚inhumane Kernstück‘ der heutigen Medizin aus.“ Lesen Sie Danzer – und wenn Ihnen die Lektüre vielleicht zu mühselig wird und Sie die harte Hand eines unerbittlichen Lektors vermissen: Lesen Sie Lowns „Die verlorene Kunst des Heilens“ wieder und wieder.

R. St.



TITELTHEMA

Bundestagswahl 2013 – Der Lagerwahlkampf um die Zukunft der Krankenversicherung

Von Eugenie Ankwitsch.....14

EDITORIAL.....

Wahl 2013 – Duales System versus „Einheitsversicherung“

Von Elmar Wille.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*.....6

Gehalte an Pyrrolizidinalkaloiden in Kräutertees und Tees sind zu hoch

Informationen des Bundesinstituts für Risikobewertung.....11

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK

Die Wendung des biographischen Verlaufs nach schwerer Krankheit

Von Ulrich Rieger.....23

Morbiditätsorientierte Ärztevergütung und Morbi-RSA der Krankenkassen – passt das zusammen?

Von Achim Kolanoski.....26

Team-Fortbildung in der Praxis – ein Beispiel

Von Rosemarie Stein.....28

Aktiv gegen Alkoholprobleme

Von Ulrike Hempel.....30

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen.....10

Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin.....21

PERSONALIEN

In memoriam Thea Schirop.....32

In Gedenken an Klaus Eyrich.....33

BUCHBESPRECHUNGEN . . .

Danzer, Gerhard:

Personale Medizin.....4

FEUILLETON.....

Christoph Gosepath

Arzt und Regisseur

Von Rosemarie Stein34

Über 180 Charité-Ärzte entlassen

Sie bekamen ein Denkmal

Endlich hat die Charité einen Ort des Gedenkens an ihre durch die Nazis verfolgten, vertriebenen, zu Tode gekommenen Mitglieder. Ihre Medizinhistoriker hatten sich ein Jahrzehnt lang vergeblich dafür eingesetzt. Nun brachte der Druck des Berliner Gedenkjahrs „Zerstörte Vielfalt“ den Durchbruch: Auf dem Campus Mitte (Virchowweg 6) stehen jetzt zwei Säulen. Sie erinnern an die jüdischen Lehrenden – fast die Hälfte der Fakultät – und die anderen aus politischen Motiven verfolgten Dozenten. Das Schicksal der unliebsamen Assistenten, anderen Mitarbeitern und Studenten ist noch kaum erforscht. Bisher wurden mehr als 180 Namen entlassener Privatdozenten und außerordentlicher Professoren ermittelt.

Sie stehen alle auf der ersten Säule. Außerdem wird man dort mit einem kurzen Text ins Thema eingeführt. Man erfährt

etwas über die Eskalation der Verfolgung, von den Entlassungen nach den Rassegesetzen, die Klinikdirektoren und Institutsleiter noch vorm Inkrafttreten willfährig vollzogen, über den Entzug der Lehrbefugnis und dann auch der Approbation, bis zum Exil, zur Deportation ins KZ oder zum Suizid. Die Namen jener Dozenten der Medizinischen Fakultät, die unmittelbar durch die Verfolgung den Tod fanden, sind noch einmal extra aufgelistet.

Die zweite Säule zeigt exemplarisch sechs Kurzbiographien verfolgter Charité-Ärzte samt Bildern, die nach drei Monaten gegen sechs andere ausgetauscht werden.

Die bekanntesten: Rudolph Nissen, Erster Oberarzt Sauerbruchs, nach der Emigration Chirurgieprofessor in New York, seit 1952 in Basel, wo er 1981 starb. Älteren Kollegen ist er vielleicht noch als Kongressreferent bekannt, sicher aber als Chirurgielehrbuchautor. –

Arthur Kronfeld, erster deutscher Professor für Psychotherapie und Mitbegründer des Instituts für Sexualwissenschaft von Magnus Hirschfeld.

Der Pharmakologe Otto Krayer, der sofort entlassen wurde, weil er – als einziger – einen Lehrstuhl mit der Begründung ablehnte, dass er durch die Vertreibung eines jüdischen Kollegen freigeworden war.

Alle Texte schrieb Udo Schagen von der Forschungsstelle Zeitgeschichte im medizinhistorischen Charité-Institut. Näheres in dem von ihm und Sabine Schleiermacher herausgegebenen Buch „Die Charité im Dritten Reich“, Paderborn 2008.

R. St.



Umfrage unter Ärztinnen und Ärzten

Klinikstand, das Meinungsforschungsforum für Klinikpersonal, macht eine unabhängige und konstruktive Umfrage unter Ärzten und Ärztinnen. Wie ist er wirklich, der Stand der Dinge an Berliner Kliniken? Sagen Sie Ihre Meinung auf www.klinikstand.de/umfrage2013. Die Ergebnisse werden ab 01.10.2013 auf www.klinikstand.de veröffentlicht. Auf klinikstand.de können Ärzte und Pflegekräfte, ohne ihre Namen preiszugeben, Beiträge zum „Stand der Dinge“ in ihren Kliniken schreiben. Dabei versteht sich das Portal nicht als „Meckerkasten“, sondern als Plattform für konstruktive Kritik. Es fordert die Nutzer dazu auf, Verbesserungsvorschläge und Lösungsmodelle einzubringen, Meinungen und Wünsche zu äußern.

Kongress

Naturheiltage Berlin Herbstkongress 2013 – Kurs II

Freitag bis Sonntag, 25.-27.10. und 08.-10.11.2013

Weiterbildung zum Erwerb
der Zusatzbezeichnung
„Naturheilverfahren“ mit
Zertifizierung (38 Punkte)

Veranstalter: Ärztegesellschaft
für Naturheilverfahren (Physio-
therapie) Berlin-Brandenburg e.V.

Inhalte:

Physikalische Therapie

25.u. 26.10.2013

Vegitative Regulation;
Einführung in die Thermo-
therapie; kompl. physikalische
Entstauungstherapie

Phytotherapie 26.10.2013

bei Herz-/Kreislaufkrankungen;
Erkältungs- und Atemwegserkr.;
HNO- und Hauterkr.; Wechsel-
jahrbeschwerden und Prostata-
probl.

Ordnungstherapie 08.11.2013

Gesundheitsberatung;
das ärztliche Gespräch;
NLP in der Praxis

Ernährungstherapie

09.11. 2013 vorm.

Formen der vegetarischen

Ernährung; Supplementierung
von Nahrungsergänzungs-
mitteln/Mikronährstoffen

09.11. 2013 nachm.

Schwerpunktthema:

Onkologie

Neuraltherapie 10.11. 2013

Einführung; Praxis;

Falldarstellung

Anmeldung: Naturheiltage
Berlin, c/o Dr. med. Reinhold
Heinzler, Tel: 01758557262,
E-Mail: r.heinzler@web.de

Veranstaltungsort:

St. Gertrauden Krankenhaus,
Paretzer Str. 12,
10713 Berlin-Wilmersdorf

Kursgebühren:

360,00 € für den gesamten
Kurs II. Ermäßigungen unter
bestimmten Voraussetzungen
und bei entsprechendem
Nachweis.

Ausführliches Programm unter:
www.naturheiltage-berlin.de

Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden
uns folgende Änderungen gemeldet:

Fliedner Klinik Berlin

PD Dr. Mazda Adli, ehemals
Oberarzt der Klinik für Psychia-

trie und Psychotherapie der Charite Campus Mitte und Leiter
des Forschungsbereichs Affektive Störungen hat seit Juli die
Leitung der Fliedner Klinik Berlin übernommen. Als internatio-
nal bekannter Experte für depressive und Stressfolgeerkran-
kungen wird er einen Schwerpunkt zur Behandlung und
Prävention von psychischen Störungen der urbanen Bevölke-
rung etablieren. Er trat die Nachfolge von Prof. Dr. Markus
Gastpar an, der nach sieben erfolgreichen Jahren die Leitung
altersbedingt abgegeben hat und der Klinik weiterhin in
ambulanten Sprechstunden verbunden bleibt.

ZAR Zentrum für ambulante Rehabilitation Gartenstraße GmbH

Dr. Thomas Lang
ist seit Mai neuer
Chefarzt der

orthopädischen Abteilung des ZAR Zentrum für ambulante
Rehabilitation Gartenstraße GmbH. Dr. Lang war zuvor als Lei-
tender Arzt im Reha Zentrum im Oberlinhaus gGmbH in Pots-
dam tätig und tritt die Nachfolge von Dr. Sebastian Bader an.

Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Chefarztposi-
tionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause.

Tel. 40 80 6-4100/-4101, Fax: -4199, E-Mail: e.piotter@aekb.de
oder s.rudat@aekb.de

Kurs

„Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ Ein Kurs in drei Modulen nach dem 40-stündigem Curriculum der Bundesärztekammer

Basierend auf dem Curriculum der Bundesärztekammer bietet die Ärztekammer Berlin ab Mai 2014 für alle in Weiterbildung befindlichen Kolleginnen und Kollegen und für Interessierte aus Klinik und Praxis erneut den Kurs „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ an. Allgemeine Grundlagen zur Begutachtung und Anforderungen an Gutachten sowie spezielle Fragestellungen der Versicherungs- und Sozialleistungsträger bilden Schwerpunkte des Curriculums. Dabei werden nicht nur medizinisch-fachliche Fragen, sondern auch juristische, sozialversicherungsrechtliche und rechtsmedizinische Aspekte der Begutachtung in deren Grundlagen behandelt. Anhand von Fallvorstellungen diskutieren ausgewiesene Experten fachspezifische Fragen der Begutachtung. In den freien Intervallen zwischen den Präsenzveranstaltungen erstellen die Teilnehmer zwei Gutachten,

deren Ergebnisse im Plenum zusammengefasst werden.

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

Termine: Modul I: 09./10.05.2014
Modul II: 23./24.05.2014/Modul III: 27./28.06.2014 (freitags jeweils 13.00-19.30 Uhr; samstags jeweils 08.00-14.00 Uhr)

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

Bei erfolgreicher Teilnahme an allen drei Modulen wird eine Teilnahmebescheinigung der Ärztekammer Berlin ausgestellt. Insgesamt werden **45 Fortbildungspunkte (15 pro Modul)** vergeben.

Die **Teilnahmegebühr** für die Module I-III beträgt insgesamt **400,00 €**

Informationen und Anmeldung:
E-mail: begutachtung@aekb.de
Tel: 030/40806-1203

Symposium

EU-Finanzkrise und die Auswirkung auf die psychische Gesundheit in Südeuropa

Während die wirtschaftlichen Auswirkungen der europäischen Finanzkrise zu viel öffentlicher Aufmerksamkeit führen, haben die Einschnitte in der Gesundheitsversorgung bisher eher wenig Beachtung gefunden. Insbesondere die psychische Gesundheit reagiert auf ökonomische Krisen sehr empfindlich: Der „Lancet“ veröffentlichte im März Untersuchungen, die einen Anstieg an Depressionen, Angststörungen, Drogenmissbrauch und Suiziden belegen („Financial crisis, austerity, and health in Europe“ (The Lancet, Vol. 381 No. 9874 pp 1323-1331). Deshalb kommt eine der Autorinnen des Lancet-Artikels, Marina Karanikolos, zu dem Schluss: „Die Konsequenzen der rezessionsbedingten Politik werden die Bürger Europas noch lange nach Ende der eigentlichen Krise zu spüren bekommen.“

Marina Karanikolos wird auf Einladung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité, CA Prof. Andreas Heinz,

am 10.09.2013 um 18.00 Uhr in der „Berlin School of Mind and Brain“ (Humboldt-Universität, Luisenstraße 56, Haus 1, 10117 Berlin)

Titel: „The effect of economic crisis and austerity on mental health and services in Europe“

ihre Erkenntnisse vermitteln. Unterstützt wird die Veranstaltung von der Berlin School of Mind and Brain und der FrAktion Gesundheit. Das Symposium wird auf Englisch abgehalten werden.

ANZEIGEN

„Das Ausmaß der Folgen von Medikationsfehlern“ BERLINER ÄRZTE 8/2013, S. 23



In dem Beitrag zitieren Sie eine Untersuchung aus Krankenhäusern der USA, nach der „jeder 3. Patient während des stationären Aufenthalts behandlungsbedingte unerwünschte Ereignisse erlitt“ und „2 % der unerwünschten Ereignisse [d.h. jedes 50ste] zum Tode führten“. Danach stirbt also in den USA jeder 150ste Patient an den unerwünschten Folgen der Krankenhausbehandlung. Bei etwas mehr als 18,3 Millionen Krankenhauspatienten (Fallzahl lt. Deutsche Krankenhausgesellschaft) in Deutschland im Jahre 2011 wären dies mehr als 122.000 Tote

im Jahr in Deutschland durch die unerwünschten Folgen einer Krankenhausbehandlung. Selbst wenn man unterschiedliche Standards im Gesundheitssystem der USA und Deutschlands annimmt, erscheint mir die errechnete Anzahl, und damit auch die von Ihrer Zeitschrift zitierten, zugrunde liegenden Prozentzahlen, sehr hoch. Trotzdem halte ich es für sehr wichtig, eine nachvollziehbare Rangfolge der Ursachen behandlungsbedingter unerwünschter Ereignisse zu erstellen, weil die Behebung des größten Problems den größten Erfolg

verspricht z.B. im Hinblick auf gerettete Leben usw.

*PD Dr. med. habil. Gregor Caspari
Berlin*

Redaktionelle Anmerkung

Die Zahlen aus den USA geben nur einen (wenn auch deutlichen) Hinweis darauf, das Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) ein hoch relevantes Problem in allen industrialisierten Ländern ist. Grundsätzlich kann man aber in anderen Ländern erhobene Zahlen nicht auf das deutsche Gesundheitswesen hochrechnen, hierzu sind die

Begriffsdefinitionen, die Methodik der Studie, das Gesundheitswesen als solches und die Bewertungsverfahren für Nebenwirkungen zu unterschiedlich. Wünschenswert wäre es, wenn es auch für Deutschland mehr Versorgungsforschung für den Bereich der AMTS gäbe. Dies ist aber eine Frage der Verteilung von Ressourcen.

*Dr. med. Amin-Farid Aly
Referent Arzneimitteltherapiesicherheit
Arzneimittelkommission der
deutschen Ärzteschaft*

Tetrazepam

Ruhen der Zulassung ab 01.08.2013

Das BfArM hat nach einem nicht einstimmigen europäischen Verfahren zur Risikobewertung das Ruhen der Zulassung Tetrazepam-haltiger Arzneimittel (Musaril®, Generika) zum 1. August 2013 angeordnet. Grund für diese Maßnahme waren Berichte über schwerwiegende und lebensbedrohliche Hautreaktionen (wie z.B. Stevens-Johnson-Syndrom) und Kontaktdermatitiden, auftretend zu jedem Zeitpunkt der Therapie und nicht vorhersehbar. Das Nutzen-Risiko-Verhältnis wird auch aufgrund eines unsicheren therapeutischen Nutzens negativ beurteilt.

Aufgrund eines strukturellen Unterschiedes von Tetrazepam im Vergleich zu anderen Benzodiazepinen besteht keine Kreuz-

reaktion, so dass andere Benzodiazepine weiter eingenommen werden können.

Das Absetzen von Tetrazepam sollte bei Patienten mit bereits länger andauernder Therapie mit Tetrazepam (mehr als eine Woche) schrittweise erfolgen, um Absetzphänomene zu vermeiden.

Quellen: Bull. AM-Sicherheit 2013 (2), 03-11; Pharm. Ztg. 2013; 158(26): 105

Olmesartan

Zöliakie-ähnliche Durchfälle

Der Angiotensin-II-Rezeptorblocker Olmesartan kann schwere, Zöliakie-ähnliche Durchfälle mit Atrophie und Entzündung der Dünndarmmukosa verursachen. Bei 22

Patienten in den USA besserten sich Histologie und Symptome nach Absetzen des Arzneistoffes, bei erneuter Exposition kam es bei 10 Patienten wieder zu ähnlichen Symptomen. Diese als Dechallenge bzw. Rechallenge bezeichnete Vorgehensweise gilt allgemein als beweisend für einen Kausalzusammenhang zwischen Arzneistoff und aufgetretener unerwünschter Wirkung (UAW). Sollte es unter der Einnahme von Olmesartan zu Durchfall oder Gewichtsverlust kommen (auch erst nach längerer Einnahme auftretend), sollte an diese seltene UAW gedacht werden. Ein Absetzen und Abwarten scheint gerechtfertigt.

Quelle: www.aerzteblatt.de/nachrichten/55047

**Ihr Ansprechpartner bei Rückfragen: Dr. Günter Hopf, Ärztekammer Nordrhein,
Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf, Tel. 0211 4302-2272**

Nachdruck aus dem Rheinischen Ärzteblatt 8/2013

Gehalte an Pyrrolizidinalkaloiden in Kräutertees und Tees sind zu hoch

Pyrrolizidinalkaloide sind sekundäre Pflanzeninhaltsstoffe, die von einer Vielzahl weltweit vorkommender Pflanzenarten zum Schutz vor Fraßfeinden gebildet werden. Das Vorkommen von Pyrrolizidinalkaloiden in Pflanzen variiert stark nach Pflanzenart und Teil der Pflanze und wird auch von weiteren Faktoren (z.B. Klima, Bodenbeschaffenheiten) beeinflusst. Aufgrund ihres gesundheitsschädigenden Potenzials sind insbesondere 1,2-ungesättigte Pyrrolizidinalkaloide (PA) in Lebens- und Futtermitteln unerwünscht. In hoher Dosierung können sie akut zu Leberschädigungen führen. Im Tierversuch haben sich bestimmte PA als genotoxische Kanzerogene erwiesen.



Aktuelles Forschungsprojekt

Das BfR führt derzeit ein Forschungsprojekt zum Thema „Bestimmung von Pyrrolizidinalkaloiden in Lebens- und Futtermitteln“ durch. Dabei wurden zunächst verschiedene handelsübliche Kräutertee- und Teeproben sowie Teedrogen untersucht. Als erste Ergebnisse der nicht repräsentativen Untersuchungen wurden Summengehalte von 0 bis 3,4 Milligramm Pyrrolizidinalkaloide pro Kilogramm Trockenprodukt ermittelt. In einigen Proben sind unerwartet hohe Gehalte an Pyrrolizidinalkaloiden in den Kräutertee- und Teeproben gemessen. In die Schätzung der Exposition wurden folgende Kräuterteesorten einbezogen: Babyfencheltee, Fencheltee, Kamillentee, Kräutertee, Pfefferminztee, Brennesseltee und Melissentee.

Da sich einige der nachweisbaren Pyrrolizidinalkaloide im Tierversuch als genotoxische Kanzerogene erwiesen haben, sind diese Gehalte zu hoch und sollten möglichst gesenkt werden. Dazu gehören Kontrollen der Kräutertee- und Teechargen vor der Vermarktung und eine Erforschung der Ursache seitens der Wirtschaftsbeteiligten. Trotz der in Ein-

zelfällen unerwartet hohen Gehalte in den Proben ist eine akute Gesundheitsschädigung bei kurzfristiger Aufnahme für Erwachsene und Kinder unwahrscheinlich.

Keine gesicherten Aussagen möglich

Bei längerfristigem Verzehr überdurchschnittlich hoher Mengen von Produkten mit den derzeit gemessenen mittleren und hohen Gehalten an Pyrrolizidinalkaloiden könnte aber, wenn sich die ersten Daten bestätigen, ein Risiko einer gesundheitlichen Gefährdung, insbesondere bei Kindern, Schwangeren und Stillenden, bestehen. Allerdings schwanken die Gehalte einzelner Proben auch innerhalb der gleichen Teesorte erheblich, sodass sichere Aussagen zum gesundheitlichen Risiko bei regelmäßiger Aufnahme belasteter Teeaufgüsse derzeit noch nicht möglich sind. Eltern wird daher vorerst empfohlen, ihren Kindern nicht ausschließlich Kräutertees und Tee anzubieten. Auch Schwangere und Stillende sollten Kräutertees und Tee abwechselnd mit anderen Getränken konsumieren. Die ersten erhobenen Daten des Forschungsprojekts müssen, zum Beispiel im Rahmen des Lebensmittel-Monitorings, verifiziert werden.

Generell rät das BfR zu Abwechslung und Vielfalt bei der Auswahl von Lebensmitteln, um einseitigen Belastungen mit verschiedenen potenziell gesundheitsgefährdenden Stoffen, mit deren vereinzelt Vorkommen in Lebensmitteln gerechnet werden muss, vorzubeugen.

Transplantationen

Save the date

Übergreifende Allianz für mehr Transparenz bei Organspenden



Die Abläufe der Organspende und -transplantation sollen in Berlin transparenter und vertrauenswürdiger werden. Dieses Ziel hat sich in der Hauptstadt ein breites Bündnis von Vertretern aus Medizin, Forschung, Politik und Verbänden gesetzt und am 8. August im Abgeordnetenhaus die „Berliner Erklärung Organspende“ vorgestellt. Das Bündnis will die Bürgerinnen und Bürger mit verständlichen Informationen besser aufklären und so dazu anregen, sich bewusst für oder gegen eine mögliche Organspende zu entscheiden. Damit soll die Chance auf ein lebensrettendes Spenderorgan für Betroffene erhöht werden.

Ungeachtet notwendiger bundesweiter Maßnahmen sollen dazu in Berlin weitergehende Maßnahmen umgesetzt werden:

- Das Berliner Transplantationsgeschehen soll transparenter und für die Öffentlichkeit nachvollziehbar gemacht werden.
- Die historisch guten Elemente des Berliner Transplantationswesens sollen noch besser genutzt und gestärkt werden.
- Die Transplantationszentren sollen durch die Entwicklung von Benchmarks und Qualitätskriterien systematischer bewertet sowie deren Strukturen und Prozesse verbessert werden.

- Die Berliner Situation soll zum Vorbild werden, indem über bundesweite Vorgaben hinausgegangen wird. Dies beinhaltet etwa die Veröffentlichung von Ergebnissen und Prüfberichten, die Vermeidung von Chefarzt-Aufschlägen und Doppelmitgliedschaften in Entscheidungsgremien.
- Durch die Gründung eines Beirats soll eine zusätzliche Struktur geschaffen werden, die sich regelmäßig mit dem Berliner Transplantationssystem beschäftigt und Verbesserungsvorschläge erarbeitet.

Der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. Günther Jonitz, der zu den Erstunterzeichnern gehört, erklärte: „Unter dem Transplantationskandal leiden vor allem die, die auf ein Organ warten. Mit der Berliner Erklärung wird eine neue, breitere Basis für die Belange dieser Menschen geschaffen und Vertrauen wieder hergestellt. Unser Ziel muss es sein, in Berlin eine führende Rolle im Transplantationswesen einzunehmen. Diese Leuchtturmfunktion erreichen wir, indem wir über die bundesweiten Vorgaben hinausgehen und mit Hilfe eines Beirats die Situation kontinuierlich analysieren und Verbesserungsvorschläge machen.“

2. Fortbildungskongress der Ärztekammer

Berlin in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Termin: Samstag, 23. 11. 2013,

9.00 – 17.00 Uhr

Ort: Ärztekammer Berlin

Der 2. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft ist die Fortsetzung des erstmals im Dezember 2012 mit durchweg positiver Resonanz durchgeführten

1. Fortbildungskongresses, der sich explizit mit dem Thema „Sauberes Wissen in der Medizin“ befasst hatte. Ziel des diesjährigen Kongresses ist es, den Teilnehmern ein Update zu ausgewählten Themen zu geben und die Fragen: „Was gibt es Neues? Welche neuen Therapiekonzepte leiten sich daraus ab?“ zu beantworten. Wir möchten Ihnen wieder die Möglichkeit geben, sich frei von wirtschaftlichen Interessen Dritter, auf höchstem Niveau und in ansprechender Weise über Entwicklungen und den aktuellen Stand der gesicherten medizinischen und ärztlichen Erkenntnis zu Problemen der Patientenversorgung zu informieren und auszutauschen. Nähere Informationen zum Programm finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin www.aerztekammer-berlin.de

Wir freuen uns auf Ihre Voranmeldung unter fortbildungskongress@aekb.de

Die Teilnehmerzahl ist begrenzt.

Kongressleitung

Dr. med. Günther Jonitz,
Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig,
Dr. med. Matthias Brockstedt,
Stephan Bernhardt

Kongressorganisation

Ärztekammer Berlin, Abteilung
Fortbildung/Qualitätssicherung
Dr. med. Henning Schaefer,
Andrea Hofmann

Kurs

Impfungen in der Praxis

Praxisrelevantes Tagesseminar zu den aktuellen STIKO-Empfehlungen und den allgemeinen Grundlagen von Aufklärung bis Impfversager, Nutzen-Risikoabwägung in der Schwangerschaft, Reiseimpfungen und praxisrelevante Fragen.

Termin: Sonnabend, 30. November 2013,

9.00 - 17.30 Uhr

Kursleitung: Dr. med. Christian Schönfeld, ehem.

Leiter der Reisemedizinischen Ambulanz, Institut

für Tropenmedizin und internationale Gesundheit, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Kursgebühr: 100 Euro (inkl. Verpflegung),
10 Fortbildungspunkte

Veranstaltungsort: Kaiserin-Friedrich-Haus,
Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin

Anmeldung: Ärztekammer Berlin

Tel.: 030.408 06 1215/ Fax: 408 06 55-1399

E-Mail: fb-aag@aekb.de

Thalidomid und Lenalidomid: Besondere Richtlinien bei der Verschreibung beachten!

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) weist darauf hin, dass bei der Verschreibung von Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Thalidomid und Lenalidomid die Anforderungen von § 3a Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) unbedingt eingehalten werden müssen. Die zur Verschreibung von Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Thalidomid und Lenalidomid erforderlichen Sonderrezepte („T-Rezepte“) sind vom einzelnen Arzt/Ärztin beim BfArM persönlich anzufordern und dementsprechend personenbezogen zu verwenden. Im Vertretungsfall darf die Vertretung die T-Rezepte der ärztlichen Person, die sie vertritt, nur dann verwenden, wenn beide ihre Sachkunde nach § 3a Abs. 5 AMVV nachgewiesen haben, beide also im T-Register des BfArM registriert sind.

Die verschreibende ärztliche Person muss bei einer Verschreibung von lenalidomid- und thalidomidhaltigen Arzneimitteln auf einem T-Rezept neben den allgemeinen Regelungen der Arzneimittelverschreibungsverordnung (vgl. § 2 AMVV) insbesondere die Anforderungen des § 3a AMVV erfüllen.

Folgende Angaben muss die verschreibende ärztliche Person auf dem T-Rezept machen:

1. Name und Geburtsdatum der/des Patientin/Patienten (vgl. § 2 Abs. 1 AMVV)
2. Datum der Ausfertigung (Gültigkeit bis zu 6 Tage nach dem Verschreibungsdatum!) (vgl. § 2 Abs. 1 und § 3a Abs. 4 AMVV)
3. Bestätigung durch Ankreuzen: Alle Sicherheitsbestimmungen werden eingehalten und dem/der Patient(in) wurde das medizinische Informationsmaterial ausgehändigt (vgl. § 3a Abs. 2 AMVV)
4. Bestätigung durch Ankreuzen: Entweder „In-Label“ oder „Off-Label“ (vgl. § 3a Abs. 2 AMVV)
5. Bezeichnung, Darreichungsform und Menge des Fertigarzneimittels inkl. der Stärke (Höchstmenge ist begrenzt!) (vgl. § 2 Abs. 1 und § 3a Abs. 3 AMVV)
6. Name, Berufsbezeichnung und Anschrift der verschreibenden ärztlichen Person (vgl. § 2 Abs. 1 AMVV)
7. Die eigenhändige Unterschrift der verschreibenden ärztlichen Person (vgl. § 2 Abs. 1 AMVV)

Arzneimittel, die Thalidomid oder Lenalidomid enthalten, dürfen insbesondere in den Fällen nicht abgegeben werden, in denen auf dem Rezept die Bestätigungen fehlen, dass die Sicherheitsbestimmungen eingehalten werden und dass dem Patient/der Patientin das entsprechende Informationsmaterial ausgehändigt wurde. Dies gilt auch für Folgeverordnungen; diese Bestätigungen müssen auf jedem T-Rezept erfolgen.

Für Auswertungszwecke bittet das BfArM die Apotheken und Krankenhausapotheken um ein ordnungsgemäßes Ausfüllen der T-Rezepte und deren Durchschriften (Teil II) unter Berücksichtigung der Regelungen des § 17 Abs. 6 ApBetrO, so dass folgende Angaben gemacht werden:

8. Abgabedatum in der Apotheke (vgl. § 17 Abs. 6 ApBetrO)
Hierbei ist darauf zu achten, dass die Gültigkeitsdauer des T-Rezeptes von sechs Tagen nicht überschritten wurde.
9. gültige PZN (Pharmazentralnummer) (vgl. § 17 Abs. 6 ApBetrO)
10. Faktor (Anzahl der Packungen)
11. Apotheken-Nummer / IK (Institutionskennzeichen)

Ferner bittet das BfArM um den Aufdruck des Apothekenstempels auf der Rückseite der Durchschrift (Teil II).

Der vor dem 15.09.2011 durch das BfArM versandte amtliche Vordruck (T-Rezept) kann nach wie vor verwendet werden. Für das Ausfüllen dieser Form des T-Rezeptes bzw. seiner Durchschrift gilt das oben Gesagte.

Die beiden amtlichen Vordrucke unterscheiden sich nur durch die äußere Form und dadurch, dass auf den früher versandten Rezepten bis zu drei Verordnungen möglich sind.

Weiterführende Informationen sind den Bekanntmachungen des BfArM zu lenalidomid- und thalidomidhaltigen Arzneimitteln vom 08.12.2008 bzw. 17.06.2011 sowie den FAQs zu entnehmen, welche auf der Homepage des BfArM (www.bfarm.de) unter „Pharmakovigilanz → Risikoinformationen → AMVV Thalidomid / Lenalidomid“ abrufbar sind.

Fortbildungsprüfung „Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung“

Schriftliche Prüfungen im Winter 2013

Die Ärztekammer Berlin führt die nächsten schriftlichen Fortbildungsprüfungen im Rahmen der Aufstiegsfortbildung „Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung“ am 5. Dezember 2013 in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin (Kreuzberg), durch. Prüfungsbewerber werden gebeten, sich mit folgenden Unterlagen anzumelden:

1. Zeugnis über die erfolgreiche Abschlussprüfung zur/zum Medizinischen Fachangestellten/Arztshelferin/Arztshelfer oder einen anderen Abschlusses nach § 11 der Prüfungsordnung in beglaubigter Kopie,
2. Bescheinigung über die regelmäßige Teilnahme an der von einer Ärztekammer anerkannten Fortbildung in dem Handlungsfeld und Kompetenzfeld (Modul), in dem die Teilprüfung abgelegt werden soll, in beglaubigter Kopie.

Anmeldeschluss ist der 11. Oktober 2013. Die erforderlichen Anmeldeformulare können bei der Ärztekammer Berlin, Abteilung 3 – Berufsbildung angefordert werden.

Erleichterungen im Prüfungsverfahren für behinderte Menschen

Bei der Durchführung der Prüfung werden die besonderen Verhältnisse behinderter Menschen berücksichtigt. Art und Grad der Behinderung sind mit dem Antrag auf Zulassung zur Prüfung nachzuweisen. Bitte fügen Sie bei Bedarf einen Antrag auf Prüfungserleichterung bei.

Nähere Informationen:
030/40 80 6 - 26 26.



Bundestagswahl 2013

Der Lagerwahlkampf um die Zukunft der Krankenversicherung



**(K)eine
für alle?**

Die Bundestagswahl naht und für etwa 61,8 Millionen Wahlberechtigte stellt sich die Frage nach dem Kreuz an der richtigen Stelle des Wahlzettels. BERLINER ÄRZTE skizziert die Positionen und Pläne der fünf im Bundestag vertretenen Parteien zur Gesundheitspolitik. Denn bei dieser Wahl geht es auch um die Umgestaltung des Gesundheitssystems: SPD, Bündnis90/Die Grünen und LINKE befürworten eine Bürgerversicherung und damit die Abschaffung der privaten Krankenversicherung.

Von Eugenie Ankowitsch

Am 22. September steht vor allem für das Gesundheitswesen viel auf dem Spiel. Denn die kommende Bundestagswahl ist auch eine Entscheidung darüber, ob das bisherige Gesundheitssystem mit seinem Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung bestehen bleibt.

Insgesamt ist hinter den Wahlversprechen der Parteien deren jeweilige politisch-ökonomische Tradition gut zu erkennen. Die bürgerlich-liberalen Parteien betonen die Wahlfreiheit der Bürger, die Eigenverantwortung gegenüber gesundheitlichen Risiken und die Selbstregulation des Marktes, wohingegen die derzeitigen Oppositionsparteien Gleichheit, Solidarität und starke Krankenkassen als Vertreter der Patienten in den Mittelpunkt rücken. Alle Parteien unterstreichen grundsätzlich Forderungen nach einer leicht zugänglichen und wohnortnahen Versorgung aller Menschen, unabhängig von ihrem sozialen und finanziellen Status.

Während die Regierungsparteien CDU/CSU und FDP dabei erwartungsgemäß an einer starken Säule der Privatvorsorge festhalten wollen, stellen die Sozialdemokraten, die Grünen und Die LINKE speziell im Gesundheitssystem den aktuellen Status Quo zur Debatte und wollen eine sogenannte Bürgerversicherung einführen. Das Konzept der Bürgerversicherung sieht letztlich eine Auflösung des bisherigen Systems aus privater und gesetzlicher Krankenversicherung vor.

Die Absicht der Oppositionsparteien ist dabei laut eigenen Verkündungen, die Zwei-Klassen-Medizin abzuschaffen, damit künftig alle wieder in gleichem Maße Zugang zum medizinischen Fortschritt erhalten. Und so heißt es im Regierungsprogramm 2013 der SPD: „Unser Ziel ist es, mehr und gleiche Gesundheitschancen für alle (...) zu schaffen.“ „Die Bürgerversicherung wird als Krankenvoll- und Pflegeversicherung für alle Bürgerinnen und Bürger einge-

führt“, heißt es dort weiter. Unter den Befürwortern ist offenbar die Überzeugung verbreitet, dass „privat Versicherte nur ihr eigenes, meist unterdurchschnittliches Krankheitsrisiko versichern. Zum Solidarausgleich tragen sie so nicht bei“, so ist im Wahlprogramm der Grünen zu lesen.

Unterschiede bei den Konzepten

Aber: Bürgerversicherung ist nicht gleich Bürgerversicherung. In der genauen Ausgestaltung des Reformansatzes gehen die Vorstellungen und Präferenzen der Parteien teilweise auseinander.

Einig sind sie sich allerdings darin, die Versicherten von gesetzlichen Kassen und privaten Versicherern über kurz oder lang in einem gemeinsamen System zu vereinen. Während die Grünen wie auch die Linkspartei alle Privatversicherte in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) einzubeziehen beabsichtigen, will die SPD den privat Versicherten die Möglichkeit geben, innerhalb eines Jahres in die Bürgerversicherung zu wechseln.

Damit könnten private Versicherer die bisherigen Mitglieder, die nach Ablauf der Frist in der privaten Krankenversicherung bleiben, weiterhin versorgen. Sie dürften aber keine Kunden im Vollgeschäft nach dem bisherigen Prinzip einer kapitalgedeckten Risikoversorge werben. Alle Neuversicherten würden automatisch in die Bürgerversicherung kommen.

Zumindest nach den Vorstellungen von SPD und Grünen dürften die privaten Versicherungen neben den gesetzlichen Krankenkassen die neue Bürgerversicherung anbieten – allerdings zu gleichen Rahmenbedingungen des Bürgerversicherungstarifes. Bei der LINKEN sollen sich private Versicherungen dagegen auf das Angebot der Zusatzleistungen beschränken.

Paritätische GKV-Finanzierung geplant

In die Bürgerversicherung soll jeder unabhängig von Alter, Geschlecht, Erwerbsstatus oder Krankheitsrisiko aufgenommen werden. Der Beitrag richtet sich nach der Höhe des Einkommens. Die Grünen wollen dabei alle Einnahmen, also auch Mieteinnahmen, Aktiengewinne, Zinsen etc. zur Beitragsberechnung heranziehen. Die Beitragsbemessungsgrenze soll auf das in der Rentenversicherung geltende Niveau angehoben werden. „Das schafft mehr Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, indem es Gutverdienende fairer beteiligt, macht die Finanzierung zukunftsfest und schafft Raum für Beitragssatzsenkungen“, heißt es im Wahlprogramm der Grünen.

Die SPD will dagegen mit einem dynamisierten Steuerbeitrag weitere Einkommensarten zur Finanzierung der Krankenversicherung heranziehen. In einem Interview kündigte Prof. Karl Lauterbach, gesundheitspolitischer Sprecher der SPD-Fraktion im Bundestag, an, die Finanzierung der Bürgerversicherung aus drei Beitragssäulen zusammensetzen zu wollen: Bürgerbeitrag, Arbeitgeberbeitrag und Steuerbeitrag. Die Beitragsbemessungsgrenze will der für das Ressort Gesundheit zuständige Mann im Schattenkabinett von Peer Steinbrück entsprechend dem heutigen Niveau beibehalten. Die Krankenkassen sollen den Bürgerbeitragssatz nach Plänen der aktuellen Oppositionsparteien wieder individuell festlegen, Zusatz- und Sonderbeiträge werden abgeschafft.

Sowohl die SPD als auch die Grünen und die LINKE wollen außerdem die paritätische Finanzierung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern wieder herstellen. Derzeit zahlen die Versicherten einen Sonderbeitrag von 0,9 Prozentpunkten allein. Kinder sowie Ehepartner sollen nach Willen der SPD weiterhin beitragsfrei mitversichert werden.

Die Grünen sehen die Mitversicherung von Familienmitgliedern nur für Erwachsene vor, die auch Kinder erziehen. Bei allen anderen Paaren sollen Einkünfte addiert und dann halbiert werden. Der Beitrag wird auf beide Teile bis zur Bemessungsgrenze fällig.

Die LINKE möchte einen eigenständigen Versicherungsanspruch für alle, auch für Kinder und Ehepartner. Wer kein Einkommen hat, soll beitragsfrei versichert werden.

Der Umfang der Gesamtvergütung bleibt unverändert

Trotz aller Änderungen müssten sich die gesetzlich Krankenversicherten nicht auf Mehrbelastungen einstellen. Das behauptet zumindest Lauterbach. Nach seinen Berechnungen würden „die Beiträge selbst sogar sinken, weil mehr junge Gutverdiener hinzukämen und weil wir den Steueranteil erhöhen wollen“, sagte er in einem Interview vor zwei Monaten. Um die benötigten Steu-

ermittel zu beschaffen, will die SPD die Kapitalertragssteuer anheben. Auch Ärzte sollen, so zumindest die Befürworter von Bürgerversicherung, trotz geplanter einheitlicher Honorarordnung glimpflich davonkommen. Sowohl Sozialdemokraten als auch die Grünen versichern, dass durch den Umbau der Krankenversicherung hin zur Bürgerversicherung dem Gesundheitswesen kein Geld fehlen wird, d.h. die Gesamtvergütung der Ärzte soll nicht sinken. „Wir werden sicherstellen, dass

Bürgerversicherung: Wo sind die Unterschiede?

Kriterium	SPD	Grüne	LINKE
Wer darf versichern?	Gesetzliche Krankenkassen und private Krankenversicherungen	Gesetzliche Krankenkassen und private Krankenversicherungen	Nur gesetzliche Krankenkassen, Beschränkung der PKV auf Zusatzversicherungen
Wer ist versichert in der Bürgerversicherung?	Bisher gesetzlich Versicherte Alle Neu-Versicherte Privatversicherte: Wechsel innerhalb eines Jahres möglich	Integration alle Versicherten (gesetzlich und privat)	Integration alle Versicherten (gesetzlich und privat)
Finanzierung	Bürgerbeitrag, Arbeitgeberbeitrag, dynamisierter Steuerbeitrag	Bürgerbeitrag unter Berücksichtigung aller Einkommensarten, Arbeitgeberbeitrag	Bürgerbeitrag unter Berücksichtigung aller Einkommensarten, Arbeitgeberbeitrag
Beitragsbemessungsgrenze	Bei Arbeitnehmern unverändert, bei Arbeitgebern aufgehoben	Erhöhung auf das Niveau der GRV (2013: 5.800 Euro)	Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze
Beiträge	Parität der GKV-Finanzierung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer	Parität der GKV-Finanzierung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer	Parität der GKV-Finanzierung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer
Ärztliche Vergütung	Neue, einheitliche Honorarordnung bei gleichbleibender Gesamtvergütung	Erhöhter EBM statt GOÄ	k.A.
Sonstiges	Anhebung der Abgeltungssteuer, Abschaffung von Zusatz- und Sonderbeiträgen	Abschaffung aller Zuzahlungsverpflichtungen	Abschaffung aller Zuzahlungsverpflichtungen

die höheren Honorare, die heute über die Privatversicherten an die Ärzteschaft und an die anderen Gesundheitsberufe fließen, insgesamt erhalten bleiben und gerechter verteilt werden“, so das Wahlprogramm der Grünen. Sie wollen nach der Abschaffung der GOÄ die Ärzehonorare nach einem erhöhten EBM berechnen. Gewinner dieser Umverteilung könnten also diejenigen Ärzte sein, die heute viele Kassenpatienten haben. Den Ärzten mit vielen Privatpatienten drohten hingegen spürbare Einbußen.

Union und FDP gegen Bürgerversicherung

CDU/CSU und die FDP lehnen dagegen das Konzept der Bürgerversicherung entschieden ab. Wie die eigenen Vorstellungen von der Union für die Zukunft des Gesundheitswesens konkret aussehen, wurde allerdings auch nach der Verabschiedung des Wahlprogramms Ende Juni nicht deutlich.

Eindeutig bekennt sich die Union in Ihrem Programm zur privaten Krankenversicherung. „Mit ihren individuellen Kapitalrücklagen [...] leistet sie einen wichtigen Beitrag zur Nachhaltigkeit und Umsetzung von Neuerungen im Gesundheitswesen“, heißt es in dem fünfseitigen Abschnitt, der sich dem Gesundheitswesen widmet.

Es ist anzunehmen, dass die Union den in der auslaufenden Legislaturperiode eingeschlagenen Kurs fortsetzen wird. Erst vor zwei Jahren wurde im GKV-Finanzierungsgesetz das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung beibehalten und bekräftigt. Außerdem sind sogenannte Zusatzbeiträge eingeführt worden, die steigende Kosten auffangen sollen. In einem Interview auf krankenkassenratgeber.de kündigte Jens Spahn, gesundheitspolitischer Sprecher der Unionsfraktion im Bundestag, im Juni an, das bestehende System ausbauen zu wollen.

„Wahlfreiheit für den Bürger bleibt die Maxime liberaler Gesundheitspolitik“,

heißt es im Wahlprogramm der FDP, das die Partei selbst das „Bürgerprogramm“ nennt. Dazu gehöre eine starke private Krankenversicherung und im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung „die Abschaffung der Budgetmedizin und die Einführung des Kostenerstattungsprinzips“. Die FDP kündigt in ihrem Wahlprogramm sogar an, die private Krankenversicherung stärken und „zukunftsfähig“ machen zu wollen. Dabei sollen die Tarife der privaten Krankenversicherungen transparenter gestaltet und neue Konzepte zur Altersrückstellung erarbeitet werden.

In ihrem Wahlprogramm bewertet die FDP außerdem den „Einstieg in die Abkopplung der Krankenversicherungsbeiträge von den Löhnen und Gehältern“ als richtig und will an diesem Kurs weiter festhalten. Heinz Lanfermann, gesundheitspolitischer Sprecher der Liberalen im Bundestag, bezeichnete in einem Interview die Abkopplung als notwendig. Anderenfalls würde die junge Generation mit der Finanzierung der Krankheitskosten von immer mehr und immer älter werdenden Menschen finanziell überfordert. „Am Ende wird das Problem nur über die schrittweise Einführung eines Prämienmodells für alle Versicherten mit Solidarausgleich zu lösen sein“, sagte er.

Knappes „Ja“ zur Bürgerversicherung

Ginge es allein nach Volkes Willen, müsste nach einem Wahlsieg der Oppositionsparteien bei der Bundestagswahl im September die Bürgerversicherung kommen. Das ist zumindest eines der repräsentativen Ergebnisse des MLP Gesundheitsreports, den das Institut für Demoskopie in Allensbach im Auftrag der MLP-Finanzberatung unter 2.100 Bürgern und 500 Ärzten durchgeführt hat. Eine Mehrheit von 56 Prozent der Bevölkerung sprach sich darin für eine Bürgerversicherung aus.

Der Gesundheitsreport, der im Januar 2013 veröffentlicht wurde, ergab aber

auch, dass die Ärzteschaft bei der Frage nach einer Bürgerversicherung eher gespalten ist. 51 Prozent befürworten den Reformvorschlag, 41 Prozent sind dagegen. In einer neueren Umfrage von Focus Money aus Mai 2013 haben sich 87 Prozent der niedergelassenen Ärzte gegen den Umbau der Krankenversicherung zu einer Bürgerversicherung ausgesprochen.

Mehr Geld für Krankenhäuser?

Egal wer die Wahl am 22. September gewinnt, die nächste Regierung wird sich wohl eingehend mit dem stationären Sektor, genauer mit dessen Finanzierung und Struktur, beschäftigen müssen. Ein Indiz dafür, dass die Politik den Handlungsbedarf erkannt hat, ist die kürzlich von der Bundesregierung verabschiedete Soforthilfe von 1,1 Milliarden Euro. Eine grundsätzliche Lösung für die eher strukturell bedingten Finanzierungsprobleme im stationären Sektor kann sie aber nicht sein, darüber sind sich alle Akteure einig. Dafür sei die Summe zu gering, zu ungenau verteilt und ändere letztlich nichts an den Strukturen, so die Kritik.

In ihrem Wahlprogramm richtet die Union den Fokus deshalb vor allem auf die Häuser in ländlichen Regionen, aber auch in strukturschwächeren Stadtteilen: „Mit Blick auf eine gut erreichbare medizinische und pflegerische Versorgung werden wir zusammen mit den Krankenhäusern die Leistungsangebote noch besser aufeinander abstimmen.“ Die Union spricht auch von einem „Strukturwandel“ in der Kliniklandschaft, die zukünftig stärker auf die Versorgung älterer Menschen angepasst werden soll.

Auch Jens Spahn kündigte in einem Interview mit dem Gesundheitsmagazin kma im Juni dieses Jahres an, die Union werde die Klinikfinanzierung in der nächsten Wahlperiode grundsätzlich ansehen. Ziel müsse dabei sein, Instrumente zu schaffen, die dafür

sorgen, dass die Länder ihren Investitionsverpflichtungen ausreichend nachkommen, es nicht zu ungerechtfertigten Mengensteigerungen kommt und immer nur zusätzliche Finanzmittel zugeführt werden, sondern gleichzeitig auch Strukturveränderungen erfolgen. Denn, so zeigte sich der CDU-Gesundheitsexperte überzeugt, es sei genug Geld im System vorhanden, es müsse nur besser verteilt werden. An dem Grundgedanken des DRG-Systems will Spahn aber nicht rütteln. Zu überlegen sei allerdings, ob das System in bestimmten Bereichen wie z.B. Palliativmedizin oder auch Organspende Ausnahmen braucht.

Im Gegensatz zu der CDU hält die SPD den Krankenhaussektor für unterfinanziert, zumindest was Grundversorgungs-krankenhäuser und Universitätsklinken angeht. Das sagte ihr gesundheitspolitischer Sprecher Lauterbach in einem Interview. „In einem gerechten Finanzierungssystem müssen die Personalkosten ausreichend berücksichtigt werden, damit die Krankenhäuser nicht auf ungerechtfertigte Mengenausweitungen ausweichen“, heißt es im Wahlprogramm der Sozialdemokraten. Die SPD verspricht, sich deshalb für Personalmindeststandards in Krankenhäusern einzusetzen.

Im DRG-System will die SPD Unter- und Überdeckung beseitigen, „damit Krankenhäuser sich nicht auf finanziell attraktive Leistungen beschränken“. Wie die Partei das erreichen will, bleibt allerdings unerwähnt.

Die Grünen streben eine Kurskorrektur in der Krankenhauspolitik an. In ihrem Wahlprogramm lehnen sie „fehlerhafte ökonomische Anreize im derzeitigen Finanzierungssystem“ ab und fordern, die steigenden Personal- und Sachkosten, aber auch solche Aspekte wie Patientennutzen, Vorhalten von Notfallambulanzen und Krankenhausgröße bei der Vergütung der Krankenhäuser angemessen zu berücksichtigen. Um die Versorgung auch in strukturschwachen Regio-

nen zu gewährleisten, soll es ein einheitliches Vergütungssystem für alle fachärztlichen Leistungen geben, und zwar unabhängig davon, ob sie ambulant oder stationär erbracht werden.

Auch nach Ansicht der FDP bleibt die Krankenhausfinanzierung nach der Wahl als Thema erhalten. Wenngleich sich das DRG-System laut dem gesundheitspolitischen Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion, Heinz Lanfermann, im Großen und Ganzen allerdings bewährt. Aus Sicht vom Präsidenten der Ärztekammer Berlin, Dr. Günther Jonitz, eine höchst zweifelhafte Auffassung, die er in der Vergangenheit wiederholt scharf kritisiert hat. Nachholbedarf sieht Lanfermann bei der Investitionsfinanzierung seitens der Länder. In einem aktuellen Interview warnte er sogar: „Wenn die (die Länder) aber ihre Mitbestimmungs- und Planungsrechte ausüben wollen, müssen sie auch ihren finanziellen Investitionsverpflichtungen nachkommen.“

Die LINKE lehnt dagegen die diagnoseorientierten Fallpauschalen als „unvereinbar mit Sinn und Zweck von Einrichtungen der Daseinsvorsorge“ ab. Ob nach Auffassung der LINKEN die DRG damit abgeschafft werden sollten, geht aus dem Wahlprogramm nicht hervor. Ziemlich vage spricht die Linkspartei davon, dass Krankenhäuser „bedarfsgerecht und solide finanziert“ werden sollen. Außerdem soll die Privatisierung von Krankenhäusern gestoppt und bereits privatisierte Kliniken in „nicht-marktförmige Trägerschaften überführt werden“. Darüber hinaus will die Linkspartei die Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung gänzlich aufheben und verstärkt auf Ambulanzen und Polikliniken setzen.

Qualität im Fokus

Alle Parteien sprechen sich in ihren Wahlprogrammen mehr oder weniger deutlich dafür aus, die Qualität der Versorgung fördern zu wollen. Abseits von allgemeinen Bekenntnissen zu mehr

Qualität, gehen SPD und Grüne am weitesten und wollen Qualitätskriterien in der Vergütung stärker berücksichtigen. „Qualität und Patientensicherheit sollen bei der Krankenhausplanung und -finanzierung eine stärkere Rolle spielen“, kündigen die Sozialdemokraten in ihrem Wahlprogramm an. Die SPD will außerdem die Qualitätsberichte der Krankenhäuser weiterentwickeln und zur Verbesserung der Versorgungsqualität den Krankenkassen erlauben, Selektivverträge mit Krankenhäusern zu schließen.

„Die mangelhafte Qualitätstransparenz“ halten die Grünen für eine „der großen Schwachstellen im deutschen Gesundheitswesen“. Die Partei kündigt in ihrem Wahlprogramm daher an, „stärker die Behandlungsergebnisse“ zu vergüten und nicht ausschließlich „den Umfang an Behandlungen“. Dazu brauche es allerdings zuverlässige Informationen über die Qualität von Therapien und Versorgungsangeboten.

CDU plant Gesetz zur Tarifeinheit

Ein kurzer Passus in einem ganz anderen Kapitel des Union-Wahlprogramms könnte für Krankenhausärzte allerdings von höchster Bedeutung sein. Unter der Überschrift „Tarifeinheit“ heißt es auf Seite 23: „Der Grundsatz der Tarifeinheit, das heißt, dass in einem Betrieb nur eine einheitliche Tarifregelung angewendet werden darf, hat sich über Jahrzehnte bewährt. Die durch ein Gerichtsurteil notwendig gewordene Anpassung wollen wir mit einem Gesetz über die Tarifeinheit umsetzen und damit die Tarifpartnerschaft stärken.“ Im Kern bedeutet das, dass der alte Grundsatz „ein Betrieb, ein Tarifvertrag“ wiederbelebt und gesetzlich verankert wird. Für Berufsgewerkschaften wie den Marburger Bund (MB) hätte es weitreichende Konsequenzen, denn regelmäßig dürfte es wohl der Tarifvertrag der mitgliederstärksten Gewerkschaft sein, der zur Anwendung käme: In den Krankenhäusern also der Verdi-Tarifvertrag.

Ambulante Versorgung

Ein weiteres drängendes Problem ist der sich abzeichnende Mangel von Ärzten besonders in strukturschwachen Regionen. Bisher haben zumeist die neuen Bundesländer Schwierigkeiten, alle Landarztstellen zu besetzen. Das Problem kommt langsam aber auch in vielen Regionen in den alten Bundesländern an. Jede Partei kündigt deshalb an, den drohenden Ärztemangel bekämpfen zu wollen.

Dabei setzen vor allem die SPD, CDU/CSU und die Grünen auf Hausärzte. Die Primärversorgung sei „das Rückgrat einer starken, wohnortnahen Versorgung“, heißt es beispielsweise im Wahlprogramm der Sozialdemokraten, die „die flächendeckende hausarztzentrierte Versorgung sowie die Vernetzung zwischen Leistungserbringern der verschiedenen Gesundheitsberufe stärken“. Auch Grüne wollen eine Primärversorgung fördern, in deren Rahmen Hausärzte und andere Gesundheitsberufe auf Augenhöhe arbeiten, u.a. durch Anpassung des Vergütungssystems für die Primärversorgung und Stärkung des Hausarztmodells.

Die Christdemokraten kündigen in ihrem Programm ebenfalls an, angesichts der wachsenden Zahl älterer Menschen und der Probleme der ärztlichen Versorgung in ländlichen Gebieten die Attraktivität des Hausarztberufs steigern zu wollen.

Neben der Stärkung des Hausarztes will die SPD die integrierte Versorgung für multimorbide und chronisch kranke Menschen zur Regel machen sowie den ambulanten und stationären Sektor enger miteinander verzahnen: „Wir werden die integrierte Versorgung mit innovativen Mobilitäts- und Telemedizin Konzepten verknüpfen.“ Auch andere Parteien kündigen in ihren Wahlprogrammen an, bei der Verzahnung der medizinischen Versorgung verstärkt auf Telemedizin zu setzen.

Prävention stärken

Über alle Wahlprogramme hinweg bekennen sich die Parteien dazu, Prävention und Rehabilitation fördern zu wollen. Die meisten sehen Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe an, nehmen aber auch den Einzelnen in die Verantwortung für die eigene Gesundheit. Den größten Erfolg in der Prävention versprechen sich die Parteien von der Stärkung der Gesundheitskompetenzen und gezielten Maßnahmen innerhalb

des Wohnumfelds, der Arbeitswelt und in der Bildung und Ausbildung. Mit einem „umfassenden Präventions- und Gesundheitsförderungsgesetz“ wollen die Sozialdemokraten in der nächsten Legislaturperiode eine wirksame Präventionsstrategie umsetzen. „Dazu gehört eine Erhöhung der Ausgaben für Prävention und eine Steuerung gemeinsamer Maßnahmen von Ländern, Kommunen und allen Sozialversicherungsträgern auf der Ebene der Länder“, heißt es im Wahlprogramm.

Bundesärztekammer zur Finanzierung der Krankenversicherung

Ärztetag plädiert für festen „Gesundheitsbeitrag“

Die künftige Finanzierung des Gesundheitssystems war eines der Top-Themen auf dem 116. Deutschen Ärztetag in Hannover. Die Bundesärztekammer hat dazu ein Reformkonzept erarbeitet, das feste, einkommensunabhängige Beiträge statt des bisherigen prozentualen Kassenbeitrags für die Versicherten vorsieht. Die vorgelegte Reformskizze haben die Delegierten mit großer Mehrheit beschlossen.

Darin plädiert die Ärzteschaft dafür, die Finanzautonomie der gesetzlichen Krankenkassen wiederherzustellen. Hierfür soll der derzeitige Versichertenanteil zu einem festen, einkommensunabhängigen und von den Kassen autonom festzulegenden „Gesundheitsbeitrag“ weiterentwickelt werden. Der Beitrag wird zudem unabhängig von Alter, Geschlecht und Vorerkrankungen erhoben. Nach den Berechnungen des gesundheitsökonomischen Beirats der BÄK würde er zwischen 135 und 170 Euro monatlich betragen.

Um eine zu hohe Belastung von beitragspflichtigen Versicherten mit nied-

rigen Einkommen zu verhindern, soll der Gesundheitsbeitrag, den der einzelne Versicherte zahlen muss, auf eine Belastungsgrenze von einem maximalen beitragspflichtigen Anteil von neun Prozent des gesamten Haushaltseinkommens beschränkt werden.

Um Sicherheit bei der Kalkulation der Lohnnebenkosten zu gewährleisten, wird an dem bereits jetzt auf 7,3 Prozent festgeschriebenen Arbeitgeberanteil festgehalten. Aus dem aus Arbeitgeberbeiträgen, Zuweisungen der gesetzlichen Rentenversicherung an die Krankenkassen sowie aus Steuermitteln gespeisten Gesundheitsfonds sollen künftig der Sozialausgleich sowie Aufwendungen für die ebenfalls neu zu konzipierende Familienmitversicherung finanziert werden. Zudem schlägt die BÄK vor, für jedes in Deutschland geborene Kind ein Gesundheitssparkonto einzurichten, das als kapitalgedecktes Ansparprogramm die finanziellen Folgen der zukünftigen demografischen Entwicklung abfedern soll.

Der Ärztetag sprach sich darüber hinaus nachdrücklich für den Erhalt des Nebeneinanders von gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV) aus. Die federführend von der SPD und Bündnis 90/Die Grünen geplante Einführung einer Bürgerversicherung lehnten die Delegierten ab.

Die SPD fordert außerdem, der Prävention in der Aus- und Fortbildung medizinischer und Gesundheitsberufe einen höheren Stellenwert beizumessen. Auch Grüne wollen ein Präventionsgesetz durchsetzen, das auf wohnortnahe Angebote setzt. Eingebettet im "Masterplan Umwelt und Gesundheit" sollen außerdem gesundheitsschädliche Umweltfaktoren bekämpft werden.

Nach Plänen der LINKEN sollen Prävention und Gesundheitsförderung zu einer vorrangigen Aufgabe gemacht werden. Entsprechend sollen Projekte, die Therapie, Selbsthilfe, Sozialberatung, Rehabilitation und Reintegration im Fokus haben, verstärkt gefördert werden.

Die FDP konzentriert sich beim Thema Prävention vor allem auf die Bereiche der Infektionskrankheiten (wie zum Beispiel HIV), psychische Erkrankungen sowie Fehl- und Mangelernährung. Bei dieser Aufgabe sieht die Partei Kommunen, Krankenkassen, Gesundheitsberufe, Arbeitgeber im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsvorsorge und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gefordert.

Was bringen die Pläne?

Welche ökonomischen Auswirkungen die Wahlversprechen von Union, SPD & Co. zur Folge haben, hat das arbeitgebernahe Institut der Deutschen Wirtschaft (IW) analysiert. In der Anfang Juli vorgelegten Analyse geht es im Kern um die Frage: „Was bringen und was kosten die Pläne der Parteien?“

Dabei fällt das Urteil des Instituts insgesamt alles andere als positiv aus: „Aus ökonomischer Perspektive sind die Wahlprogramme mal ein mehr, mal ein weniger großes Desaster“, resümiert der IW-Direktor Michael Hüther.

Kritisch bewertete das Institut, dass die Regierungsparteien eher vage bleiben, „die Wähler [könnten sich] kaum ein richtiges Bild davon machen, welche finanziellen Belastungen tatsächlich auf sie zukommen“.

GKV-Spitzenverband zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung



Kassen fordern neue Honorarreform für Ärzte

Bei der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung sieht der GKV-Spitzenverband eine strukturelle Einnahmelücke, die nur durch eine nachhaltige Finanzierungsreform geschlossen werden kann. Notwendig seien dafür „Strukturen auf der Ausgabenseite“: Jährliche Ausgaben der Krankenkassen müssten „mit der Einnahmeentwicklung in Einklang“ gebracht werden.

In seinem Positionspapier „Zukunftsmodell gesetzliche Krankenversicherung“ fordert der GKV-Spitzenverband deshalb eine erneute Honorarreform der Ärzte. Darin sollen mehr Anreize für einen effektiven und effizienten Ressourceneinsatz verankert werden. „Dazu muss die dem Vergütungssystem zugrunde liegende Gebührenordnung grundsätzlich patientenorientiert gestaltet werden“, d.h. beispielsweise auch, die sprechende Medizin besser zu honorieren, heißt es in dem Positionspapier.

Dies solle allerdings ohne zusätzliche finanzielle Belastung der Beitragszahler geschehen, indem ein „Missverhältnis in der Honorierung zwischen sprechender Medizin und apparativer Diagnostik“ abgebaut werde. Wichtig sei außerdem, mit dem neuen Honorarsystem die hausärztliche Versorgung zu stärken.

Darüber hinaus soll es nach dem Willen des GKV-Spitzenverbandes in der nächsten Legislaturperiode eine Reform der derzeitigen Versorgungsstruktur bei Kliniken geben. Es werde eine Krankenhausstruktur benötigt, die eine flächendeckende Akutversorgung sicherstellt. Gleichzeitig müssten in spezialisierten Kliniken weitergehende und planbare Behandlungen ermöglicht werden.

Der Spitzenverband fordert außerdem, dass Krankenkassen für ein definiertes Spektrum von planbaren Krankenhausleistungen Direktverträge mit solchen Krankenhäusern abschließen können, die hohe Qualitätsstandards zu angemessenen Preisen bieten.

Das gilt auch für die Abschnitte der Wahlprogramme, in denen es um das Gesundheitssystem geht. Auch wenn das Institut die Pläne der Oppositionsparteien aus ökonomischer und sozialpolitischer Sicht weitgehend für ungeeignet hält, „dem Grundproblem entgegen zu steuern“, zeige vor allem die SPD „wenigstens klare Kante“, so die Bewertung des IW. Ganz gleich, wer

die Bundestagswahl gewinnt, die Aufgabe, ein gerechtes und solide finanziertes Gesundheitswesen zu schaffen, wird mit Sicherheit weiterhin eine der größten Herausforderungen der kommenden Jahre bleiben.

Verfasserin:
Eugenie Ankowitsch
Medizinjournalistin

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"> 15.08.-19.09.2013 (Online-Modul) 20.09.-21.09. / 25.10.-26.10.2013 (Präsenzseminare) 	Patientensicherheit lernen - Intensivseminar Fallanalyse	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1206 E-Mail: d.buenning@aekb.de Teilnehmergebühr: 550 €	37 P
<ul style="list-style-type: none"> 26.10.2013 	Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 155 €	9 P
<ul style="list-style-type: none"> 04.11.-13.11.2013 (Kursteil B1) 13.11.-22.11.2013 (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: 990 € Kursteile B1, B2: 495 €	60 P pro Kursteil
<ul style="list-style-type: none"> 25.11.2013 	Wissenskontrolle zum Erwerb der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung nach dem Gendiagnostikgesetz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1209 E-Mail: s.zippel@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: kostenlos	keine
<ul style="list-style-type: none"> 28.11.2013 29.11.2013 	Spezialkurs im Strahlenschutz - bei interventioneller Radiologie - bei CT	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: jeweils 155 €	jeweils 9 P
<ul style="list-style-type: none"> 09.12.-11.12.2013 	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: 270 €	21 P
<ul style="list-style-type: none"> 11.12.-13.12.2013 	Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 240 €	20 P
<ul style="list-style-type: none"> 06.01.-15.01.2014 (Kursteil C1) 15.01.-24.01.2014 (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: 990 € Kursteile C1, C2: 495 €	60 P pro Kursteil
<ul style="list-style-type: none"> 08.05.-10.05.2014 (Modul 1) 26.06.-28.06.2014 (Modul 2) 11.09.-13.09.2014 (Modul 3) 12.12.2014 (Modul 4) 	Ärztliche Führung - ein praxisorientiertes Intensivprogramm	Evangelische Bildungsstätte auf Schwanenwerder	Information und Anmeldung: 40806 -1405 / -1301 E-Mail: aertzliche-fuehrung@aekb.de	80 P
<ul style="list-style-type: none"> 09.05.-10.05.2014 23.05.-24.05.2014 27.06.-28.06.2014 	Grundlagen der medizinischen Begutachtung nach dem Curriculum der Bundesärztekammer (weitere Informationen s. S. 8)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1203 E-Mail: begutachtung@aekb.de Teilnehmergebühr: 400 €	45 P (15 P pro Modul)

Zusatztermin: Die ärztliche Kunst, schlechte Nachrichten in der Medizin zu überbringen

Breaking Bad News – Basiskurs

Jeder Arzt, jede Ärztin kennt das mulmige Gefühl, Patienten oder Angehörigen eine schlechte Botschaft überbringen zu müssen: Die widerstreitenden Gefühle zwischen „schnell hinter sich bringen wollen“ und „noch ein bisschen aufschieben“ sind stärker, je schlechter die Nachricht ist und je jünger die Patientin / der Patient. Dabei gehören solche Gespräche zu den häufigsten ärztlichen Tätigkeiten und summieren sich im Laufe eines Arztlebens auf viele Tausende.

Die gute Kommunikation zwischen Arzt und Patient / Patientin hat eine immense Bedeutung für Lebensqualität, Gesundheit und psychische Adaptionsfähigkeit von Patienten und deren Angehörigen. Die Investition in eine verbesserte Arzt-Patienten-Kommunikation ist aber nicht nur ein Gewinn für die Patienten, sondern auch für uns Ärzte und das Team.

Wir bieten Ärztinnen und Ärzten die aktive Erarbeitung von Gesprächs- und Aufklärungskonzepten an für (Erst-)Diagnose, Rezidiv bzw. Progress unter Therapie sowie für die präfinale Phase. Anhand von Fallbeispielen werden die theoretischen Grundlagen und praktischen Fähigkeiten im Rollenspiel mit trainierten SimulationspatientInnen geübt und bearbeitet.

Wissenschaftliche Leitung: Frau Dr. med. Klapp

Termin: Freitag 06.09.2013 – Samstag 07.09.2013

Ort: Ärztekammer Berlin

Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1209, E-Mail: s.zippel@aekb.de
Max. 15 Personen, 290 Euro, 17 Fortbildungspunkte.

Gewalt gegen Patienten mit tödlichem Ausgang – das Risiko bedenken und wirksam vorsorgen

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin

Tötungen in Krankenhäusern und Heimen sind ein Tabuthema, leider jedoch keine Einzelfälle; vielmehr ist eine hohe Dunkelziffer zu bedenken. In seinem Buch „*Krankentötungen in Kliniken und Heimen – Aufdecken und Verhindern*“ (Lambertus-Verlag, 2011) widmet sich Prof. Dr. med. Karl H. Beine über 35 Tötungsserien mit mehr als 300 gerichtlich nachgewiesenen Tötungen durch Ärzte und Pflegenden; dabei zeigt er auf, dass es im Vorfeld aller referierten Fälle Warnhinweise gegeben hat: Dazu zählen beispielsweise bestimmte Persönlichkeitsstrukturen der Täter, eine Häufung unerwarteter Todesfälle, unklare Medikamentendefizite oder Verdachtsmomente im Team. In einigen Fällen hätten Todesfälle durch ein schnelleres Eingreifen vermieden werden können.

Das Fortbildungsangebot möchte dafür sensibilisieren, dass Gewalttaten gegenüber Patientinnen und Patienten in jeder Einrichtung vorkommen können. Im Weiteren soll die Veranstaltung dazu dienen, dass Ärzte und alle an der Pflege Beteiligten sich über dieses Thema informieren und untereinander austauschen können sowie wirksame Präventionsmaßnahmen und Strategien zur Vermeidung kennenlernen.

Referent: Prof. Dr. med. Karl H. Beine, Facharzt für Nervenheilkunde und Psychotherapeutische Medizin; Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik / St. Marien-Hospital Hamm; Fakultät für Gesundheit – Department für Humanmedizin / Lehrstuhlinhaber, Lehrstuhl für Psychiatrie und Psychotherapie

Datum und Uhrzeit: Mittwoch, 27. November 2013, 18:30 – 20:00 Uhr

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Anmeldung / Kontakt: Die Teilnahme ist kostenlos. Eine persönliche Anmeldung ist unbedingt erforderlich. Anmeldung per Telefon: 030 / 40806-14 02 oder per E-Mail: fb-veranstaltungen@aekb.de

Die Veranstaltung ist mit 2 Fortbildungspunkten anerkannt.

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

Der 200 Stunden- Kurs *Qualitätsmanagement* nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité im Herbst 2013 als Kompaktkurs innerhalb von knapp 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: 10.03. – 15.03.2014 / Woche 2: 05.05. – 10.05.2014 / Woche 3: 16.06. – 21.06.2014 (jeweils montags bis freitags von 9 bis 18 Uhr und samstags von 9 bis 16 Uhr)

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Weitere Informationen: Tel.: 030 / 40806-1402 (Organisation),
Tel.: 030 / 40806-1207 (Inhalte) oder per E-Mail: QM-Kurs2013@aekb.de

Weiterbildungskurs Pädiatrie der Ärztekammer Berlin zum Facharzt für Allgemeinmedizin

Der Kurs Pädiatrie kann in Verbindung mit einem 6-monatigen Weiterbildungsabschnitt in Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung den II. Weiterbildungsordnung zu erbringenden Abschnitt in der Kinder- und Jugendmedizin ersetzen und besteht aus folgenden drei Teilen:

1. 9 Stunden Theoriekurs
2. 40 Stunden Hospitation in einer Kinderarztpraxis
3. 60 Stunden Teilnahme am kinderärztlichen Notfall- und Bereitschaftsdienst der KV

Termine 9 Stunden Theoriekurs: jeweils Donnerstag 19.00 – 21.15 Uhr
19.09.2013, 31.10.2013 und 07.11.2013

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

Gesamtgebühr: 550 Euro, 9 Fortbildungspunkte

Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1203, E-Mail: a.hellert@aekb.de

Transfusionsmedizinisches Peer Review

Für die Durchführung des Peer-Review-Verfahrens in der Transfusionsmedizin in den transfundierenden Berliner Kliniken und Praxen sucht die Ärztekammer Berlin dringend neue Peer Reviewer. Qualitätsbeauftragte, Transfusionsverantwortliche und Transfusionsbeauftragte, die Interesse an einer Ausbildung zum Peer Reviewer haben, bitten wir um kurze Rückmeldung. Die Fortbildung nach dem Curriculum „Ärztliches Peer Review“ der Bundesärztekammer findet am **7./8. November 2013** statt. Die Kosten trägt die Ärztekammer Berlin.

Anmeldung richten Sie bitte an Frau Regina Drendel, Email: r.drendel@aekb.de, Tel. 030 / 40806-1401

www.berliner-aerzte.net!

Die Wendung des biographischen Verlaufs nach schwerer Erkrankung*

Mit jeder schweren Erkrankung tritt uns die grundsätzliche „Unvollendbarkeit und Gebrochenheit“ menschlicher Existenz entgegen (Karl Jaspers 1965). Krankheit kann einen bis dahin gültigen Lebensentwurf in Frage stellen oder sogar zerstören. Krankheit kann aber auch nach Viktor v. Weizsäcker (1955) dem bisherigen biographischen Verlauf eine Wendung geben und eine neue Entwicklung eröffnen. Lassen Sie mich dies an einer kurzen Fallgeschichte verdeutlichen, bevor ich dann zu meinem Thema komme.

Von Ulrich Rüger

Die Krankengeschichte des jungen G.

Ein junger Mann verlässt seine Vaterstadt Frankfurt, um in Leipzig Rechtswissenschaften zu studieren. Hätte er seinen Neigungen folgen dürfen, so wäre er nach Göttingen gegangen, um sich dort dem Studium der Altertumswissenschaften zu widmen. Nach den Wünschen des Vaters jedoch sollte er wie dieser an dessen alter Universität Jura studieren, um später die Laufbahn eines höheren Verwaltungsjuristen einzuschlagen – das ursprüngliche Ziel des Vaters, das dieser seinerzeit verfehlt hatte.

In seiner neuen Leipziger Umgebung fühlte sich der junge Mann einsam und von Heimweh geplagt. Erste Liebessehnsüchte zu der jungen Tochter seiner Wirtsleute blieben unerfüllt. Zum Studieren kam er kaum. Er zog sich zunehmend zurück und entwickelte eine Vielzahl von Krankheits-symptomen: Verstopfungen, häufige Infekte, eine Geschwulst am Halse machte ihm zu schaffen, und er litt unter häufigen Zahnschmerzen, beständigem Husten, Arbeitsstörungen und hypochondrischen Befürchtungen. Verschiedene medizinische Behandlungsmaßnahmen wurden unternommen und unterschiedliche Expertisen über seinen Krankheitszustand abgegeben. Sie reichten von einer vermuteten

syphilitischen Infektion, dem Verdacht einer Tuberkulose bis hin zu einer psychischen Erkrankung. Der Patient selbst hatte das Gefühl, dass ihm „das Gehirn verdüstert und die Eingeweide paralyisiert“ seien. Während dieser Zeit schwankte er zwischen Ausgelassenheit und tiefer Verstimmung, die in Selbstmordphantasien mündeten.

Am Ende seiner dreijährigen Leipziger Zeit geriet er wiederum in eine schwere Krise, die schließlich einen physischen Zusammenbruch auslöste. Er erlitt einen Blutsturz, schwankte mehrere Tage zwischen Leben und Tod und kehrte – wie er viele Jahrzehnte später in seinen Lebenserinnerungen feststellte – gleichsam als „Schiffbrüchiger“ in seine Vaterstadt zurück. Fast eineinhalb Jahre dauerte es noch, bis er sich wieder erholt hatte und sich seine Befürchtungen verloren, die Schwindsucht zu haben.

Schließlich konnte er Ostern 1770 zum zweiten Mal sein Vaterhaus verlassen, um das unterbrochene Studium in Straßburg zu beenden. Die dortigen eineinhalb Jahre erlebte er, wie keine andere Periode seines Lebens, als Neubeginn und widmete sich neben der zwangsläufigen Beschäftigung mit der Juristerei auch der Philosophie, der Theologie, den Naturwissenschaften und der Medizin.

Sie werden inzwischen bemerkt haben, um wen es sich handelt: Es ist die Geschichte des jungen Studenten *Johann Wolfgang Goethe* (vgl. z. B. Boerner, 1964) und bei aller Vorsicht dürfen wir Folgendes sicherlich feststellen: Die sehr zwiespältige Akzeptanz des väterlichen Lebensentwurfes – der Sohn sollte für den Vater nicht Vollendetes in dessen Entwurf erreichen! – ging der Erkrankung voraus. Die Krise nach dem dreijährigen Jura-studium – „zu der ihn keine innere Richtung drängte“ – war zugleich eine Chance für die Auseinandersetzung mit seinem bisherigen, vom Vater bestimmten Lebensentwurf. Bei dieser Auseinandersetzung war ihm sein behandelnder Arzt Johann Friedrich Metz Freund und väterliches Vorbild zugleich. Er eröffnete ihm das Interesse für neue Perspektiven: Für die historische Gestalt des Paracelsus sowie für Medizin und Naturphilosophie.

Mit der Aufnahme des Studiums in Straßburg sprengte der junge Goethe den väterlichen Horizont und Entwurf – auch wenn er dann bereits sechs Jahre später bis zu seinem Lebensende als Verwaltungsjurist in Weimar sein Brot verdiente und damit, so könnten wir es sehen, die väterliche Linie wieder aufgenommen hat.

Er tat dies aber in einer völlig anderen Form! Er hatte seinen eigenen Lebensentwurf gefunden – auch wenn sein späteres Leben nicht frei von Krisen blieb.

Diese Krankengeschichte zeigt uns aber auch: Es ist müßig zu erörtern, ob das ungeliebte Studium Goethe krank gemacht hat oder seine körperliche Erkrankung Krise und Chance zu einer Neuorientierung wurden – bei der ihm dann sein Arzt behilflich war. Vielmehr dürfte es sich hier um einen interdependenten Prozess handeln, bei dem weniger ein kausales Erklären, sondern eher ein biographisches Verstehen angezeigt ist.

Viktor von Weizsäcker war es, der die biographische Methode als Zugang zur subjektiven Seite des Patienten in die Medizin in den 20er Jahren des letzten Jahrhunderts eingeführt hat und so zum Begründer der anthropologischen Medizin wurde. Vor dem Hintergrund seiner langjährigen klinischen Erfahrung stellte er damals fest:

* Gekürzte und überarbeitete Fassung eines Vortrags auf der Jahrestagung des Berufsverbandes der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (BPM) am 16.11.2012 in Berlin

„Wenn man aber die Einbettung organischer Erkrankungen in die äußere und innere Lebensgeschichte erkundet, so ist man erstaunt, wie oft Krankheit auf dem Gipfel einer dramatischen Zuspitzung auftritt, wie oft sie eine Katastrophe aufhält oder besiegelt, wie regelmäßig sie dem biographischen Verlauf eine neue Wendung gibt.“ (Gesammelte Schriften, Band VII, S. 380).

Unter diesen drei Feststellungen wird in der Psychosomatischen Medizin die dritte häufig vernachlässigt und in der Organmedizin scheint sie eher ein Nebenaspekt geworden zu sein – allenfalls noch berücksichtigt unter der ICD-Diagnose Anpassungsstörung (F 43.2). Immerhin werden damit Schwierigkeiten bei der Bewältigung schwerer und chronischer Erkrankungen erfasst und zunehmend auch als behandlungsrelevant berücksichtigt.

Dagegen bleiben die unmittelbaren psychischen Auswirkungen eines akuten Krankheitsgeschehens oft unerkannt. Für die Organmedizin stehen zu dem Zeitpunkt oft eher handlungsorientierte Akutmaßnahmen im Vordergrund. Durch die körperliche Erkrankung ausgelöste psychische Prozesse stoßen allenfalls dann auf Interesse, wenn sie notwendige medizinische Maßnahmen erschweren.

Umgekehrt sind Patienten vielfach nicht in der Lage, sich in einer Akutsituation zu Wort zu melden, insbesondere wenn die Vigilanz eingeschränkt ist oder im Verlauf der Erkrankung sehr wechselt. Die im Patienten ablaufenden psychischen Prozesse werden dann häufig im Nachhinein vom Patienten selbst als „Durcheinander“ verstanden und von den Behandelnden als „Durchgangssyndrom“ eingeordnet. Die in diesem Stadium stattfindenden inneren Prozesse bleiben dabei vielfach unerkannt.

Hier können uns wortmächtige Schriftsteller helfen, für die ihre eigene Erkrankung Anlass zum Schreiben geworden ist. Die Erzählung „Leibhaftig“ von Christa Wolf (2002) und der autobiographische Bericht „Weiter leben“ von Ruth Klüger (1992) ermöglichen uns einen Zugang zu der inneren Welt einer Schwerverkrankten bzw. eines Unfallopfers auf dem Weg zur Genesung.

Septischer Krankheitsprozess als Ausgangspunkt eines biographischen Neubeginns

In der Erzählung „Leibhaftig“ von Christa Wolf (2002) erfahren wir – plastischer als es manche Patienten vermitteln können, in denen aber dieselben Prozesse stattfinden(!) – viel über den kontextuellen Umbau einer Biographie – ausgelöst durch eine schwere lebensbedrohliche Erkrankung, die die Heldin der Erzählung einer existenziellen Krise aussetzt, die sie in der Endzeit der DDR in einem Zwischenreich von Leben und Tod erleidet.

Rezidivierende septische Fieberzustände mit zwischenzeitlicher normaler Vigilanz stoßen eine Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte an.

In ihrem Bericht wechselt die Autorin zwischen der Ich-Form und dem beschreibenden „Sie“, wodurch wir mit in ihre Derealisations- und Depersonalisationszustände hineingezogen werden.

In diesem schwierigen Prozess standen ihr Ärzte und Krankenschwestern – das Schwesterliche spielte hier eine besondere Rolle – zur Seite. Diese erhalten in dem regressiven, leicht paranoid getönten Zustand der Patientin deutlich überakzentuierte Zuschreibungen, die nicht immer unbedingt objektiv gerecht gewesen sein dürften. Bei dieser Entwicklung werden Ärztinnen/Ärzte und Krankenschwestern zu Begleitern, sie werden aber auch zu Projektionsfiguren innerer Repräsentanzen mit rasch wechselnder Bedeutung.

Auf dem Weg der Genesung erfährt die Patientin vom Suizid einer ihr lange Zeit nahestehenden Person – man könnte sagen vom Tod ihres Alter Ego – einem Repräsentanten ihres früheren Lebenskontextes. Am Ende verlässt sie die Welt der Klinik als eine andere.

Schädel-Hirn-Trauma als Ausgangspunkt eines biographischen Neubeginns

Auch akute Unfallereignisse geben oft dem biographischen Verlauf eine neue Wendung. Oft wird dies auf bleibende

Unfallschäden und damit verbundene Anpassungsprobleme zurückgeführt. Weniger beachtet werden die inneren Prozesse, die sich nach einem solchen Ereignis und während der Genesung eines Patienten abspielen. Die amerikanische Germanistikprofessorin Ruth Klüger schildert dies sehr plastisch in ihrem autobiographischen Bericht „Weiter leben – eine Jugend“ (1992). Als Gastprofessorin in Göttingen erlitt sie dort 1988 einen schweren Verkehrsunfall mit Schädelhirntrauma. Nach der Schilderung der Autorin dürfte es sich bei zunächst erhaltenem Bewusstsein und dann allmählicher Eintrübung um ein subdurales Hämatom gehandelt haben.

Ruth Klüger beschreibt den Zustand des späteren Auftauchens aus der Bewusstlosigkeit bei noch partieller Eintrübung mit noch deutlicher Sprachstörung, insbesondere einer Wortfindungsstörung sowie einer Sprach-Interaktionsstörung. Während der längeren Genesungszeit schreibt sie dann ihr Erinnerungsbuch, das vier Jahre nach dem Unfallereignis erscheint und ein Welterfolg geworden ist. Das Buch hat Klüger den „Göttinger Freunden“ gewidmet, die sie bei ihrem Genesungsprozess begleitet haben.

Die 1931 in Wien geborene Autorin schildert in ihrem Erinnerungsbuch die bis zu dem Unfallereignis eingemauerte Erinnerung an ihr Schicksal als heranwachsendes jüdisches Kind in den Konzentrationslagern Theresienstadt, Auschwitz-Birkenau und Groß-Rosen. Ein Jahr nach dem Unfall tauchen Erinnerungsbilder an den Unfall auf, der sich ausgerechnet auf der Göttinger Judenstraße ereignet hatte.

Der junge Fahrradfahrer „kommt gerade auf mich zu, schwenkt nicht, macht keinen Bogen, im letzten Bruchteil einer Sekunde springe ich automatisch nach links, er auch nach links, in dieselbe Richtung, ich meine, er verfolgt mich, will mich niederfahren, helle Verzweiflung, Licht im Dunkel, seine Lampe, Metall wie Scheinwerfer über Stacheldraht ...“. Sie wehrt sich in Panik gegen den „Angreifer“, stützt sich deshalb beim Sturz nicht ab und fällt auf den Kopf. Mit dem Bild „Scheinwerfer über Stacheldraht“ aktualisieren sich die

Erinnerungen an eine über vier Jahrzehnte zurückliegende Zeit als Verfolgte des Naziregimes. Mit der Rück-Eroberung ihrer narrativen Kohärenz wurde dann, wie Ruth Klüger schreibt, die verschüttete Europäerin in ihr wieder lebendig, die sich hinter der Amerikanerin, die sie geworden war, versteckt hatte.

Dieser Prozess scheint bereits während der stationären Akutbehandlung begonnen zu haben, in einem Zustand noch hirnrorganisch bedingter Eintrübung, aber schon beginnender, noch inkohärenter biographischer Erinnerung. „Es war, als hätten Einbrecher alles durcheinandergeworfen, die sorgfältig verpackten alten Papiere aus hinterster Ecke hervorgeholt, sie dann aus Wut, weil sie unbrauchbar und wertlos waren, im Haus verstreut, alle Schubladen aufgerissen, Kleider zerschnitten ... und die Schränke sperrangelweit offen; und uralte Gegenstände, von denen man glaubt, man hätte sie längst in den Müll geworfen, wieder ans Tageslicht gezerrt. ... Nach und nach merkt man, dass in dem anscheinend heillosen Chaos mehr vom eigenen Ich steckt als in den früheren, scheinbar geordneten Verhältnissen.“ (S 276) – eine sehr anschauliche Beschreibung des rückläufigen „Durchgangssyndroms“, aber auch ein sehr plastisches Bild für den Verlust des bisherigen Lebenskontextes!

Psychische Prozesse in einem existentiellen Grenzzustand

Ausgangspunkt und Verlauf der zwei autobiographischen „Krankengeschichten“ sind sehr unterschiedlich. Das Gemeinsame ist der existentielle Grenzzustand. Dabei geht es nicht um eine äußere Bedrohung, sondern um den drohenden Verlust vital notwendiger Körperfunktionen. Dies scheint auf der psychischen Ebene zu einer starken Regression von Ich-Funktionen zu führen. Unreife Abwehrmechanismen werden wirksam und schützen so vor dem kompletten Ich-Verlust. Eine mehr oder weniger starke paranoische Reaktion scheint in beiden Fällen zeitweilig vorgelegen zu haben und erhält – wenn auch auf „primitivem“ Niveau – eine basale Beziehung zur Um-

welt. Angedeutete Spaltungsvorgänge und Projektionen dürften darüber hinaus über die damit verbundenen aggressiven Affekte vor Selbstaufgabe schützen.

Man könnte von einer „Regression im Sinne des Überlebens“ sprechen. Dieser Zustand scheint auch zu einer assoziativen Lockerung von Erinnerung zu führen, möglicherweise auch mit einer Neuvernetzung der entsprechenden Bruchstücke in anderer Gestalt. Eigentlich längst Gelöschtes kommt auf der Festplatte wieder zum Vorschein, wie Ruth Klüger es sehr plastisch beschreibt (S. 271). Das Wiederauftauchen aus diesem Zustand erlaubt dann einen Neubeginn.

Der heute häufig als obsolet betrachtete Begriff „Durchgangssyndrom“, unter dem in diesem Krankheitsstadium beobachtbaren körperlichen und psychischen Phänomene früher zusammengefasst worden sind, hat damit auch eine gewisse metaphorische Bedeutung. Falls die körperliche Erkrankung nicht zum Tode führt, wird ein „Durchgang“ ermöglicht zu einer Wendung des biographischen Verlaufs im Sinne von Viktor v. Weizsäcker. „Regression im Sinne des Überlebens“ wird zu „Regression im Sinne des Ichs“ in der Sprache von Michael Balint (1968).

Folgerungen für die akute Behandlungssituation

Die beiden Fallbeispiele sollten nicht zu einer Idealisierung entsprechender Krankheitsverläufe verführen. Zu Recht kennzeichnet der Kunsthistoriker Peter Cornelius Claussen das von ihm selbst nach einer Herztransplantation erlebte delirante Zustandsbild als „die Hölle“*. Und nicht selten gehen ungünstige Verläufe in eine (allerdings meist reversible) posttraumatische Belastungsstörung über. Günstige Präventionsmaßnahmen scheinen hier neben einer gegebenenfalls neuroleptischen Medikation insbesondere folgende zu sein: Die Beziehung zum Patienten nicht abreißen lassen, den Patienten immer wieder über seine Situation infor-

mieren, ihn halten und beruhigen sowie eigene Hektik vermeiden. Dazu gehört auch zu akzeptieren, dass der Patient temporär in zwei Welten lebt und dass dies auch zunächst nicht korrigierbar ist. Eine solche Haltung dürfte am ehesten dazu beitragen, das Risiko eines ungünstigen Verlaufs zu verringern und eine restituio ad integrum zu fördern – den Menschen nicht nur am Leben, sondern auch im Leben zu halten. Im günstigen Fall kann es dann auch zu einer glücklichen Wendung des biographischen Verlaufs mit einem Neubeginn kommen.

Literaturhinweis:

Ulrich Rüger (2009) Krankengeschichte und Lebensgeschichte – die biographische Dimension im Menschenbild der Medizin. Universitätsverlag Göttingen.

Zitierte und weiterführende Literatur ist dort aufgeführt.

Verfasser:

Prof. Dr. med. Ulrich Rüger
Mittelbergring 59
37085 Göttingen

(1986-2007 Direktor der Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie an der Medizinischen Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen)

Zusammenfassung:

Schwere körperliche Erkrankungen führen häufig zu einer Wendung im biographischen Verlauf. Die durch eine akute lebensbedrohliche Erkrankung ausgelösten psychischen Prozesse werden allerdings meist nur soweit beachtet, wie sie notwendige medizinische Maßnahmen erschweren. Ihre Eigendynamik und deren Bedeutung für die spätere Entwicklung bleiben oft unberücksichtigt. Anhand zweier autobiographischer Erfahrungsberichte (Septischer Krankheitsprozess und Schädel-Hirn-Trauma) werden innerpsychische Prozesse dargestellt, die sich im Verlauf von Krankheit und Heilungsprozess abspielen. Deren unterschätzte Bedeutung für eine Wendung im biographischen Verlauf wird hervorgehoben.

* Auf den sehr lesenswerten Erfahrungsbericht „Herzwechsel“ des Autors kann hier aus Platzgründen nicht weiter eingegangen werden.

Morbiditätsorientierte Ärztevergütung und Morbi-RSA der Krankenkassen – passt das zusammen?

Eine der größten Herausforderungen für Krankenkassen und Ärzte angesichts des demografischen Wandels ist die Versorgung älterer und chronisch kranker Patienten. Eine ausreichende Finanzierung der Krankenkassen über den Gesundheitsfonds hinsichtlich älterer und kranker Versicherter ist die Grundbedingung für einen Ausbau spezieller Versorgungsangebote für diese Personen. Die aktuelle Verteilung der Fondsmittel durch einen fehlerbehafteten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) begünstigt einen unfairen Wettbewerb zwischen den Kassen.

Von Achim Kolanoski

Zielgenauigkeit des Morbi-RSA

Es ist dringend notwendig, die Zielgenauigkeit des Fonds und insbesondere des Morbi-RSA zu erhöhen. Dass die Versorgerkassen zu niedrige Finanzmittel für ältere und kranke Versicherte erhalten, ist den Auswertungen des Bundesversicherungsamts für die Jahre 2009 und 2010 zu entnehmen.^{1,2}

Das Landessozialgericht NRW hat am 4. Juli 2013 geurteilt, dass der Methodenfehler bei den Leistungsausgaben für Verstorbene korrigiert werden muss. Noch ist das Urteil jedoch nicht rechtskräftig. Und der Fehler löst weiter Kettenreaktionen im Gesundheitssystem aus.

Verschärft wird das Problem der Finanzierung für Ältere und Kranke durch die Änderung bei der Ermittlung der morbiditätsorientierten ärztlichen Gesamtvergütung. Es ist aus Sicht der Deutschen BKK angemessen und nachvollziehbar, das Versicherungsrisiko und damit die Steigerung der morbiditätsabhängigen Aufwendungen bei den Krankenkassen anzusiedeln.

Neu ist ab 2013 die Definition der Ausgangsbasis für die einzelne Krankenkasse: Es wird nicht der vereinbarte Behandlungsbedarf einer Krankenkasse aus dem Vorjahr herangezogen, sondern der vereinbarte Behandlungsbedarf aller Kassen in einer KV-Region wird neu unter den Krankenkassen aufgeteilt. Die Verteilung wird nach den Anteilen der einzelnen Krankenkassen auf der Basis der tatsächlich erbrachten Leistungen neu verteilt. Grundsätzlich ist die Systematik der Ermittlung sachgerecht. Die Deutsche BKK sieht es auch als eine ihrer Aufgaben an, für die Leistungsbedarfe ihrer Versicherten einzustehen und möchte auch vernünftige ärztliche Leistungen angemessen vergüten. Aber die fehlenden Finanzmittel für ältere und kranke Versicherten könnten sich in regionalen Verhandlungen zu Lasten der Ärzte auswirken. Denkbar sind Einsparungen bei den Verträgen, die die Kasse eigenständig mit den Ärzten abschließen kann (z.B. Integrierte Versorgung), die außerhalb der Gesamtvergütung finanziert werden. Die Gründe liegen in den Auswirkungen der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung.

Grundsystematik der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz haben sich die Spielregeln zur Ermittlung der Gesamtvergütung ab 2013 verändert. Geblieben sind natürlich die allgemeinen Grundsätze der kollektivvertraglichen Vereinbarung der Gesamtvergütung. Ebenso bleibt die Gesamtvergütung im Wesentlichen in zwei große Blöcke unterteilt. Den ersten Block bildet die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV), deren Behandlungsbedarf als notwendige medizinische Versorgung definiert ist und damit eine Obergrenze darstellt. Im zweiten Block sind die besonders förderungswürdigen Leistungen, die außerhalb dieser MGV mit festen Preisen und ohne Mengengrenzung von den Krankenkassen vergütet werden. Darunter fallen zum einen die gesetzlich vorgegebene Substitution und zum anderen die derzeit vertraglich vereinbarten Leistungen wie z.B. ambulantes Operieren, Gesundheitsuntersuchung, Krebsfrüherkennung, Schutzimpfung, Dialyse-Sachkosten sowie die neu hinzugekommenen psychotherapeutischen Leistungen. Die MGV stellt mit ca. 70 den größten Anteil dar. Der Rest entfällt auf die extrabudgetäre Gesamtvergütung. Seit diesem Jahr werden die Veränderungen in der Gesamtvergütung jährlich nach Kriterien wie Morbiditätsstruktur, Art und Umfang der ärztlichen Leistungen, Wirtschaftlichkeitsreserven und Verlagerungen von Leistungen zwischen stationärem und ambulantes Sektor bestimmt.

Die Anpassung des vereinbarten und bereinigten Behandlungsbedarfs

Die eigentliche Anpassung des vereinbarten und bereinigten Behandlungs-

¹ Drösler, S.; Hasford, J.; Kurth, B.; Schaefer, M.; Wasem, J.; Wille, E: Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich. Gutachten des wissenschaftlichen Beirats des Bundesversicherungsamts. Juni 2011.

² Göppfarth, Dirk: Zweites Jahr Morbi-RSA – Stabilität und Bestätigung. In: Zeitschrift G+S; 1/2012. S. 8-15.

bedarfs für die Kassenärztliche Vereinigung passiert im zweiten Schritt. Deren Grundlagen sind:

- a. Veränderungen insbesondere bei der Zahl der Versicherten
- b. eine Veränderung des Leistungsumfangs
- c. Verlagerungen zwischen stationärem und ambulanten Sektor
- d. Veränderungen bei der Ausschöpfung der Wirtschaftlichkeitsreserven
- e. Veränderungen der Morbiditätsstruktur der Versicherten

Dabei nimmt die Beurteilung zur Veränderung der Morbiditätsstruktur der Versicherten einen besonderen Stellenwert ein. Das Institut des Bewertungsausschusses verwendet hier ein auf die deutschen Verhältnisse angepasstes Modell eines Klassifikationsverfahrens. Für jede der 17 Kassenärztlichen Ver-

einigungen errechnet das Institut des Bewertungsausschusses zwei Veränderungsdaten. Eine Rate basiert im Wesentlichen auf Behandlungsdiagnosen und die zweite Rate auf demografischen Kriterien wie Alter und Geschlecht. In den jeweiligen KV-Regionen haben dann die Vertragspartner die beiden Raten zu gewichten und eine Veränderungsrate zu vereinbaren. Auch für die Verteilung der Gelder aus dem Gesundheitsfonds wird das Klassifikationsmodell der Firma DxCG eingesetzt. Die Anpassungen und Weiterentwicklungen in den beiden Bereichen Ärztevergütung und Morbi-RSA erfolgen aber unabhängig voneinander. Die Verteilungssystematik des Fonds als einzige Finanzierungsquelle der Kassen und die Vergütungssystematik für die Ärzte folgen noch nicht den gleichen Rahmenbedingungen.

Die Messung der Morbidität erfolgt nach unterschiedlichen Messkriterien und führt somit zu Verzerrungen im Wettbewerb zu Lasten von kranken und alten Menschen.

Fazit: Nein, eine morbiditätsorientierte Gesamtvergütung und der Morbi-RSA passen noch nicht zusammen. Eine Weiterentwicklung des Morbi-RSA zu Gunsten der höheren Berücksichtigung von Morbidität wäre die adäquate Lösung. Dann erhalten die Krankenkassen mit hohen Behandlungsbedarfen auch die notwendigen Finanzmittel aus dem Gesundheitsfonds. Und könnten in der Folge in ein umfassendes Versorgungsmanagement investieren.

Verfasser:
Achim Kolanosk
Vorstandsvorsitzender Deutsche BKK,
Wolfsburg

Team-Fortbildung in der Praxis – ein Beispiel

Einst hieß sie „Sprechstundenhilfe“, dann „Arzthelferin“, 2006 wurde sie zur „Medizinischen Fachangestellten (MFA)“. Diesen Namen verdienten wegen ihrer anspruchsvollen Tätigkeit viele schon vorher. „Die MFA ist nicht mehr Helferin, sie ist die qualifizierte und selbstständige Mitarbeiterin in einer Arztpraxis“, las man im Deutschen Ärzteblatt (43/2008, S. A 2263). Haben Sie Ihre Angestellten zu Ihrer wirksamen Entlastung systematisch zu Mitgliedern eines gut eingespielten Teams entwickelt? Wie bilden Sie dieses Team eigentlich fort? Gibt's da einen Erfahrungsausch unter Praxisärzten? Wir stellen hier eine praxisinterne Fortbildung exemplarisch vor.

Mittagspause in der Hausarztpraxis. Das Wartezimmer ist trotzdem nicht leer. Erstens sitzt da immer ein Muttchen mit der Handtasche auf dem Schoß, auf das jeder Neuling erstmal hereinfällt, ehe er merkt, dass es die veristische Plastik einer Patientin ist. Und zweitens sitzt da heute eine kleine Kaffeerunde des Praxisteam, wie regelmäßig alle vier Wochen. Aber es gibt nicht bloß Kaffee und Gebäck, es gibt vor allem Fortbildung.



Dr. Skörde und sein gut fortgebildetes Team.

Bevor Dr. Jürgen Skörde, Internist mit Hausarztfunktion, oder eine seiner vier Fachangestellten (darunter seine Frau) zum Thema des Tages spricht, informiert der Chef erst einmal über besondere Patienten. Denn, so Skörde, „jeder in der Praxis soll über jeden Patienten Bescheid wissen“. Und jeder Patient muss ernst ge-

nommen werden, auch wenn er – oder eher sie – seit zwanzig Jahren vom Sterben spricht und munter weiterlebt. Aber kürzlich wurde so jemand, nämlich Frau B., mehrmals ohnmächtig.

Bei Herrn A. wurde ein Pankreaskopf-Karzinom festgestellt, berichtet der Arzt weiter. „Man muss ihn im Auge behalten. Zwar schien er die Diagnose ungerührt zur Kenntnis zu nehmen, aber vielleicht ist er dann zu Hause zusammengebrochen.“

Besonders berührt waren alle von der Krankengeschichte der jungen Frau, die wegen eines kleinen Infekts und mit Kopfschmerzen in die Praxis gekommen war und vorher drei, vier Tabletten ASS pro Tag genommen hatte. „Tabletten versauen einem die Anamnese“, sagt der Doktor, und die „Blutverdünnung durch ASS hält zehn Tage an“. Sie setzte es auf seine ärztliche Anweisung ab. Am nächsten Tag war der Kopfschmerz trotzdem etwas besser, aber beim Gehen fiel eine kleine Abweichung nach rechts auf. Das CT ergab eine Hirnblutung, die Radiologin schickte die Patientin aber weg und rief nur in der Hausarztpraxis an. Dort legte man der jungen Frau dringend nahe, sich sofort in eine bestimmte Klinik mit Stroke Unit zu begeben.

„In solchen Fällen muss man sich kümmern und unbedingt nachhaken“, sagt der Praxischef. Das war auch hier nötig: Ein Anruf im Krankenhaus zeigte, dass die Patientin dort nie angekommen war. Ein Anruf bei ihr zu Hause: Es war Freitag, und sie hatte lieber bis Montag warten wollen – mit einer Hirnblutung!

Fachangestellte bildet Kolleginnen fort

Nach den Patientenbesprechungen leitet der Chef zum Fortbildungsthema „Wunden“ über. Im Ernstfall Sache der Chirurgen, der Hausarzt muss da, wie immer, seine Grenzen kennen. Eine der Fachangestellten – sie sind hier wirklich mehr als nur „Helferinnen“ – demonstriert spezielle Pflaster und Kompressen für chronische Wunden und ihre verschiedenen Wirkungsweisen, je nach Zustand der Wunde und der Phase ihrer Heilung. Für infizierte Wunden zum Beispiel gibt es Auflagen aus Polyurethanschäum, der antimikrobiell wirkendes Polyhexamid enthält. Manche Pflaster saugen das Sekret auf, hydrokolloide Auflagen wiederum befeuchten trockene Wunden. „Nicht zu oft den Verband wechseln“, warnt Skörde, „aber man muss die Wunde kontrollieren“. Dafür gibt es transparente Auflagen.

Andere Schwerpunktthemen dieser praxisinternen, stets protokollierten Fortbildung waren zum Beispiel: „Reisethrombose“ („die Leute wollen immer Heparin“, sagt Skörde, „das ist aber nur für Hochrisikopatienten indiziert und kann schwere Nebenwirkungen haben“). Oder COPD, Darmkeime, Impfungen, bestimmte Arzneimittel wie etwa ACE-Hemmer als Mittel der Wahl („AT1-Blocker bekommen wegen des hohen Preises nur die ACE-Huster“, erklärt der Doktor).

Besonders wichtig: Notfälle in der Praxis, d.h. Organisatorisches und Erste-Hilfe-Maßnahmen. Und wann 112 wählen? Bei hypertensiven Krisen, plötzlichem Herzschmerz (Infarkt?), akuter Luftnot (Status asthmaticus?), plötzlicher Bewusstlosigkeit, Zeichen eines anaphylaktischen Schocks oder eines Schlaganfalls – das weiß jetzt das ganze Praxisteam.

Alle sollen alles können und ihre Grenzen kennen

Was in dieser Praxis auffällt, ist die „flache Hierarchie“. Spürbar herrscht hier ein Klima, in dem niemand Angst hat, Fragen zu stellen oder auch Fehler einzugestehen. Und alle sollen alles können, damit Sicherheit auch in der Urlaubszeit herrscht.

Fortbildung für Hausärztinnen und Hausärzte und ihre Praxisteams ist frei von Herstellerinteressen, evidenz- und fallbasiert, interaktiv und interkollegial

Da die Allgemein- und Familienmedizin sehr spezifische Merkmale aufweist, wie zum Beispiel Multimorbidität der Patienten, Arbeit im Niedrig-Prävalenzbereich und biopsychosoziales Krankheitsmodell, sind traditionelle Fortbildungsformate mit Vorträgen fachfremder ‚Spezialisten‘ nur bedingt geeignet, die hausärztlichen Kompetenzen zu erhalten und zu verbessern. Aus diesem Grund sollte das bereits in ärztlichen Qualitätszirkeln erfolgreich etablierte evidenzbasierte Lernen untereinander und voneinander („Peer Learning“, Hospitationen) auch in der Fortbildung vermehrt genutzt werden. *Zusätzlich müssten mit einer wachsenden Verantwortung der nichtärztlichen Professionen diese stärker in die Fortbildungsstrukturen integriert werden.*“ (Aus den Positionen der DEGAM zur Zukunft der Allgemeinmedizin und der hausärztlichen Praxis, verabschiedet 2012.), www.degam.de

Spezialaufgaben wie Blutentnahme, Impfen, EKG, Lungenfunktionsprüfung, auch Empfang oder Abrechnung werden turnusmäßig übernommen. „Sie wissen, was sie zu tun haben und wann sie mich fragen müssen“, sagte Skörde zu BERLINER ÄRZTE.

Alle sind hier per Du, doch das tut der ärztlichen Autorität offensichtlich keinen Abbruch. Die Fachangestellten haben sich – auch durch die systematische Fortbildung – viel Kompetenz angeeignet, aber sie kennen ihre Grenzen. Die liegen dort, wo die Patientensicherheit gefährdet ist. Ein Beispiel: Ergometrie. „Niemals weil der Patient das will, nur, wenn ich das will“, sagte der Praxischef. „Und nur, wenn der Arzt daneben steht. Man kann einen Patienten sonst in den Infarkt treiben!“

Diese regelmäßige praxisinterne Fortbildung lässt sich zugleich als Qualitätssicherung sehen – und nicht zuletzt als Personalentwicklung. Qualifizierte Fachkräfte könnten künftig knapp werden. In dieser Praxis gibt es keine Fluktuation. Bis auf eine Ruheständlerin sind noch alle seit der Praxisgründung vor fünfzehn Jahren dabei.

Turnusmäßige Teambesprechungen seien immerhin in drei Viertel der Praxen üblich, erfährt man bei der Bezirksstelle Berlin des „Berufsverbandes der Medizinischen Fachangestellten“. Er bietet ihnen auch Fortbildungen an; die sind für sie freiwillig. Gut

ein Drittel komme regelmäßig, heißt es. Aber systematische Teamfortbildung in den Praxen, an der die Fachangestellten mit kleinen Referaten oder Demonstrationen aktiv beteiligt sind, scheint noch die Ausnahme zu sein, wie eine kleine nicht repräsentative Umfrage bei involvierten Institutionen und praktizierenden Ärzten ergibt.

Der interprofessionellen Kooperation gehört die Zukunft

Die Zukunftsideen und -pläne für Praxis und Klinik aber zielen in Richtung einer besseren interprofessionellen Kooperation von Ärzten, Pflegenden, Therapeuten jeder Couleur und eben auch der medizinischen Fachangestellten. Ansätze gibt es, und da ist akademische Arroganz von Ärzten obsolet und kontraproduktiv. Nach dem Vorbild amerikanischer Reformfakultäten werden zum Beispiel in Dresden Medizinstudierende und Pflegeschüler beim Kurs „Skills im Team“ gemeinsam in praktischer Zusammenarbeit am Schauspieler-Patienten geschult, wie das Deutsche Ärzteblatt (4/2012 S. A 2294) berichtete.

Besonders aufgeschlossen für interprofessionelle Aktivitäten ist die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, die DEGAM (siehe Kastentext). Der Sprecher ihrer Sektion Fortbildung, Günther Egidi (Bremen), teil-

te BERLINER ÄRZTE mit, dass er in seiner Praxis schon lange die Fachangestellten am Qualitätsmanagement beteiligt, „das in Fortbildung übergeht“. Und in der Bremer hausärztlichen Fortbildungsakademie setzt man sich neuerdings nicht nur mit Ärzten, sondern mit ganzen Praxisteams zusammen, um einzelne Themen zu bearbeiten.

Last but not least hob die Ärztekammer Berlin bereits vor mehr als zwei Jahren den besonderen Stellenwert des Berufsstandes der Medizinischen Fachangestellten hervor, indem ihre Delegierten „die Weichen für ‚Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung‘“ stellten. Und in BERLINER ÄRZTE 4/2011 war zu lesen: „Regine Held, im Vorstand der Ärztekammer Berlin zuständig für den Bereich medizinische Fachberufe, stellte die Qualifikation vor: ‚Mit der neuen Aufstiegsfortbildung wird das Berufsfeld der Medizinischen Fachangestellten zukunftsfest gemacht.‘“

Ihr Editorial im selben Heft trägt einen Titel, der zum Motto auch für diesen Beitrag taugt:

„Qualifiziertes Assistenzpersonal – gut für (niedergelassene) Ärztinnen und Ärzte.“

Rosemarie Stein

ANZEIGE

Aktiv gegen Alkoholprobleme

3. AktivA-Symposium zum Thema „Alkoholabhängigkeit bei Erwachsenen“

Als „eines der vordringlichen Ziele“ ihrer Gesundheitspolitik bezeichnet die Bundesregierung die Reduzierung des missbräuchlichen Konsums von Alkohol, heißt es in der Antwort „Politik der Bundesregierung im Bereich der Alkoholsucht und des Komatrinkens“ auf die Kleine Anfrage der SPD-Fraktion im März dieses Jahres.

Laut des Drogen- und Suchtberichtes der Bundesregierung von 2012 trank der Deutsche 2010 durchschnittliche etwa 9,6 Liter reinen Alkohol. Im Hinblick auf den Konsum der letzten 20 Jahre kann man da sogar von einem positiven Trend sprechen, denn seit 1991 sank der Alkoholkonsum um circa 3 Liter pro Person.

Dennoch: 1,3 Millionen Menschen gelten gemäß des Drogen- und Suchtberichts als alkoholabhängig. Durch die demografische Entwicklung gewinnt das Thema Alkoholabhängigkeit bei den über 60-Jährigen zunehmend an Bedeutung: Etwa 400.000 Menschen über 65 Jahre – 28 Prozent der Männer und 17 Prozent der Frauen – trinken Alkohol in gesundheitsgefährdenden Mengen. Über 73.000 Menschen sterben jedes Jahr an den Folgen von Alkoholmissbrauch.

Das 3. AktivA-Symposium für eine aktive Alkoholtherapie fand anlässlich des Weltdrogentages am 26. Juni in Berlin statt und bot die Möglichkeit, sich über die Relevanz der Alkoholerkrankungen bei Erwachsenen sowie die Herausforderungen in der derzeitigen Alkoholtherapie zu informieren. Sechs Vorträge u.a. zu Themen wie Frühintervention in der Arztpraxis, Reduktion des Alkoholkonsums und Größe der Versorgungslücke zeigten auf, dass die Alkoholab-

hängigkeit ein gesamtgesellschaftliches Problem ist und inzwischen als Volkskrankheit gilt.

Die Verbreitung und die wirtschaftlichen Auswirkungen haben weitreichende Folgen: Sowohl für die einzelnen Betroffenen und deren Angehörige als auch volkswirtschaftlich. Prof. Dr. Falk Kiefer, stellvertretender Ärztlicher Direktor der Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim und Professor für Suchtforschung an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, mahnte dringend eine Reduktion des Alkoholkonsums an: Die konsumierte Menge stehe im Zusammenhang mit den alkoholbedingten Krankheiten wie zum Beispiel Leberzirrhose, Diabetes mellitus, Schlaganfall und erhöhtes Krebsrisiko. 2004 starben von 100.000 in Deutschland lebenden 15- bis 64-jährigen Frauen rund 13,7 und 46,2 Männer vorzeitig an den Folgen ihres Alkoholkonsums. Das heißt: Jeder achte Todesfall bei Männern und mehr als jeder 14. Todesfall bei Frauen unter 65 Jahren ist Folge von Alkoholkonsum. Die mit der Alkoholabhängigkeit verbundenen volkswirtschaftlichen Kosten belaufen sich nach einer gesundheitsökonomischen Schätzung der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen für das Jahr 2007 auf 26,7 Milliarden Euro, die die unmittelbaren Behandlungskosten, Verluste durch Fehlzeiten am Arbeitsplatz sowie Frühberentung und Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit umfassen.

Die Bundesregierung bleibt nichtsdestotrotz gelassen: Eine Anhebung der Alkoholsteuern ist momentan ebenso wenig geplant wie eine Senkung der Obergrenze der Blutalkoholkonzen-

tration im Straßenverkehr. Auch ein vollständiges Verbot von Alkoholwerbung hält die Regierung nicht für nötig: Werbung für alkoholhaltige Getränke müsse bestimmte Standards erfüllen, sei aber „nicht der einzige Einflussfaktor auf das Trinkverhalten von Erwachsenen und Jugendlichen“. Den hauptsächlichen Handlungsbedarf sieht die Regierung bei der Überwachung der bestehenden gesetzlichen Regelungen und bei einer Präventionsstrategie, „die auf das Bewusstsein der Gefährlichkeit und des Suchtpotentials sowie bei Erwachsenen auf einen verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol“ zielt, heißt es in der Antwort der Bundesregierung auf die SPD-Anfrage.

Der Medizinstudent Jonathan Schütze sprach sich in seinem Vortrag „Alkoholabhängigkeit – Umgang in Lehre und Therapie“ ebenfalls für präventive Maßnahmen aus, forderte jedoch von der Politik konkrete Schritte durch eine Verminderung des Alkoholangebots, eine Erhöhung der Alkoholsteuer, die Verbilligung alkoholfreier Getränke und weniger Werbung für alkoholische Getränke ein. Als angehenden Arzt war es Schütze besonders wichtig, dass künftig in der medizinischen Ausbildung das Thema Alkoholabhängigkeit einen angemessenen Stellenwert bekommt, um die Diagnose- und Behandlungsqualität zu verbessern. Aktuell fühlen sich viele Medizinstudenten nicht ausreichend über Suchterkrankungen informiert.

Zu dem Ergebnis kam 2012 auch eine internationale Studie, an der u.a. Wissenschaftler der Charité Berlin, der Uniklinik Göttingen sowie des University College London beteiligt waren. Demnach werden im gesamten Medizinstudium aktuell nur etwa drei Unterrichtsstunden dem Alkoholismus gewidmet. In der Studie wurden knapp 20.000 deutsche Medizinstudierende zu ihrer Vorbereitung auf die praktische Tätigkeit befragt.

Aber nicht nur die Verbesserung der Mediziner Ausbildung bezüglich der

Thematik Alkoholabhängigkeit war Gegenstand der Veranstaltung. Ein weiterer Punkt war auch die Frage nach der Früherkennung von Alkoholmissbrauch in der Hausarztpraxis. Eine mögliche Strategie ist die Integration von Screening-Verfahren in die hausärztlichen Früherkennungsuntersuchungen zum Beispiel beim Gesundheits-Check-up 35+. Das Problem: Von allen Alkoholabhängigen werden nur wenige professionell behandelt. Bei nur 9 Prozent liegt die Behandlungsquote in Deutschland. Obwohl gute Behandlungsmethoden vorhanden sind, gelingt es bisher nicht ausreichend, Betroffene wirkungsvoll zur frühzeitigen Inanspruchnahme von Beratungs- und Behandlungsangeboten zu bewegen. Deshalb war eine der Kernfragen der Diskussion, wodurch Frühintervention möglich werden könnte.

Ulrich Weigeldt, Bundesvorsitzender des Deutschen Hausärzteverbandes e. V. bestätigte, dass das Arzt-Patientengespräch eine wesentliche Rolle bei der frühzeitigen Erkennung von Alkoholproblemen spielt. Die gezielte Nach-

frage zum Alkoholkonsum des Patienten findet jedoch im Praxisalltag noch viel zu selten statt und gestaltet sich ohne erlernte kommunikative Fertigkeiten auf Seiten des Arztes schwierig. Der Vorstandsvorsitzende der KKH Kaufmännische Krankenkasse, Ingo Kailuweit, führte in diesem Kontext an, dass 80 Prozent aller Menschen mit Alkoholproblemen wegen einer Gesundheitsstörung mindestens einmal im Jahr in einer Arztpraxis sind. Ein Umstand, der künftig bei der systematischen Einbindung einer alkoholbezogenen Frühintervention mehr Gewicht haben sollte.

Für die Teilnehmer des 3. Aktiva-Symposiums war somit klar, der nächste notwendige Schritt müsse die Festschreibung der Reduktion des Alkoholkonsums als nationales Gesundheitsziel sein. Vertreter der Politik, Kostenträger, Leistungserbringer, Selbsthilfe- und Patientenorganisationen sowie Wissenschaft und Forschung würden damit einen Konsens anstreben, um dem gesamtgesellschaftlichen Problem Alkoholabhängigkeit entgegenzuwir-

ken. Der Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“, in dem sich mehr als 120 Organisationen des deutschen Gesundheitswesens engagieren, hat seit dem Jahr 2000 unter Beteiligung von Bund, Ländern und Akteuren der Selbstverwaltung sieben nationale Gesundheitsziele und konkrete Maßnahmen zur Zielerreichung entwickelt.

Ulrike Hempel
Medizinjournalistin

ANZEIGEN

In memoriam Thea Schirop

Am 30.06.2013 ist Frau Dr. Thea Schirop im Alter von 81 Jahren verstorben.

Mit ihrem Tod verliert die Berliner Diabetes Gesellschaft ihre Mitgründerin, langjährige Vorsitzende und die Diabetologie eine – weit über Berlin hinaus – bekannte, hoch engagierte und profilierte Persönlichkeit.

Nach einer kaufmännischen Lehre und der Tätigkeit im Betrieb ihres Vaters holte die gebürtige Berlinerin auf dem Abendgymnasium ihre Reifeprüfung nach. Nach Abschluss ihres Medizinstudiums an der Freien Universität Berlin und Promotion begann Thea Schirop ihre Facharztausbildung an der Medizinischen Klinik des Klinikums Westend der Freien Universität.

Schon während ihrer internistischen Facharztausbildung mit besonderem Fokus im Bereich der Intensivmedizin entdeckte sie ihre eigentliche Leidenschaft, die Diabetologie. Nach Ablegen der Facharztprüfung in der Inneren Medizin baute sie zusammen mit ihrem Kollegen Dr. von Wissmann am Klinikum Westend eine Diabetesambulanz auf und in den Folgejahren zusätzlich noch eine Insulinpumpenambulanz. Neben ihrer klinischen Tätigkeit unterrichtete sie mit Begeisterung Studenten, betreute verschiedene medizinische Promotionen und gab ihr Wissen und ihre Erfahrungen an junge Ärzte weiter. Nach Umzug der Klinik ins Virchow Klinikum arbeitete sie noch viele Jahre – auch über ihre Pensionierung hinaus – im Bereich der Diabetesversorgung.

Als eine der Gründungsmitglieder der Berliner Diabetes Gesellschaft übernahm sie 2001 den Vorsitz der Berliner Diabetes Gesellschaft (Regionalgesellschaft der Deutschen Diabetes Gesellschaft), den sie 2012 krankheitsbedingt abgeben musste.

Zusätzlich übernahm sie 2005 auch den Vorsitz der Norddeutschen Diabetes Gesellschaft.

Neben der Organisation der Jahrestagungen und der tatkräftigen Unterstützung aller Belange der Diabetologen in Klinik und Praxis organisierte und leitete sie ab 1997 insgesamt sieben Kurse zur Qualifikation zum Diabetologe DDG nach dem Curriculum der Deutschen Diabetes Gesellschaft. Zeitgleich zeichnete sie verantwortlich für die Organisation und Leitung von 14 Fortbildungskursen zur Qualifikation zur Diabetesassistentin DDG.

Ihre zweite Leidenschaft galt der für die Diabetologie so wichtigen Disziplin der Ernährungsmedizin. Seit 1998 war Thea Schirop Mitglied des wissenschaftlichen Beirates „Ernährungsmedizin“ der Ärztekammer Berlin, der Ärztekammer Brandenburg und des Deutschen Instituts für Ernährungsforschung in Potsdam/Rehbrücke. Ihrem unermüdlchen Einsatz ist es zu verdanken, dass Berlin als eines von zwei Bundesländern schon früh eine leistungsfähige Zusatzweiterbildung „Ernährungsmedizin“ etabliert hat.

Nicht unerwähnt bleiben soll auch ihr unermüdlcher Einsatz für die Belange der Berliner Ärztekammer. Sie engagierte sich als Angehörige und später als stellvertretende Vorsitzende des Weiterbildungsausschusses Innere Medizin und durch ihre Tätigkeit in der Ernst-von-Bergmann-Fortbildungsakademie und schließlich als Mitglied und dann als Vorsitzende des Schlichtungsausschusses der Berliner Ärztekammer.

Durch Verleihung der Georg-Klemperer-Ehrennadel und Medaille der Berliner Ärztekammer ehrte die Kammer 2007 mit Thea Schirop eine Ärztin, die „sich große Verdienste um die Patientenversorgung erworben und sich um das Ansehen der Ärzteschaft verdient ge-

macht hat“, wie es seinerzeit in der Laudatio hieß.

Mit Dankbarkeit blicken der Vorstand und die Mitglieder der Berliner Diabetes Gesellschaft und alle in der Diabetologie engagierten Ärztinnen und Ärzte in Berlin auf das Lebenswerk von Thea Schirop.

Sie hat in der Betreuung von Diabetespatienten, in der Aus- und Weiterbildung von Studenten, jungen Ärzten, Diabetologen, Diabetesassistenten und Diabetesberaterinnen unschätzbare Verdienste erworben und die Entwicklung der Diabetologie und der Ernährungsmedizin in unserer Stadt wesentlich mitgeprägt.

Die Berliner Diabetes Gesellschaft wird ihrer langjährigen Vorsitzenden ein würdiges Andenken bewahren.

Prof. Dr. med. Michael Derwahl
Vorsitzender der Berliner Diabetes Gesellschaft



Foto: privat

In Gedenken an Klaus Eyrich

Am 16.07.2013 verstarb Prof. Dr. med. Klaus Eyrich, emeritierter Ordinarius der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin des Klinikums Benjamin Franklin (ehemals Klinikum Steglitz) der Freien Universität Berlin. Geboren am 10.01.1927 in Tübingen studierte Eyrich von 1948-54 in Freiburg Medizin, wo er 1954 auch promovierte. Von 1956-60 war er als Assistenzarzt in der Chirurgie, der Pathologie und Inneren Medizin tätig; 1959 auch als Schiffsarzt, Route Hamburg-Südamerika. 1961 wurde Eyrich Assistenzarzt an der Anästhesieabteilung der Chirurgischen Universitätsklinik Freiburg unter Prof. Kurt Wiemers. Dort erhielt er 1964 die Anerkennung als Facharzt für Anästhesiologie und wurde 1969 mit einer Arbeit über „Die Klinik des Wundstarrkrampfes im Lichte neuzeitlicher Behandlungsmethoden“ habilitiert. 1969 wechselte er als Oberarzt ans Institut für Anästhesiologie der Universität Würzburg zu Prof. Dr. med. Karl-Heinz Weis. Seit 1971 war er dort Leitender Oberarzt und wurde 1974 zum Extraordinarius ernannt. 1978 erhielt Eyrich den Ruf auf den Lehrstuhl für Anästhesiologie am Klinikum Steglitz (später Klinikum Benjamin Franklin) der Freien Universität Berlin. 1994 wurde er emeritiert, ging aber erst im Jahr 1997 endgültig in den Ruhestand.

Für Klaus Eyrich bildeten Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerzmedizin eine wissenschaftliche und fachliche Einheit. Stets hat er sich dafür eingesetzt, insbesondere die Intensivmedizin stärker in die Anästhesiologie zu integrieren. Die Notfallmedizin hat Eyrich maßgeblich die Stationierung des ersten Berliner Rettungshubschraubers Christopher 31 im Jahr 1987 am Universitätsklinikum Steglitz zu verdanken. Gleiches gilt für die Etablierung eines Intensivtransporthubschraubers im Jahr 1993.

Zahlreiche Habilitationen entstanden während seines Ordinariats und viele seiner Mitarbeiter wurden Chefärzte. Die wissenschaftlichen Schwerpunkte der Klinik lagen u.a. in Fragen zur Hämodynamik, zum Sauerstofftransport, zum Hirntod, zur Analgo-Sedierung von Intensivpatienten und insbesondere zur Sepsis.

In den Jahren 1991 und 1992 war Klaus Eyrich Präsident der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, dessen Präsidium er bereits seit 1977 als Schriftführer angehörte. In der Zeit der Wende wirkte er intensiv an der Zusammenführung und vertrauensvollen Zusammenarbeit im Bereich der Anästhesiologie mit. Darüber hinaus etablierte er als Landesvorsitzender der DGAI u.a. eine

regelmäßige anästhesiologische Fortbildungsveranstaltung, die zunächst am Universitätsklinikum Benjamin Franklin und heute immer noch, allerdings am Campus

Virchow Klinikum, durchgeführt wird. Neben Klinik und Forschung engagierte sich Klaus Eyrich – seinem ausgeprägten mediko-legalen Interesse folgend – über viele Jahre auch in der Schlichtungsstelle der norddeutschen Ärztekammern in Hannover.

Der Ruhestand erlaubte Klaus Eyrich sich intensiver seiner Familie zu widmen und sein Interesse an Literatur und Kunst zu pflegen. Er blieb ein anregender Gesprächspartner, nicht zuletzt weil er den Dialog und den kritischen Diskurs schätzte.

Mit Klaus Eyrich verlieren wir einen hervorragenden Vertreter der deutschen Anästhesiologie, einen äußerst geschätzten Kollegen und einen liebenswerten Menschen.

Prof. Dr. med. Claudia Spies
Prof. Dr. med. Walter Schaffartzik



Foto: privat

Christoph Gosepath

Arzt und Regisseur

Einladung ins Theater, an einen ungewöhnlichen Ort. Türkische Läden, Obst und Gemüse dekorativ ausgestellt. Alle Tische und Stühle vor den Restaurants an diesem lauen Sommerabend besetzt. Friedliches Miteinander von Kreuzbergern aus der Türkei, aus Schwaben und anderen deutschen Landen. Viel junges Volk, sehr leicht bekleidet, dazwischen Kopftuchverhüllte. Hier ein Theater? Die Wegbeschreibung nachlesen: „Kottbusser Tor, Neues Zentrum Kreuzberg, Galerie 1. OG, Zugang über Außentreppe Adalbertstraße 96.“

Endlich angelangt. Ein nüchterner Werkstattraum mit Betonpfeilern und „technischer“ Decke, sonst meist bespielt von der „Vierten Welt“. Am Eingang werden die Besucher vom Chef persönlich begrüßt: vom Regisseur und Haupt-Autor der „multimedialen Performance“ mit dem Titel „Paradies Karibik“. Viele kennt er. Es sind Mitglieder des „Clubs Tipping Point“ für Künstler aller Sparten, den er 2007 mitgegründet hat und dessen künstlerischer Leiter er ist. Wer ist „ER“? Und was macht eine Mitarbeiterin von BERLINER ÄRZTE hier?

Der Regisseur Christoph Gosepath ist auch Arzt, mal beides zugleich, mal abwechselnd. Studiert hat der 1961 Geborene erst Philosophie und Literaturwissenschaft (bis zum Master), dann auch noch Medizin. Der frischgebackene Dr. med. war in den Neunzigern aber weder in Klinik noch Praxis tätig, sondern sieben Jahre lang nur im Theater: als Regieassistent von Robert Wilson an der Berliner Schaubühne, von Peter Stein bei den Salzburger Festspielen, von Leander Haussmann am Schauspielhaus Bochum.

Unter den vielen eigenen Inszenierungen (Lessing, Sartre, Kroetz und Projekte im In- und Ausland) fallen einige thematisch auf: „Sexuelle Neurosen unserer Eltern“ von Lukas Barfuss und „Der Fall

Schreiber“, nach den „Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken“ dieses Arztes und Erfinders der Schrebergärten. Denn sie fanden nicht zufällig in der (seiner) Theaterarbeit zuliebe langgestreckten Zeit von Gosepaths Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie statt. Die absolvierte er hauptsächlich (2003-9) im Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge, wo er danach die Psychotherapiestation der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie leitete – nur kurz, denn er braucht Spielraum – Spielzeit – fürs Theater, seine Leidenschaft. So machte er sich selbstständig: als verhaltenstherapeutisch ausgebildeter Psychotherapeut, als Honorararzt, der bei Engpässen nachts und am Wochenende einspringt, als Dozent an der Berliner Akademie für Gesundheit und der Wannsee-Akademie.

Gosepath findet viel Gemeinsames im Umgang mit Patienten und mit Schauspielern: Man muss sich auf jeden ganz individuell einstellen, um ihn erfolgreich führen zu können. Jetzt in Kreuzberg gelang dies sichtlich. „Paradies Karibik“? Das Urlaubskartenklischee kam dem Großstadtpaar auf Kreuzfahrt schnell abhanden. Der Berliner Workaholic und seine Freundin mit dem Schuhtick fangen schon auf dem Schiff an, ihre Illusionen zu verlieren: Sturm, Seekrankheit. Und gleich nach der Landung Koffer geklaut. Das Ferienhaus nicht am weißen Sandstrand unter Palmen, sondern dicht am bedrohlichen Dschungel. Ungeziefer, Reisediarrhoe, Langeweile und viel Rum. Da kreuzt „Der Schwarze“ auf, singt, tanzt, erzählt vom Leben der



Gosepath richtet die „Bühnenbilder“ her.

Einheimischen, will auch von seinem Voodoo-Vater berichten... So endet die „Multimediale Performance“.

Das Wort klingt großkotzig, aber hier wird mit einfachen und phantasievollen Mitteln viel Wirkung erzielt: in der Mitte des Raums ein paar Tische mit Modellen des winterlichen Berliner Bungalows, des Kreuzfahrtschiffes, des Urwalds, und auf einer Drehscheibe tanzen die Puppen: Die Protagonisten als winzige Figürchen, von den beiden lebenden Schauspielern an Metallstäben geführt.

Samt Ambiente werden sie agierend auf zwei Leinwände projiziert, und manchmal erscheinen dazwischen die Köpfe der Schauspieler im Großformat. Mit Worten wird gespart (die Reisediarrhoe z. B. ist nur durch wiederholte Spülgeräusche angedeutet), die Tonspur mit Klassik, Jingle Bells, Karibischer Musik und Urwaldlauten ist dem Geschehen gut angepasst. – Ein phantastischer Gesamteindruck. Die angestrebte „Annäherung an den Kulturraum Karibik“ ist gelungen. Aber warum gerade Karibik? Weil ein Mitglied des Klubs „Tipping Point“ ein Haus auf einer karibischen Insel erbt. Und da würden sie gern Theater machen. Eine Utopie?

Rosemarie Stein

BERLINER ÄRZTE

9/2013 50. 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, M. A.
Eveline Piotter (Redaktionsassistentin)

Redaktionsbeirat:

Dr. med. Svea Keller
Univ. Prof. Dr. Harald Mau
Dr. med. Bernd Müller
Dr. med. Gabriela Stempor
Julian Veelken
Dr. med. Thomas Werner
Dr. med. Elmar Wille

Anschrift der Redaktion:

Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-4100/-4101, FAX -4199
Titelgestaltung Sehstern unter Verwendung
von WoGi und roadrunner, Fotolia.com)

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 Meinungs austausch unter der Ärzteschaft und ihr nahestehender Kreise. Nachdruck nur mit Genehmigung.

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

Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig
Telefon 0341 710039-90, FAX -99
Internet: www.l-va.de, E-Mail: mb@l-va.de
Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Melanie Bölsdorff
Anzeigenverwaltung Berlin/Brandenburg:
Götz & Klaus Kneiseler, Uhlandstraße 161, 10719 Berlin
Telefon 030 88682873, Telefax 030 88682874
Druck und Weiterverarbeitung: Brühlsche 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 € 81,00 inkl. Versandkosten, Patenschaftsabo Berlin-Brandenburg € 54,50 inkl. Versandkosten, im Ausland € 81,00 (zzgl. Porto). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 5,55 zzgl. € 2,50 Versandkosten.

Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste 2013 vom 01.01.2013.

ISSN: 0939-5784