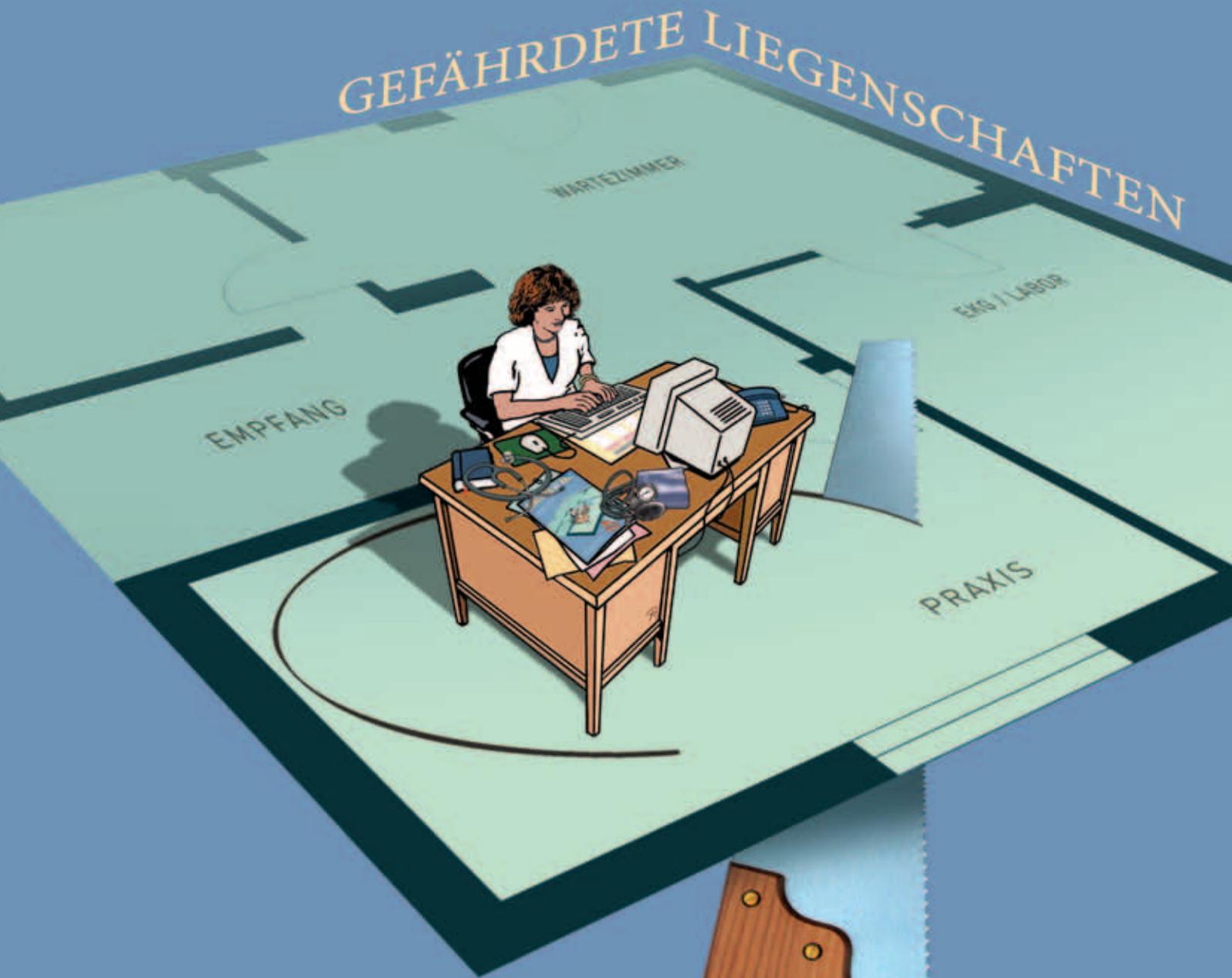


Drohen massive Einschnitte bei den Vertragsärzten?

GEFÄHRDETE LIEGENSCHAFTEN



DAS NEUE GKV-VERSORGUNGSSTÄRKUNGSGESETZ UND DIE MÖGLICHEN FOLGEN



GKV-VSG: Nein, schon wieder eine Reform!



Foto: K. Friedrich

Dr. med. Elmar Wille
*ist Augenarzt und Vizepräsident
der Ärztekammer Berlin.*

Das Kind heißt dieses Mal „Gesetzliche Krankenversicherung-Versorgungsstärkungsgesetz“ und seine Geburt ist angekündigt für dieses Frühjahr. Man muss das Wortungetüm mindestens einmal schreiben und es dabei langsam und laut aussprechen. Dann meint man eine Ahnung zu bekommen, wo unsere Sozialpolitiker hinvollen. Zugleich weiß jede/r langjährig in der kurativen Medizin tätige Ärztin/Arzt mit Erfahrung aus über 20 Reformen in den letzten 30 bis 40 Jahren: Da wird Vieles im weiteren Verlauf wieder reformiert, es ist alles nicht in Stein gemeißelt.

Es wird dieses Mal von A wie Allgemeinmedizin bis Z wie Zweitmeinung gehen, dazwischen finden sich Stichworte wie Berufsständische Versorgungswerke, Fallmanagement, Hochschulambulanzen, Organspende, Praxisnetze und Terminservicestellen sowie Umsatzsteigerung, Unterversorgung und Wirtschaftlichkeitsprüfung – fast alles wird angefasst. Wenn man bei der komplexen Struktur unseres Krankenversicherungs- und Versorgungssystems an über 30 gewichtigen Paragraphen herumschraubt, ist das Gesamtergebnis kaum kalkulierbar.

Aber diejenigen, die uns auf Bundesebene regieren, glauben doch wie die beiden oppositionellen Parteien an Planwirtschaft, zumindest wenn sie EDV-gestützt in der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung als so-

genanntes Sachleistungssystem zur Anwendung kommt. Die Hybris (oder ist es Dummheit?) manifestiert sich schon in den klaren deutschen Begriffen, mit denen da ganz selbstverständlich hantiert wird: „Bedarfsplanung“, nicht Krankenversorgung steht da im Mittelpunkt. Wie plant man nur „Bedarf“ oder noch schmerzhafter für das Gehör „Bedarfe“? Das funktioniert aus Sicht unserer Sozialministerien und der Versicherungen vergleichbar der geplanten, zwanghaften „Beschulung“ unserer Kinder und Enkel, hier aber immerhin mit minimal sechs Jahren Informationsvorlauf.

In diesem Fall kommt dann am Ende so etwas Aufgeblähtes heraus, das im Soziologen-Deutsch beschrieben wird als „kleinräumige Bedarfsplanung“ ... unter Berücksichtigung „einer modifizierten Verhältniszahl mit Demografiefaktor und Sozialindex“. Sicher ein arbeitsträchtiges, wenn auch schlechtes Beschäftigungsprogramm für Juristen und Epidemiologen, ein Beispiel wie Gelder in Verwaltungen verpuffen statt der Krankenversorgung zu dienen. Sie können in diesem Heft einiges über Auswüchse eines planwirtschaftlichen Systems namens GKV mit strikt reguliertem Marktzugang bei staatlich administrierten Preisen lesen, die mit Berliner Beispielen Versorgungsgraddifferenzen von 100 Prozent und mehr belegen.

Über 2.000 Praxen in Berlin zu viel? So die amtlichen Statistiken. Gern wird uns

dies als sogenannte Überversorgung vorgehalten und dient zugleich als Rechtfertigung für die permanente Missachtung des Artikels 12 des Grundgesetzes („Alle Deutschen haben das Recht, Beruf, Arbeitsplatz und Ausbildungsstätte frei zu wählen“)! Jede ehrlich erworbene staatliche Approbation ist extrem eingeschränkt, wenn sie vor dem Zulassungsausschuss verhandelt wird.

Immerhin fand ich auch konkret eine positive Einzelheit im Kabinettsentwurf des GKV-VSG: Die Krankenkassen sollen für Bezieher von Krankengeld, die Pflichtmitglieder einer berufsständischen Versorgungseinrichtung sind, genauso Beiträge an das Versorgungswerk zahlen wie sie an die gesetzliche Rentenversicherung zu entrichten wären. Das ist eine alte Forderung und im Sinne der Gleichbehandlung überfällig, aber eben immer an den Gegnern der Berufsständischen Versorgung in den Reihen des kleineren Koalitionspartners gescheitert.

Sehen wir auch hier das Positive, hoffen und arbeiten daran, dass es weiter Verbesserungen gibt. Es sind kleine Schritte zwar, aber Hauptsache die Richtung stimmt.

Ärzte musizieren für den guten Zweck

Das World Doctors Orchestra (WDO) verbindet musikalischen Hochgenuss mit einer karitativen Idee: Mehrmals jährlich tauscht eine Auswahl der über 900 Ärztinnen und Ärzte aus rund 50 Ländern den Kittel gegen einen Frack oder ein Abendkleid, um gemeinsam für Not leidende Menschen zu musizieren.

Die Erlöse jedes Benefizkonzertes kommen mehreren medizinischen Hilfsprojekten zugute. Zum einen unterstützt das Orchester immer wieder in Afrika tätige Projekte wie die Hugo-Tempelmann-Stiftung, die im südafrikanischen Township Elandsdoorn eine Klinik für die rund 160.000 Menschen sowie verschiedene soziale Projekte in

den umliegenden Armensiedlungen betreibt oder den Dentists for Africa e.V., der sich die qualifizierte zahnmedizinische Versorgung der mittellosen Bevölkerung Afrikas durch die Einrichtung von Zahnarztpraxen und die Organisation von Hilfseinsätzen zum Ziel gesetzt hat. Zum anderen geht ein Teil der Erlöse jeweils an ein Hilfsprojekt, das in direktem Bezug zum Gastland der jeweiligen Konzertabende steht.

Im April 2015 ist das World Doctors Orchester unter der Leitung seines Gründers und Dirigenten Stefan Willich, Medizinprofessor an der Charité Berlin und früherer Rektor der Hochschule für Musik Hanns Eisler Berlin, nach Auftritten in Deutschland (Philharmonie Berlin, Konzerthaus Berlin, Philharmonie Essen, Beethovenhalle Bonn), Österreich, den USA, Taiwan, Armenien, China, Südafrika, Japan und Chile wieder im Konzerthaus Berlin (25. April 2015) sowie erstmals in Dresden (24. April 2015) zu erleben.

Das Konzert in Berlin steht unter der Schirmherrschaft von Staatsministerin Prof. Monika Grütters, das Dresdner Konzert steht unter der Schirmherrschaft von Stanislaw Tillich und Helma Orosz und ist das Festkonzert im Rahmen des internationalen Epilepsie-Kongresses 2015.



EDITORIAL.....

GKV-VSG: Nein, schon wieder eine Reform!

Von Elmar Wille.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*.....6

BUNDESINSTITUTE.....

Chikungunya breitet sich aus

Informationen des Instituts für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit.....11

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

Delegierte wählen neue BÄV-Vertreterversammlung

Bericht von der Delegiertenversammlung am 4. März 2015
Von Sascha Rudat.....20

Die neue Berufsordnung – Teil 2

.....22

Ist das Präventionsgesetz im 4. Anlauf auf der Zielgeraden?

Von Manja Nehr Korn.....23



Überdiagnose und Übertherapie – Essay von Iona Heath

BERLINER ÄRZTE in Kooperation mit dem British Medical Journal.....27

Was sonst noch passierte

Von Harald Mau.....35

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen.....10

Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin.....24

TITELTHEMA.....

Wenn der Staat die Versorgung steuern will

Der Widerstand gegen das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ist groß. Kein Wunder, soll es doch unter anderem die KVen stärker als bisher verpflichten, Praxen in Gebieten mit Überversorgung nicht mehr nachzubesetzen, sondern diese aufzukaufen und vom Markt zu nehmen. Was bedeutet das für die niedergelassenen Vertragsärzte und für die Patienten in Berlin?

Von Julia Frisch
Seite 14

PERSONALIEN.....

Bestandene Facharztprüfungen Januar/Februar 2015

.....31

Wir trauern um die im Jahr 2014 verstorbenen Kolleginnen und Kollegen.....33

In Memoriam Hans Helge.....34

FEUILLETON.....

Im Wendekreis des Leids

Von Ulrike Hempel.....36

Abschlussprüfungen der Medizinischen Fachangestellten

Für ca. 290 Prüfungskandidaten fand am 2. und 3. Dezember 2014 in der Ärztekammer Berlin der schriftliche Teil der Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf Medizinische/r Fachangestellte/r in den Fächern Behandlungsassistenz, Betriebsorganisation und -verwaltung sowie Wirtschafts- und Sozialkunde statt.

Den praktischen Teil der Prüfung legten die Teilnehmer im Zeitraum vom 12. bis 30. Januar 2015 ab. In diesem Prüfungsteil mussten sie über 75 Minuten eine komplexe Prüfungsaufgabe bearbeiten und durch Demonstration, Dokumentation und Präsentation praxisbezogener Arbeitsabläufe ihre Fähigkeiten und Kenntnisse unter Beweis stellen.



Abgeschlossen wurde die Prüfung durch ein 15-minütiges Fachgespräch. In den beiden Prüfungsteilen wurden folgende Ergebnisse erzielt:

| Punkte | 100 – 92,00 | 91,99 – 81,00 | 80,99 – 67,00 | 66,99 – 50,00 | 49,99 – 30,00 | 29,99 – 0 |
|---|--------------|---------------|------------------|-----------------|----------------|----------------|
| Note | 1 (sehr gut) | 2 (gut) | 3 (befriedigend) | 4 (ausreichend) | 5 (mangelhaft) | 6 (ungenügend) |
| 1. Schriftlicher Teil der Abschlussprüfung | | | | | | |
| Behandlungsassistenz | | | | | | |
| Anzahl | 4 | 54 | 118 | 90 | 8 | / |
| Betriebsorganisation und -verwaltung | | | | | | |
| Anzahl | 2 | 25 | 100 | 99 | 54 | 5 |
| Wirtschafts- und Sozialkunde | | | | | | |
| Anzahl | 47 | 46 | 95 | 62 | 33 | 3 |
| 2. Praktischer Teil der Abschlussprüfung | | | | | | |
| Anzahl | 21 | 73 | 100 | 84 | 6 | 1 |

8. Gesundheitsforum – „Bewegung, Sport und Psyche“

Datum: Samstag, 30.05.2015 / **Zeit:** 09:15-15:30 Uhr
Ort: Gerhard-Schlegel-Sportschule des Landessportbundes Berlin, Priesterweg 4-6b, 10829 Berlin (Schöneberg)



INHALTE

Medizinischer Fachvortrag:

- Körperliche Aktivität und Sport in Entstehung und Behandlung psychischer Erkrankungen (Dozent: Prof. Dr. med. Andreas Ströhle – FA f. Psychiatrie u. Psychotherapie, Forschungsschwerpunkt u.a. „Sport, körperliche Aktivität und psychische Erkrankungen“, ltd. Oberarzt Klinik f. Psychiatrie und Psychotherapie, Campus Charité Mitte, Charité – Universitätsmedizin Berlin)

Praxisseminare zu folgenden Themen:

- Box-Workout
- Kreatives Tanzen mit Kindern und Jugendlichen
- Tai Chi ... Entspannung und mehr
- Yoga – Training für Kraft, Beweglichkeit und Atem
- Body & Mind: Rücken-Relax
- Energetische Konzepte der chinesischen Medizin

Wissenschaftliche Leitung: Dr. med. Jürgen Wismach (Präsident Berliner Sportärztebund)

Fortbildungspunkte: 7 Punkte (beantragt)

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Anmeldung bis 26.05.2015:

www.lsb-berlin.de/angebote/gesundheitsport/gesundheitsforum/

Weitere Informationen:

Christoph Stegemann, Landessportbund Berlin, Tel.: 030 / 30 00 21 64,

E-Mail: C.Stegemann@lsb-berlin.de



Leserbriefe

BERLINER ÄRZTE 1/15

Zu „Ein medizinjournalistisches Fossil verabschiedet sich“

Sehr geehrte, liebe Frau Rosemarie Stein, auf diesem Weg möchte ich meine persönliche Anerkennung für jahrzehntelange, immer sehr gut recherchierte und stets fundierte Beiträge im Kammerblatt der Berliner Ärzte, aber auch in anderen Journalen und Zeitungen zum Ausdruck bringen. Wir sind uns immer mal wieder begegnet und Ihre wunderbaren Berichte im Anschluss an Kongresse und Veranstaltungen haben mich jedes Mal stark beeindruckt. Soviel Sachlichkeit und Professionalität ist einfach fantastisch – ich werde Sie sehr vermissen und wünsche Ihnen alles erdenklich Gute.

Hedi François-Kettner
Aktionsbündnis Patientensicherheit,
Vorsitzende

BERLINER ÄRZTE 2/15

Zu Sicherer Verordnen: „Ulipristal – Bald frei verkäuflich?“

Die europäische Arzneimittelagentur EMA hat die „Pille danach“ aus der Verschreibungspflicht entlassen, d.h. den freien Verkauf über Apotheken erlaubt, und der politische Trend scheint zu sein, diese Handhabung weitgehend auch für Deutschland zu übernehmen.

Menschliches Leben ist aber menschliches Leben vom ersten Tag der Konzeption an und damit ein schützenswertes Gut. Dieser Schutz wird jedoch durch den freien Apothekenverkauf auf ein Minimum reduziert, was auch gesellschaftlich enorme Konsequenzen hätte. Dass allein die Apotheker eine Beratung durchführen sollen, halte ich für viel zu wenig, um das ungeborene Leben zu schützen und auch diejenigen Frauen zu schützen, die eine Abtreibung nicht unbedingt wollen

oder die sogar von ihrem Umfeld gedrängt werden außerhalb der Zulassung, die „Pille danach“ in Überdosis einzunehmen, um eine bereits weiter fortgeschrittene Schwangerschaft abzutreiben.

Ich würde mir wünschen, dass sich die Ärzteschaft zu dieser Thematik nicht einfach kommentarlos gibt, und dass diejenigen unter uns, welche einen bundespolitischen Einfluss haben, diesen nutzen würden, um die Gesetzgebung für Deutschland dahingehend zu beeinflussen, dass die Beratung möglichst in der Zuständigkeit der Ärzte bleibt.

Dr. med. univ. Andrea Gries
Internistin, Geriaterin und Palliativmedizinerin
Oberärztin im Vivantes Ida-Wolff-Krankenhaus



Ein Jahr Gewaltschutzambulanz in Berlin

Die erste Gewaltschutzambulanz (GSA) in Berlin wurde am 17. Februar 2014 mit finanzieller Unterstützung der Senatsverwaltung für Justiz eröffnet. Die räumlich am Institut für Rechtsmedizin der Charité angegliederte Gewaltschutzambulanz war und ist die erste ihrer Art in der Hauptstadt und schließt damit eine längst überfällige Lücke in der Unterstützung von Gewaltopfern in Berlin. Die GSA ist z. Z. ausgestattet mit 1,2 Facharztstellen für Rechtsmedizin und mit 1,2 Sekretariatsstellen. In der GSA können Opfer nach häuslicher und nach interpersoneller Gewalt ihre Verletzungen rechtsmedizinisch dokumentieren lassen. Darüber hinaus werden Kinder bei Verdacht auf Kindesmisshandlung im Auftrag der Jugendämter oder des Kindernotdienstes untersucht. Die Ambulanz besteht infrastrukturell aus drei Räumen: Einem Sekretariat, einem Untersuchungs- sowie einem Beratungsraum. Durch die enge Anbindung und Kooperation mit der Berliner Initiative gegen Gewalt an Frauen (BIG e.V.) stehen der Gewaltschutzambulanz bei Bedarf auch kurzfristig Sprachdolmetscher für über 20 Sprachen sowie Gebärdendolmetscher zur Verfügung. Ferner besteht für Frauen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, die Möglichkeit einer inhouse-Beratung durch mobile Beraterinnen der BIG-Hotline oder der Berliner Opferhilfe e.V. im Beratungsraum der GSA, so dass Gewaltopfer bei Beratungsbedarf im Anschluss an die rechtsmedizinische Untersuchung und Doku-

mentation eine erste Beratung erhalten können, ohne dazu eine weitere Stelle aufsuchen zu müssen. Bei der räumlichen Kombination der Gewaltschutzambulanz und der inhouse-Beratung handelt es sich um ein Modellprojekt, das in den nächsten Jahren um weitere Kooperationspartner ergänzt und an einen Standort der klinischen Maximalversorgung verlegt werden soll. Neben der rechtsmedizinischen Dokumentation bietet die Gewaltschutzambulanz auch fallbezogene Beratung für medizinisches Fachpersonal, Infoveranstaltungen zum Angebot der GSA und Schulungen zu den Themengebieten häusliche Gewalt, sexualisierte Gewalt und Kindesmisshandlung an.

Am 16. Februar 2015 feierte die GSA ihr einjähriges Bestehen. Im 1. Geschäftsjahr (17.02.2014-16.02.2015) wandten sich insgesamt 382 Personen an uns. Hierbei berichteten 196 Personen von akut sichtbaren Verletzungen, so dass 196 Untersuchungstermine vereinbart wurden. In den übrigen 186 Fällen handelte es sich z.B. nicht um körperliche Gewalt oder die Gewalt lag schon länger zurück und es waren keine Verletzungen mehr sichtbar, da in diesen Fällen eine rechtsmedizinische Verletzungsdokumentation nicht möglich war, wurde den Betroffenen ein anderer Ansprechpartner vermittelt. Von den 196 vergebenen Untersuchungsterminen wurden 175 Termine wahrgenommen. 38% der Betroffenen waren Kinder, 62% waren Erwachsene. Von den Erwachsenen waren 88% weiblich und 12% männlich. Im Schnitt

nahm jede durchgeführte rechtsmedizinische Dokumentation 3 Stunden in Anspruch.

Die Zuweisung an die GSA erfolgte bei den untersuchten Fällen in 31% durch die Polizei, in 30% durch das Jugendamt/ Kindernotdienst, in 14% durch Ärzte/ Krankenhäuser, in 8% durch die BIG-Hotline/ Frauenberatungsstellen, in 3% durch den Weißen Ring und in 14% durch Medien/ Internet/ Mundpropaganda.



In 42% wurde häusliche Gewalt berichtet, in 35% ging die Gewalt von einem Täter aus dem Umfeld aus, in 18% handelte es sich um unbekannte Täter und in 5% wurden keine Angaben zum Täter-Opfer-Verhältnis gemacht. Auffällig war, dass Betroffene von häuslicher Gewalt in 73% der Fälle eine Wiederholungstat angaben, wohingegen bei unbekanntem Täter in 84% eine Ersttat berichtet wurde. In 98% wurde die Einwirkung von stumpfer Gewalt, in 3% von scharfer Gewalt, in 2% von thermischer Gewalt und in 14% von Gewalt gegen den Hals festgestellt. In einigen Fällen fanden sich verschiedene Gewaltformen gleichzeitig. In 55% wurde eine polizeiliche Anzeige erstattet. In 8% wurde berichtet, dass eine Anzeige geplant sei und in 37% erfolgten keine Angaben zu einer Anzeige. Im Anschluss an die Untersuchung wurden 24% der Gewaltopfer

inhouse im Beratungsraum der GSA durch Beraterinnen der BIG-Hotline oder der Berliner Opferhilfe beraten, 18% wurden an die BIG-Hotline vermittelt, 39% an Kliniken oder das Jugendamt, 16% an die Traumaambulanzen, 14% an die Opferhilfe, 10% an den Weißen Ring und 6% an die pro Bono Rechtsberatung. Teilweise wurde an zwei Stellen weitervermittelt, wenn z.B. eine medizinische Versorgung und eine Beratung sinnvoll erschienen. Von den von häuslicher Gewalt betroffenen Frauen nahmen insgesamt 57% das Angebot der inhouse-Beratung wahr.

Darüber hinaus führte die GSA im ersten Geschäftsjahr insgesamt 90 Veranstaltungen durch. Davon waren 46 Fortbildungen (38 zum Thema Kindesmisshandlung, fünf Häusliche Gewalt und drei sexualisierte Gewalt) und 44 Informationsveranstaltungen zum Angebot der GSA.

Die Arbeit in der GSA trägt dazu bei, die Spirale der (häuslichen) Gewalt, die nicht selten tödlich endet, zu durchbrechen. Die Zahlen des ersten Jahres zeigen deutlich die Notwendigkeit einer rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle und die Notwendigkeit einer Angebotserweiterung für Berlin.

Kontakt: Gewaltschutzambulanz, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Turmstr. 21, Haus N, 10559 Berlin, Tel.: 030 / 450 57 02 70, Internet: <http://gewaltschutzambulanz.charite.de/>

Saskia S. Etzold^{1,2}, Dagmar Reinemann³, Michael Tsokos^{1,2}

¹ Institut für Rechtsmedizin Berlin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Turmstr. 21 (Haus N)

² Gewaltschutzambulanz/ Rechtsmedizinische Untersuchungsstelle für Berlin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin,

³ Gewaltschutzkoordination, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Unterstützer gesucht

Die KV Berlin sucht Ärzte für den Leichenschaudienst

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin sucht Ärzte für die Teilnahme am separaten Leichenschaudienst des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes (ÄBD). Voraussetzung für die Teilnahme am Leichenschaudienst ist die Approbation als Arzt, insofern könnte dieser Dienst durchaus auch interessant für beispielsweise Weiterbildungsassistenten sein, die neben ihrer Facharztausbildung eine weitere Nebentätigkeit suchen.

Der Leichenschaudienst ist regional in ein nördliches und ein südliches Einsatzgebiet gegliedert. Je Region werden täglich zwei Dienste in der Zeit von 7.00 Uhr bis 19.00 Uhr und von 19.00 Uhr bis 7.00 Uhr besetzt.

Die angeforderten Leichenschauen werden durch die Leitstelle des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes entgegengenommen, dokumentiert und an die Ärzte des Leichenschaudienstes per Handy disponiert. Die Ärzte selbst fahren dann



mit ihrem eigenen PKW zu den jeweiligen Einsatzorten. Der Dienstplan wird monatlich über das Büro des ÄBD erstellt. Im Vorfeld werden dabei auch die Dienstwünsche der Ärzte entgegengekommen und weitestgehend berücksichtigt. Im Rahmen der von der KV Berlin regelmäßig angebotenen Einführungskurse für neu am Leichenschaudienst teilnehmende Ärzte werden Sie über die Durchführung und die Liquidation/Honorierung von Leichenschauen und das korrekte Ausfüllen des Leichenschauscheins informiert.

Für nähere Informationen und Fragen zum Thema wenden Sie sich bitte an die Abteilung Ärztlicher Bereitschaftsdienst der KV Berlin, Tel.: 030/310 03-477/378, E-Mail: aebd@kvberlin.de

Chefarztwechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum

Seit dem 01. März ist Dr. med. Andreas

Koops neuer Chefarzt am Institut für Radiologie und interventionelle Therapie des Vivantes Auguste-Viktoria und Wenckebach-Klinikums. Zuvor arbeitete Koops acht Jahre lang als Oberarzt mit den Schwerpunkten Angiographie und Intervention am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und war dort in den vergangenen zwei Jahren stellvertretender Klinikdirektor. Koops tritt die Nachfolge von Prof. Dr. Franz Fobbe an, der sich in den Ruhestand verabschiedet hat.

Vivantes Wenckebach-Klinikum

Seit dem 01. März 2015 ist Dr. med. Güllü Catal-

degirmen neue Chefarztin der Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie im Vivantes Wenckebach-Klinikum, die sie nun zusätzlich zur Klinik für Visceral- und Gefäßchirurgie des Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikums leitet. Neben der endokrinen Chirurgie, die bereits ein Schwerpunkt im Wenckebach-Klinikum ist, plant Dr. Cataldegirmen gemeinsam mit der Gastroenterologie insbesondere die Behandlung und die Chirurgie des Darmes und Enddarmes sowie schonende Verfahren wie die minimal invasive Chirurgie und die chirurgische Versorgung von Patienten mit Diabetes weiterzuentwickeln.

Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Chefarztpositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause. Tel.: 030 / 408 06-41 00/-41 01, Fax: -41 99, E-Mail: m.braun@aekb.de oder s.rudat@aekb.de

*UAW-Häufigkeiten***Nur Schätzwerte**

In einem Brief an die Redaktion von BERLINER ÄRZTE spricht sich eine Leserin dafür aus, dass bei Angaben zur Häufigkeit des Auftretens unerwünschter Wirkungen (UAW) immer die obere und untere Grenze angegeben werden sollte. Hierzu ist festzustellen:

1. Die Häufigkeitsangaben sind nur ungenaue Zahlen. In den offiziellen Fachinformationen werden diese Angaben in Abstimmung mit den jeweiligen Herstellern festgelegt.
2. Die Angaben beziehen sich auf alle Patienten. Die Häufigkeit in besonderen Risikogruppen, zum Beispiel Patienten mit Herz- oder Nierenerkrankungen oder alte Patienten, ist nicht eingeschlossen. Bei diesen Gruppen kann die Häufigkeit des Auftretens durchaus um mehrere Zehner-Potenzen erhöht sein.
3. Grundsätzlich gilt: nur ein kleiner Teil (circa 20 Prozent) aller aufgetretenen UAW wird auch erfasst.
4. Das Auftreten einer UAW im Einzelfall ist nicht vorhersehbar. Es sollten daher alle UAW bedacht werden, insbesondere bei Erstverordnung eines Arzneimittels und bei möglichen Begleiterkrankungen.
5. Die Angabe von oberen und unteren Häufigkeitsgrenzen erzeugt nur eine Pseudosicherheit und kann nur als grobes Maß für eine Gefährdung der Patienten im Einzelfall gelten. Es genügt daher die Angabe einer oberen Grenze.

*SGLT2-Inhibitoren***Keine Empfehlung**

Nachdem der zweite SGLT2-Inhibitor, Canaglifozin, in der EU zugelassen wurde (nach Danaglifozin), kommt eine unabhängige pharmakritische Zeitschrift zu einem negativen Urteil: es sei das Beste, beide Arzneistoffe zur Therapie des Diabetes mellitus Typ 2 weder als Monotherapie noch in Kombination mit anderen Antidiabetika einzusetzen. Neben einer moderaten hypoglykämischen Wirksamkeit (noch reduziert bei Nierenschädigung) sind vor allem UAW die Begründung für die negative Einschätzung: Urogenitale Infektionen, Blutdruckabfall, Nierenfunktionseinschränkungen. Ein mögliches Langzeitrisiko von Knochenbrüchen und malignen Erkrankungen sowie Kardiotoxizität kann noch nicht eingeschätzt werden. Die Wirksamkeit beider Inhibitoren ist vergleichbar und aufgrund der gleichen pharmakologischen Klasse nicht verwunderlich.

Anmerkung: Der Hersteller von Canaglifozin (Invokana®) hat den Vertrieb seines Präparats inzwischen eingestellt.

Quelle: Prescr. Internat. 2015; 24(157): 33-35

*Pregabalin***Erhebliche Gewichtszunahme**

In einer französischen Studie wurden Berichte (47 Berichte) über eine Gewichtszunahme unter der Therapie mit Pregabalin (Lyrica®) zusammengefasst. Indika-

tionen von Pregabalin: partielle Epilepsie, neuropathische Schmerzen, generalisierte Angststörungen. Nach einer Therapiedauer von durchschnittlich 3,5 Monaten kam es zu einer Gewichtszunahme von durchschnittlich 8 kg (in Einzelfällen bis 20 kg). Nach Absetzen oder Dosisreduktion von Pregabalin nahmen 2/3 der Patienten wieder ab. Ursache der Gewichtszunahme sind erhöhter Appetit oder eine Ödembildung.

Quelle: Prescr. Internat. 2015; 24(157): 45

*Isotretinoin***Akute Pankreatitis**

Zwischen 1991 und 2013 wurden in einer französischen Pharmakovigilanz-Datenbank 16 Fälle des Auftretens einer akuten Pankreatitis unter der Therapie mit Isotretinoin (Generika) dokumentiert. Therapiedauer: 15 Tage bis 15 Monate. Nach Absetzen von Isotretinoin haben sich die Patienten wieder erholt. Ursächlich wird eine schwere Isotretinoin-bedingte Hypertriglyceridämie vermutet, die eine Pankreatitis hervorrufen kann.

Quelle: Prescr. Internat. 2015; 24(157): 46

Ihr Ansprechpartner bei Rückfragen:

Dr. Günter Hopf
Ärztammer Nordrhein
Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf
Telefon: 0211 / 43 02-22 72

Chikungunya breitet sich aus

Im Jahr 2014 hat sich das Chikungunya-Virus weiter in der Karibik ausgebreitet. Nach dem ersten Ausbruch auf St. Martin in den kleinen Antillen im Dezember 2013 ist bis heute kaum ein Land der Region verschont geblieben, es wird von mehr als 1 Million Erkrankten ausgegangen. In den Jahren 2005/2006 hatte eine Epidemie auf der Insel La Réunion im indischen Ozean die Aufmerksamkeit auf das Virus gelenkt, damals war ein Drittel der Inselbevölkerung erkrankt. 2007 importierte ein italienischer Indien-Tourist Chikungunya in seine Heimat in der Emilia-Romagna, wo es eine autochthone Epidemie mit mehreren Hundert Erkrankten auslöste. Für die Verbreitung der Viren sorgen Aedes-Mücken, vor allem Aedes aegypti und im Falle des italienischen Ausbruchs Aedes albopictus, die schon länger in Südeuropa heimisch ist. Auch aus anderen südeuropäischen Ländern sind lokale Kleinausbrüche bekannt geworden, zuletzt 3 Fälle im September 2014 in Südfrankreich. Die tag- und nacht-aktiven Aedes-Mücken besiedeln gern menschliche Lebensräume. Kleine Wasseransammlungen in Blumentöpfen, Regentinnen und Pfützen werden zur Ei-Ablage genutzt, präventiv sollten solche Reservoirs daher vermieden werden. Die zu den Flaviviren zählenden Gelbfieber- und Dengue-

Institut für Tropenmedizin
und Internationale Gesundheit Berlin



Viren werden ebenfalls von Aedes-Spezies übertragen, was in Südamerika und der Karibik wegen der von diesen Erregern ausgehenden größeren Gefahr häufig zu Spray-Einsätzen mit Insektiziden in und an menschlichen Behausungen führt.

Das Chikungunya-Virus ist ein Alpha-Virus und mit dem Ross-River-Virus und dem Barmah-Forest-Virus verwandt, die in Australien für das Krankheitsbild der epidemischen Polyarthritiden ursächlich sind. Die besondere Beteiligung der Gelenke ist bei Chikungunya namensgebend: das Wort stammt aus der Sprache des Volks der Makonde und bedeutet „was sich beugt“. Die Makonde bewohnen den Südosten Tansanias, wo das Virus erstmalig in den 1950er Jahren beschrieben wurde. Die Gelenkbeteiligung ist das besondere Merkmal der Erkrankung: Schmerzen und Schwellungen nicht nur der großen, sondern auch der Hand-, Finger- und Fußzehngelenke können nach Abklingen der akuten Symptome wie Fieber und maulartiges Exanthem wochen- bis monatelang persistieren. Nicht immer sprechen

die Beschwerden ausreichend auf nichtsteroidale Antirheumatika an, eine spezifische Therapie ist nicht verfügbar. Schwere Komplikationen und Todesfälle sind allerdings selten und meist mit prädisponierenden Faktoren wie chronischen Vorerkrankungen, Immunsuppression und hohem Alter verknüpft. Schwangere tragen kein höheres Risiko für atypische oder schwere Krankheitsverläufe, das Virus wird nicht diaplazentar übertragen. Erst während des Geburtsvorgangs können bei akut erkrankten Müttern in der Hälfte der Fälle Infektionen des Neugeborenen auftreten. Einen wirksamen Schutz gegen Chikungunya bieten nur die Mücken vermeidenden und Mücken abschreckenden Strategien: Repellents, Bekleidung und Moskitonetze.

Die Diagnostik erfolgt im Allgemeinen serologisch, in Einzelfällen können PCR oder Virusanzucht notwendig sein. Die Verläufe waren ohne Ausnahme komplikationslos.

Dr. Sebastian Dieckmann
Institut für Tropenmedizin und
Internationale Gesundheit
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Campus Virchow-Klinikum
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin
Sebastian.Dieckmann@charite.de

„Prävention auf neuen Wegen: Kunst und Medizin“



Leserbrief zu BERLINER ÄRZTE 3/2015

Neue Ausstellung in der Ärztekammer Berlin

„Die Ohren – Ton, Schall, Lärm“ so lautet der Titel einer neuen Ausstellung, die seit März im Foyer der Ärztekammer Berlin zu sehen ist.

Die Bilder sind das Ergebnis eines gemeinsamen Projektes von Kindern der Klasse 4 C der Charlie-Chaplin-Grundschule Berlin-Reinickendorf und Dr. med. univ. Helmut Hoffmann, ehemaliger stellvertretender Leiter des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes Reinickendorf. Sie sind Teil seiner vor 20 Jahren ins Leben gerufenen Ausstellungsreihe „Prävention auf neuen Wegen: Kunst und Medi-

zin“, die Dr. Hoffmann seit 2002 inzwischen zum fünften Mal in der Ärztekammer Berlin vorstellt. Mit dieser besonderen Form der Projektarbeit wird angestrebt, Kindern und Jugendlichen bereits vom Vorschulalter an und während der Schulzeit hinreichende Kenntnisse ihrer Körper- und Sinnesfunktionen spannend und altersgerecht zu vermitteln, um ihnen möglichst früh und dauerhaft die Bedeutung eines aktiven Gesundheitsschutzes nahezubringen. Die Ausstellung ist bis Ende August in der Ärztekammer Berlin zu sehen.

Zur Debatte um Schutzimpfungen in Berlin

Die aktuelle Impfdebatte macht eines deutlich: Die Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und insbesondere des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes fallen seit Jahren dem Spareifer des Senats zum Opfer. Die Durchführung der Schutzimpfungen war früher „die originäre Aufgabe“ des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und wurde dann später von den Krankenkassen und somit auch von den niedergelassenen Ärzten übernommen. Hier spielen auch heute die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte eine besondere Rolle, dies kann man an den hohen Durchimpfungsraten der Kleinkinder bis zum Schuleintritt erkennen.

Danach wird es mit der Durchführung der weiter notwendigen Durchimpfungen nach den Empfehlungen der ständigen Impfkommission schwierig, weil die Kinder nur noch seltener von den Ärzten gesehen werden. Beleg hierfür sind auch die nicht vollständig wahrgenommenen Vor-

sorgeuntersuchungen J1 und J2. Weggefallen ist damit auch die Möglichkeit, über die Notwendigkeit von Schutzimpfungen zu informieren und die Impfungen durchzuführen.

Grundsätzlich ist ja jeder Arzt in der Pflicht, seinen Patienten über Schutzimpfungen zu beraten und diese dann auch durchzuführen. Dies geschieht aber zu wenig. Hier ist auch der Öffentliche Gesundheitsdienst in der Pflicht, wie es vor Jahren ja der Fall war. Es wurden von den Ärztinnen und Ärzten des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes Reihenuntersuchungen durchgeführt. So waren es die Kinder/Jugendlichen der 2./3. Klasse, der 7. Klasse und der 10. Klasse, die laut Schulgesetz an diesen Reihenuntersuchungen teilnahmen. Heute sind alle Reihenuntersuchungen bis auf die gesetzlich vorgeschriebene Einschulungsuntersuchung nahezu weggefallen.

Auch die Reihenimpfungen fielen weg, weil die Kostenübernahme durch die Krankenkassen für die

niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte „gewährleistet“ ist. Dennoch wurden und werden in einigen Bezirken Berlins die Schutzimpfungen angeboten und auch durchgeführt. Was muss geschehen, damit eine möglichst hohe Durchimpfungsrate – 95 Prozent – für alle von der STIKO empfohlenen Schutzimpfungen erreicht wird? Bei jedem Patientenkontakt sollte jeder Arzt den Patienten darauf hinweisen, dass Schutzimpfungen notwendig sind und dann auch Empfehlungen aussprechen.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst muss wieder durch zusätzliche Arztstellen in die Lage versetzt werden, in den entsprechenden Altersgruppen die Impfbuchkontrolle durchzuführen und die entsprechenden Empfehlungen den Personensorgeberechtigten schriftlich mitzuteilen. Diese Forderungen zielen nur auf ein Minimum an Aufklärung ab!

Besser wäre aber auch, zusätzlich über Schutzimpfungen im naturwissenschaftlichen Unter-

richt in den Grund- und Oberschulen zu informieren. Auch Projekte, die sich mit Schutzimpfungen und die künstlerische Darstellung der „Schutzimpfungen“ beschäftigen, zeigen sehr gute Ergebnisse zur Erhöhung des Durchimpfungsgrades. Es gibt auch Impfkampagnen und Wettbewerbe, die zum Ziel führen können. Diese Erfahrungen habe ich während der vielen Jahre als stellv. Leiter des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes in Reinickendorf gemacht.

Der Erhalt des „Helmut Stickl Preises“ im Jahre 2002 war für mich eine gute Bestätigung für meine Initiative „Prävention auf neuen Wegen - Kunst und Medizin“.

Fazit: Der Senat von Berlin muss seinen Aufgaben wieder nachkommen und den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst durch zusätzliche Arztstellen stärken. Es helfen nur Taten, das zeigen die Daten!

Dr. med. univ. Helmut Hoffmann
Ehem. stellv. Leiter des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes in Reinickendorf Berlin

Infektionen

Ärztammer Berlin plädiert für Impfpflicht

Angesichts des an Masern erkrankten und verstorbenen Kleinkindes in Berlin hat sich die Ärztkammer Berlin klar für eine Impfpflicht für alle Kinder, die eine Kita oder Schule besuchen, ausgesprochen. „Dieser sehr traurige Fall zeigt deutlich, dass es sich bei Masern nicht um eine harmlose Kinderkrankheit handelt“, erklärte Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz. Er richtete den dringenden Appell an alle Eltern, ihre Kinder frühzeitig gegen Masern impfen zu lassen. Kleinkinder sollten ab dem 11. Lebensmonat gegen Masern geimpft werden. „Eltern sollten bedenken, dass sie im Fall einer Nichtimpfung nicht nur ihr eigenes Kind gefährden, sondern auch andere Kinder und Erwachsene der Gefahr einer Anste-

ckung aussetzen.“ Die Einführung einer Impfpflicht sollte zwar immer das Letztmittel sein, betonte Jonitz. In Anbetracht des größten Masernausbruchs seit Einführung der Meldepflicht im Jahr 2001 in Berlin, sei eine Impfpflicht aber kein Eingriff in Persönlichkeitsrechte wie wiederholt zu hören ist, sondern diene dem Schutz der Bevölkerung, insbesondere dem Schutz von Kindern. „Der Gesetzgeber sollte seine Aufgabe des Bevölkerungsschutzes ernst nehmen und mutig entsprechende Maßnahmen einleiten“, erklärte Jonitz. Darüber hinaus sprach sich der Kammerpräsident dafür aus, dass die Kostenträger auch die Impfkosten für vor 1970 Geborene übernehmen sollten. Die Ständige Impfkommision am Robert Koch-

Institut (STIKO) empfiehlt die Masernimpfung für alle ab 1970 Geborenen. Damit werden die Impfkosten für diese Personen von den Krankenkassen übernommen. Wer hingegen vor 1970 geboren ist und eine Auffrischungsimpfung möchte, muss diese bislang aus eigener Tasche bezahlen. Die Ärztkammer Berlin weist zudem darauf hin, dass das Mitimpfen von Erwachsenen beim Kinder- und Jugendarzt unproblematisch und mit § 8 Ärzteweiterbildungsgesetz vereinbar ist, solange diese gebietsfremde Tätigkeit nicht überwiegend durchgeführt wird. Es ist aber kaum davon auszugehen, dass Kinder- und Jugendärzte überwiegend Erwachsene impfen werden. Nach der Weiterbildungsordnung der Ärztkammer Berlin gehört die Prävention

durch Schutzimpfungen gemäß den Empfehlungen der Stiko zum Inhalt aller Gebiete. Das bedeutet, dass Kenntnisse über die Prävention durch gebietsbezogene Impfungen Teil jeder Facharztweiterbildung ist. Diese eindeutige Auffassung der Ärztkammer Berlin ist der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und der Senatsverwaltung seit einiger Zeit bekannt. Innerhalb des KV-Systems gibt es aber offenbar sehr unterschiedliche Auffassungen hinsichtlich der Honorierung solcher gebietsfremden Leistungen. Es handelt es sich also um ein vertragsarztrechtliches und nicht um ein weiterbildungsrechtliches Problem. Im Sinne einer möglichst hohen Durchimpfungsrate der Bevölkerung ist es wünschenswert, hier schnell zu einer für alle Beteiligten zufriedenstellenden Lösung zu kommen.

Tarifeinheit

Ärztammer Berlin solidarisiert sich mit MB-Mahnwache

Mit zwei Mahnwachen vor der Berliner CDU- und der SPD-Parteizentrale hat der Marburger Bund (zusammen mit dem dbb Beamtenbund, der Tarifunion die Vereinigung Cockpit und dem Deutschen Journalistenverband) vom 2. bis zum 5. März gegen das von der Bundesregierung geplante so genannte Tarifeinheitsgesetz demonstriert.

Der Marburger Bund hatte die Mitglieder der Delegiertenversammlung aufgerufen, sich nach ihrer Sitzung am 4. März (s. Bericht S. 20) an der Mahnwache vor dem Willy-Brandt-Haus zu beteiligen. Dem Aufruf kamen spontan zahlreiche DV- und Vorstandsmitglieder der Ärztkammer Berlin nach. Nach Ansicht des MB ist der Regierungsent-

wurf für ein Tarifeinheitsgesetz „ein beispielloser Angriff auf die grundgesetzlich geschützte Koalitionsfreiheit und das Streikrecht tariffähiger Gewerkschaften. Wir lehnen es ab, dass gewerkschaftliche Freiheitsrechte aller Arbeitnehmer in diesem Land per Gesetz eingeschränkt werden sollen“. Es komme einem offenen Grund-

rechtsbruch gleich, wenn der Staat bestimmten Arbeitnehmergruppen das Recht verwehren wolle, unabhängig und eigenständig tarifpolitisch tätig zu sein. Die aus dem Grundgesetz resultierenden Freiheitsrechte gelten unterschiedslos für alle Menschen in diesem Land – unabhängig davon, ob sie einer Mehrheit angehören. Das Recht der freien Koalitionsbildung zur Gestaltung der Arbeits- und Wirtschaftsbeziehungen „ist für jedermann und für alle Berufe gewährleistet“ (Art. 9 Abs. 3 Grundgesetz). „Die Idee einer konkurrenzlosen ‚Mehrheitsgewerkschaft‘ widerspricht diesem notstandsfesten Grundrecht eklatant.“ Es müsse den Arbeitnehmern in den verschiedenen Gewerkschaften überlassen bleiben, ob sie gemeinsam zu der Auffassung gelangen, dass in ihrem Betrieb ein Tarifvertrag für alle Beschäftigten zur Anwendung kommt, forderte der MB.



Wenn der Staat die Versorgung lenken will

Seit Monaten trommeln Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenärztliche Vereinigungen (KVen), Ärztekammern und Berufsverbände gegen das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz. Das will unter anderem die KVen stärker als bisher verpflichten, Praxen in Gebieten mit Überversorgung nicht mehr nachzubesetzen, sondern diese aufzukaufen und vom Markt zu nehmen. Was bedeutet das für die niedergelassenen Vertragsärzte und für die Patienten im überversorgten Berlin?

Von Julia Frisch



„SO VIEL GELD FÜR DIE BRUCHBUDE?“

„NA JA, IST JA SCHLIEßLICH EIN ARZTSITZ!“

Übersorgung abbauen, Unterversorgung beseitigen – das ist das Ziel, das Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) verfolgt. Kritiker sehen in dem bisherigen Entwurf eher ein „Versorgungsschwächungsgesetz“, das an Paradoxität nicht zu überbieten ist. Einerseits, so etwa die KBV, beklagten Teile der Politik, dass Patienten zu lange auf Arzttermine warten müssen, andererseits soll nun mit dem VSG die Zahl der Praxen verringert werden.

Gröhe ist jedoch fest entschlossen, beim Abbau von Überversorgung endlich Nägel mit Köpfen zu machen. „Wenn es weniger Ärzte gibt, dann gibt es auch weniger Kosten für Arzthonore, Arznei- und Heilmittel oder Kuren. Das hat die Politik schon kapiert“, sagt Dr. Elmar Wille, Vizepräsident der Ärztekammer Berlin. Beifall für viele Punkte im Gesetz kommt deswegen – wenig überraschend – aus der Ecke der Krankenkassen.

„Die derzeitige Überversorgung ist für Versicherte nicht von Vorteil“, schreibt der GKV-Spitzenverband in seiner Stellungnahme zum VSG-Entwurf. Je höher die Leistungsdichte in einer Region sei, desto eher hätten Ärzte aus ökonomischen Erwägungen heraus den Anreiz zu einer „angebotsinduzierten Nachfrage“. Für Versicherte bestehe das Risiko, dass sie Leistungen erhalten, die aus medizinischen Gründen nicht erforderlich oder sinnvoll sind. „Dabei führt das Überangebot an Leistungserbringern dazu, dass die einzelnen Praxen unterdurchschnittliche Fallzahlen erbringen und versuchen, entsprechende Einkommensverluste durch andere Tätigkeiten, IGeL oder Privatpatienten auszugleichen“, so der GKV-Spitzenverband.

Der erste Versuch, Überversorgung abzubauen, startete vor drei Jahren mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz: Seitdem „können“ die Zulassungsaus-



Dr. Angelika Prehn

schüsse die Nachbesetzung einer Vertragsarztpraxis in Überversorgten Gebieten ablehnen, wenn diese „aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist“. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind dann verpflichtet, dem Praxisinhaber eine Entschädigung zu zahlen.

„Von dieser Möglichkeit haben die Zulassungsausschüsse kaum Gebrauch gemacht“, heißt es in der Begründung der Regierung zum VSG. In der Tat lassen sich die Praxen, die in den vergangenen Jahren aufgrund der jetzigen Kann-Regelung von den Kassenärztlichen Vereinigungen „aufgekauft“ wurden, locker an einer Hand abzählen. Nach Angaben von Josef Hecken, Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses, wurden bundesweit nur vier Nachbesetzungsanträge aus Versorgungsgründen abgelehnt. Drei Entschädigungsverfahren gab es in der KV Nordrhein, betroffen waren ein HNO-Arzt sowie zwei Allgemeinmediziner. In Berlin, so Dr. Roland Urban, seit über 20 Jahren Mitglied des Zulassungsausschusses, wurde zwar schon diskutiert, „inwieweit eine Praxis nachbesetzt wird in einem Bezirk mit einem Versor-

ungsgrad von über 500 Prozent“. Aufkaufen musste die KV allerdings noch keinen Vertragsarztsitz.

Diese Bilanz ist dem Gesundheitsministerium zu lau. Minister Gröhe zieht mit dem VSG deshalb nun die Zügel an, indem er aus der Kann- eine Soll-Regelung macht. Was das bedeutet, erklärt Medizinrechtler Prof. Dr. Martin Stellpflug von der Kanzlei Dierks und Bohle: „Die Soll-Regelung bedeutet, dass im Regelfall die Nachbesetzung abzulehnen ist und nur im gut begründeten Ausnahmefall von dem Praxisaufkauf abgesehen werden kann.“

25.000 Arztpraxen betroffen?

Nach Bekanntwerden der verschärften Regelung machten sogleich Zahlen die Runde. Werde eine Obergrenze von 110 Prozent Versorgungsgrad angesetzt, seien rein rechnerisch 25.000 Arzt- und Psychotherapiepraxen von der Praxisaufkauf-Regelung betroffen, meldete die KBV. Mecklenburg-Vorpommern berichtete von 450 Sitzen, die wegfallen könnten. Thüringen meldete 665, Brandenburg 417, Baden-Württemberg gar 2.877 Vertragsarztsitze.

In Berlin gab es im zweiten Quartal 2014 insgesamt 2.180 Vertragsärzte, die rechnerisch über der Sperrgrenze von 110 Prozent liegen, davon 945 bei den Psychotherapeuten, 231 bei den Fachinternisten, 205 bei den Hausärzten, 99 bei den Radiologen, 76 bei den Kinderärzten und 67 bei den Chirurgen, um die sechs am dichtesten besetzten Arztgruppen zu nennen.

Würden von 398 fachärztlichen Internisten 231 gestrichen, könnten rund 18.000 ambulante Behandlungen im Quartal nicht erbracht werden, rechnete die Berliner KV-Vorsitzende Dr. Angelika Prehn im November vor. „Oder die

verbleibenden 167 fachärztlichen Internisten müssen die Fälle übernehmen. Das wären 1.000 Fälle zusätzlich je verbleibendem Arzt pro Quartal“, so Prehn.

2.180 Vertragsärzte über der Sperrgrenze: Das bedeutet freilich nicht, dass in den nächsten Jahren tatsächlich über 2.000 Praxen in Berlin von der KV nicht mehr nachbesetzt werden.

Der Blick in die Kristallkugel

Wie stark sich die Versorgungslandschaft durch das Versorgungstärkungsgesetz ändern wird, das kann niemand verlässlich voraussagen. „Das gleicht einem Blick in die Kristallkugel“, sagt Dr. Roland Urban. Nach dem Rasenmäherprinzip werden die Zulassungsausschüsse bei den Praxisaufkäufen aber sicher nicht vorgehen. „Da haben auch die Krankenkassen kein Interesse dran. Sie müssen den Versicherten dann ja erst mal erklären, warum ein Versorger wegfällt und sie sich einen neuen Arzt suchen müssen“, sagt Rechtsanwalt Prof. Martin Stellpflug.

Zudem werden nach den bisherigen Gesetzesplänen die KVen im paritätisch besetzten Zulassungsausschuss weiterhin ein starkes Zünglein an der Waage haben: Denn bei Stimmgleichheit zwischen den Kassen- und KV-Vertretern muss dem Antrag auf Nachbesetzung entsprochen werden. Die KVen hätten damit faktisch ein Veto-Recht, versuchte Gesundheitspolitiker Jens Spahn von der CDU den VSG-Entwurf zu verteidigen. Der GKV-Spitzenverband fordert deshalb, diesen Passus zu ändern. Sonst, so die Befürchtung, werde die Aufkaufregelung weiter ins Leere laufen und ein deutlicher Abbau von Überversorgung nicht erreicht werden.

Dass die Zulassungsausschüsse durch die neue Soll-Regelung nicht dazu verpflichtet sind, nach dem Rasenmäherprinzip vorzugehen, ergibt sich aus der Gesetzesbegründung. Nach wie vor, heißt es dort, könne auch in bedarfsplanungsrechtlich Überversorgten Gebieten einem Nach-



Prof. Martin Stellpflug

besetzungsantrag entsprochen werden, wenn die Zulassungsausschüsse dies „aus Versorgungsgründen für erforderlich halten“.

Wie bemisst sich Versorgungsrelevanz?

Nur was heißt das? Nach welchen Kriterien bemisst sich die Versorgungsrelevanz einer Praxis? Die Begründung zum Gesetzentwurf gibt dafür ein paar Anhaltspunkte. Gründe, so heißt es auf Seite 137, könnten beispielsweise ein besonderer lokaler oder qualifikationsbezogener Versorgungsbedarf sein oder „dass ein Arztsitz einer speziellen Fachrichtung weiterhin benötigt wird“. Weitere Versorgungsgründe seien denkbar. Dabei könnten auch Mitversorgungsaspekte, Versorgungsbedürfnisse von Menschen mit Behinderung oder der Erhalt eines besonderen Versorgungsangebots eine Rolle spielen. Die Zulassungsausschüsse, betonte Sabine Dittmar, Ärztin und gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion im „Deutschen Ärzteblatt“, sollen sich „wirklich mit der Versorgungssituation in einem Zulassungsbereich auseinandersetzen“.

Für den Medizinrechtler Martin Stellpflug ist bei der Versorgungsrelevanz klar, dass es „völlig sachwidrig“ wäre, „wenn man auf den gesamten Planungsbereich abstellen würde. Denn dass trotz nomineller Überversorgung ein lokaler Versorgungsbedarf bestehen kann, das ist auch dem Gesetzgeber bewusst. In Berlin ist die ungleiche Verteilung von Arztsitzen ein Dauerproblem, dem die KV, die Senatsverwaltung und die Kassen beikommen wollen. Helfen soll dabei eine kleinräumigere Bedarfsplanung, die unter Berücksichtigung einer modifizierten Verhältniszahl mit Demografiefaktor und Sozialindex auf die Ebene der zwölf Berliner Verwaltungsbezirke heruntergebrochen wurde.

Das Ergebnis ist in einem sogenannten „letter of intent“ nachzulesen: Während danach etwa im Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf der Versorgungsgrad bei den Psychotherapeuten zum 1. Januar 2013 bei satten 558 Prozent lag, erreichte er in Marzahn-Hellersdorf gerade mal 45 Prozent, in Lichtenberg 80 Prozent und in Neukölln 83 Prozent.

Auch bei den Hausärzten, deren Versorgungsgrad berlinweit bei knapp 120 Prozent liegt, gibt es Bezirke, die Niederlassungen vertragen können: In Treptow-Köpenick, Lichtenberg, Neukölln ist eine Vollversorgung von 100 Prozent noch nicht mal erreicht, Marzahn-Hellersdorf sowie Reinickendorf liegen nur knapp darüber. Auch bei den Kinderärzten, Hautärzten, Orthopäden, Augenärzten, Frauenärzten, HNO-Ärzten, bei den Kinder- und Jugendpsychiatern, Nervenärzten oder Neurochirurgen gibt es Bezirke, die noch keinen Versorgungsgrad von 110 Prozent erreichen.

„Die Gefahr, dass Praxen in Dahlem aufgekauft werden, wird wohl größer sein als in Spandau oder in manchen Ostbezirken“, sagt Martin Stellpflug. Es bleibe jedoch abzuwarten, welche Sprechpraxis sich in den Zulassungsbereichen

ausschüssen entwickle, nach welchen Kriterien sie vorgehen. „Vielleicht sagen die Kassen: Bis zu einem Versorgungsgrad von 160 Prozent machen wir nichts, was aber darüber hinaus geht, da gehen wir ans Eingemachte“, so Stellpflug.

Vielleicht orientieren sich die Zulassungsausschüsse aber auch an dem Sachverständigenrat fürs Gesundheitswesen, der im Sommer 2014 eine Aufkaufpflicht für alle Praxen ab 200 Prozent Versorgung vorschlug. Eine Anhebung der „Aufkaufgrenze“ auf 180 oder 200 Prozent wurde Anfang dieses Jahres auch von zwei Bundestagsabgeordneten ins Spiel gebracht. Ob diese Gedankenspiele ihren Weg ins Gesetz finden werden, bleibt freilich abzuwarten.

Ob eine Praxis versorgungsrelevant ist, das beurteilen die Zulassungsausschüsse bisher anhand der Fallzahlen. Kritisch wird es, wenn die Praxis nur die Hälfte des Fachgruppendurchschnitts erreicht. Die Zulassungsausschüsse, so Anwalt Christian Scur von der Kanzlei ETL-Rechtsanwälte, schauen allerdings auch darauf, ob die Patienten der weg-



Dr. Elmar Wille

fallenden Praxis überhaupt von den verbleibenden Kollegen übernommen werden können. „Wenn Wartezeiten von mehreren Wochen bestehen, dann ist ein Einzug des Arztsitzes nicht zu erwarten“, so Scur.

Wie viele Patienten versorgt eine Praxis, können diese von den umliegenden Praxen auch aufgenommen werden? Das

sind die relevanten Fragen, mit denen sich auch in Berlin der Zulassungsausschuss bei Nachbesetzungsanträgen auseinandersetzt. „Diese Prüfungen hatten regelmäßig zum Ergebnis, dass die nachzubesetzenden Praxen in ausreichendem Maße an der ambulanten Versorgung teilnahmen“, schreibt die KV Berlin in einer Stellungnahme zum Referentenentwurf des GKV-VSG.

Bei Hausarztpraxen zum Beispiel, die 1.000 bis 1.500 Patienten pro Quartal behandeln, erschließe sich unter keinen Gesichtspunkten, warum bei ausgelasteten Praxen eine Ablehnung des Nachbesetzungsverfahrens erfolgen soll, so die KV. Zu bedenken sei auch, dass die Patienten dieser Praxen dann von den umliegenden Kollegen übernommen werden müssten. Das führe besonders bei Fachärzten zu einer Ausweitung der Terminprobleme. Sei außerdem niemand bereit, die Patienten weiter zu behandeln, könne die Sicherstellung der ambulanten Versorgung gefährdet sein.

Fallzahlen sind nicht alles

Die Versorgungsrelevanz allein nur an den Fallzahlen zu bemessen, hält der Vizepräsident der Ärztekammer Berlin und niedergelassene Augenarzt Dr. Elmar Wille für falsch. „Ich kann doch nicht sagen, dass eine Praxis überflüssig ist, nur weil sie unterdurchschnittliche Fallzahlen hat.“ Es gebe bei den Ärzten Subspezialisierungen, „die Fallzahlen steigern oder aber zu weniger Fallzahlen führen“. „Diese Praxen haben aber doch trotzdem ihre Berechtigung“, so Wille.

Unklar sind derzeit nicht nur die Kriterien für die Versorgungsrelevanz, sondern auch für die Entschädigung, welche die KVen in Höhe des Praxis-Verkehrswertes zahlen müssen. „Zur Ermittlung des Verkehrswertes gibt es unzählige unterschiedliche Methoden, die alle zu unterschiedlichen Ergebnissen führen“, erklärt Christian Scur.

Dann muss nachbesetzt werden

Von der Regelung zum Praxisaufkauf sieht der Gesetzentwurf Ausnahmen vor. In folgenden Fällen müssen die Zulassungsausschüsse dem Antrag auf Nachbesetzung stattgeben:

- Bei dem Bewerber handelt es sich um den Ehe- oder Lebenspartner oder um ein Kind des abgebenden Vertragsarztes.
- Der Nachfolger war Angestellter oder Partner des bisherigen Praxisinhabers. Neu ist in diesem Fall, dass die Anstellung oder der gemeinschaftliche Praxisbetrieb mindestens drei Jahre lang angedauert haben müssen (Stichtag dafür ist aus Bestandsschutzgründen der Tag der ersten Lesung im Bundestag, also der 05.03.2015).
- Der Bewerber war bereits fünf Jahre in einem unterversorgten Gebiet tätig.
- Der Bewerber verpflichtet sich, die Praxis in ein anderes Gebiet des Planungsbereiches zu verlegen, in dem nach Mitteilung der KV aufgrund einer zu geringen Arztdichte ein Versorgungsbedarf besteht.

Bemisst sich der Wert nur nach dem GKV-Umsatz, weil privatärztlich ja noch weitergearbeitet werden kann? Sind auch die Geräte mit einzubeziehen, die theoretisch weiterverkauft werden können? Und sind auch andere Kosten der Praxisschließung, wie zum Beispiel weiterlaufende Miet- und Leasingverträge oder Lohn für Angestellte, die wegen Kündigungsschutzes noch bezahlt werden müssen, zu berücksichtigen? Wie sieht es bei Gemeinschaftspraxen aus: Können sich hier die KVen vielleicht vor der Entschädigungszahlung drücken, weil der ausscheidende Arzt in der Regel ohnehin eine vertraglich vereinbarte Abfindung von dem Partner bekommt und damit gar keinen Schaden erleidet? Steuerlich stellt sich zudem die Frage, ob die Vergünstigungen für den Veräußerungsgewinn, die ab 55 Jahren geltend gemacht werden können, auch auf die Entschädigung der KV übertragbar sind.

Der Streit um die Höhe des Verkehrswertes ist vorprogrammiert, schon allein deshalb, weil die Vorstellungen von Arzt und KV sicher oft weit auseinanderklaffen werden. Das Konfliktpotenzial hat der Bundesrat erkannt und in seinem Beschluss zum VSG ausdrücklich angeregt, gesetzliche Vorgaben zur Wertermittlung zu machen. Wenn dies nicht möglich sei, sollten zumindest verpflichtende Konfliktlösungsmechanismen wie etwa Schiedsverfahren vorgesehen werden, um die KVen „von überflüssigen Prozessen zu entlasten“.

Finanziert werden die Entschädigungszahlungen, so Stellpflug, voraussichtlich aus dem jeweiligen Facharzttopf. So zahlt jede Arztgruppe für die Praxisstilllegungen in ihrem Bereich. Die Idee, die dahinter steckt: „Wenn der Arzt vom Markt ist, knabbert er auch nicht mehr aus dem Topf. Die übrigen Ärzte kriegen in Zukunft einen höheren Punktwert“, erklärt Stellpflug. Je mehr Entschädigungen gezahlt werden müssen, desto mehr werden die Punktwerte für extra-budgetäre Leistungen und das QZV variieren.



Christian Scur

Wie die Kompensation allerdings bei den Psychotherapeuten funktionieren soll, ist unklar, „weil sie für fast alles, was sie machen, einen festen Punktwert bekommen“, so Stellpflug. Geknappt werden müsste dann bei den frei bezahlten Leistungen wie etwa den probatorischen Sitzungen.

Die Finanzierung der Entschädigungszahlungen bereitet auch der KV Berlin einiges Kopfzerbrechen. Im schlimmsten Fall könnte es zu einem „vollkommenen Zusammenbruch der Honorarsystematik“ kommen. „Unter Umständen könnten gar keine Honorare mehr ausgeschüttet werden, gegebenenfalls für mehrere Quartale“, schreibt die KV in ihrer Stellungnahme zum Gesetz.

Welche Auswirkungen die Entschädigungszahlungen aus dem Honorartopf der jeweiligen Fachgruppen haben können, versucht die KV am Beispiel der Radiologen aufzuzeigen: Dort sind den Angaben zufolge derzeit 169,5 Fachärzte zugelassen, der Versorgungsgrad liegt bei 248,9 Prozent. „In Nachbesetzungsverfahren müsste die Ausschreibung so lange abgelehnt werden, bis ein Versorgungsgrad unterhalb 110 Prozent erreicht wird. Demnach müssten etwa 100 Vertragsarztsitze entschädigt werden.“

Für die Radiologenpraxis legt die KV in der Beispielrechnung aufgrund von Erhebungen des Instituts des Bewertungsausschusses einen durchschnittlichen Wert von einer Million Euro zugrunde. Dazu rechnet sie noch Kosten für die Praxisschließung von 500.000 Euro. Müsste die KV also in den nächsten zehn Jahren 100 Radiologen entschädigen, würde das für die Facharztgruppe eine Belastung von 15 Millionen Euro pro Jahr bedeuten. Für die Entschädigung anderer Praxen rechnet die KV mit einer Belastung der Gesamtvergütung von rund 8 Millionen Euro jährlich.

Die KV glaubt zudem, dass das Versorgungsstärkungsgesetz „unmittelbare Auswirkungen auf die Gestaltung der Praxisabgaben haben“ wird. Die Ärzte werden sich „privilegierte Nachfolger“ schaffen. „Es ist zu erwarten, dass dann die Zahl der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften sprunghaft ansteigt. Auch werden in erheblichem Maße Verzichte zum Zwecke der Anstellung erfolgen.“ Insgesamt seien die Auswirkungen des VSG auf die ambulante Versorgung verheerend bei einer „gleichzeitigen extremsten Belastung der Honorare der Niedergelassenen“, so die KV Berlin.

Wäre es bei den ganzen Unklarheiten nicht besser, zunächst die Bedarfsplanung zu reformieren, sie kleinräumiger und aussagekräftiger zu machen? Würde sich dann das Problem der Überversorgung nicht vielerorts von selbst erledigen? Das sieht für das Ruhrgebiet und die Gruppe der Psychotherapeuten auch der Bundesrat so: Für beide sollten bis Ende 2017 die Regelungen zum Praxisaufkauf ausgesetzt werden, bis eine bessere Bedarfsplanung vorliegt.

Für den Spitzenverband der Fachärzte (SpiFa) ist das Versorgungsstärkungsgesetz der Beweis dafür, dass die bisherige Bedarfsplanung gescheitert ist. „Sie berücksichtigt derzeit weder regionale Unterschiede in der Morbidität und sozialen Struktur der Patienten, noch Mitversorgeraspekte von

spezialisierten Praxen in Ballungsräumen“, heißt es in einer Stellungnahme des SpiFa.

Auch für den Berufsverband der deutschen Radiologen (BDR) in Berlin gehört die Bedarfsplanung auf den „Prüfstand der Wirklichkeit“. Durch eine neue Systematik in der Berechnung der Bedarfszahlen für das Land Berlin habe sich „über Nacht der Versorgungsgrad Radiologie in etwa verdoppelt“, von 126 auf

248 Prozent – obwohl an Einwohner- oder Arztlizenzen nichts geändert wurde. Eine adäquate Versorgung von Patienten wäre aber unterhalb des aktuell bestehenden Versorgungsgrades für das Land Berlin nicht zu leisten, sagt Dr. Bernd Reichmuth vom BDR.

Unter „ruhestandsnahen“ Kollegen hat Dr. Elmar Wille noch niemanden erlebt, der sich wegen des VSG bereits jetzt groß den Kopf zerbricht. „Die Kollegen haben schon so viele Reformen erlebt,

Weitere Neuerungen durch das GKV-VSG

Neben der Verschärfung der Regelung zum Praxisaufkauf sieht das Versorgungsstärkungsgesetz weitere Neuerungen für Ärzte vor. Hier eine kleine Auswahl:

- Für die Vergabe von Facharztterminen sollen Kassenärztliche Vereinigungen Terminalservicestellen einrichten.
- Einführung eines Entlassmanagements für Patienten beim Verlassen eines Krankenhauses.
- Die allgemeinmedizinische Weiterbildung wird gefördert: Vorgesehen ist, die Vergütung an die in den Kliniken üblichen Sätze anzupassen.
- Bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung sollen die Richtgrößenvolumina auf Bundesebene entfallen.
- Praxisnetze werden gefördert.
- Die Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung wird in unterversorgten Gebieten erleichtert. Außerdem wird die Ermächtigung von Hochschulambulanzen zur Versorgung von Patienten erweitert.
- Die Gründung fachgleicher Medizinischer Versorgungszentren soll ermöglicht werden; ferner sollen auch Kommunen MVZ betreiben dürfen.
- Niedergelassene Vertragsärzte müssen damit rechnen, dass überprüft wird, ob ihr Sprechstundenangebot ihrem Versorgungsauftrag entspricht. Bei Verstößen sind Sanktionen vorgesehen.
- Der Strukturfonds wird so gestaltet, dass Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in allen Gebieten finanziert werden können (bisher war dies nur in unterversorgten Gebieten/Gebieten mit lokalem Versorgungsbedarf möglich).



Foto: K. Friedrich

Dr. Wolfgang Kreisler

die nachher alle anders ausgingen als vorher angekündigt. Von all den vergangenen Reformen ist nichts geblieben außer der GOÄ“, sagt Wille. „Es wird nichts so heiß gegessen, wie es gekocht wird.“

Insgesamt hält zwar der Hausärzterverband Berlin-Brandenburg das Gesetzesvorhaben für unausgegoren. Er sehe aber einen „kleinen Lichtblick“, sagt Vorsitzender Dr. Wolfgang Kreisler: „Möglicherweise ist mancher Hausarzt, der in Rente geht und eine kleine Praxis betreibt, dankbar, wenn die KV den Sitz aufkauft und er ihn nicht an ein MVZ verscherbeln muss.“

Eins werden die Zulassungsausschüsse freilich im Hinterkopf haben, sollte das Versorgungsstärkungsgesetz, wie im Entwurf vorgesehen, in diesem Frühling in Kraft treten: Sie können nicht den Willen des Gesetzgebers, Überversorgung abzubauen, einfach unterlaufen. Sollte die Politik in ein paar Jahren der Ansicht sein, dass zu wenige Praxen aufgekauft wurden, könnte mit der nächsten Gesetzesänderung die Muss-Regelung kommen.

Verfasserin:
Julia Frisch
Freie Journalistin

Delegierte wählen neue BÄV-Vertreterversammlung

Bericht von der Delegiertenversammlung am 4. März 2015

Die zweite Delegiertenversammlung der neuen Amtsperiode stand ganz im Zeichen von Neuwahlen und Neubesetzungen der verschiedenen Kammergremien. So wurde aus den Reihen der Delegierten die zwölfköpfige 2. Vertreterversammlung der Berliner Ärzterversorgung (BÄV) gewählt. Außerdem bestätigten die Delegierten Kammervizepräsident Elmar Wille (Allianz) als Vorsitzenden und Vorstandsmitglied Thomas Werner (Marburger Bund) als stellvertretenden Vorsitzenden dieses wichtigen Organs des Versorgungswerkes. Daneben wurden die Ausschüsse neu besetzt sowie der Ombudsmann für Weiterbildungsfragen und die Delegierten für den 118. Deutschen Ärztetag gewählt.

Von Sascha Rudat

Die Ärztekammer Berlin entsendet zum diesjährigen Deutschen Ärztetag, der vom 12.-15. Mai in Frankfurt am Main stattfinden wird, 16 Delegierte – wovon jeweils 5 auf die Allianz Berliner Ärzte und den Marburger Bund, 4 auf die Fraktion Gesundheit sowie jeweils 1 auf den Hartmannbund und die Hausärzte in Berlin entfallen. Die Delegiertenversammlung stimmte einstimmig für die Vorschlagsliste.

Im Anschluss besetzten die Delegierten insgesamt 17 Ausschüsse der Kammer für die 14. Amtsperiode neu. Kammerpräsident Günther Jonitz (Marburger Bund) wies darauf hin, dass die Ausschusslisten im Ältestenrat im Konsens erstellt worden seien. Hans-Peter Hoffert (Hausärzte) zeigte sich verwundert über die Zusammensetzung des Weiterbildungsausschusses II. Kammergeschäftsführer Michael Hahn betonte,



dass die Hausärzte ihre Vorschläge nach den Sitzungen des Ältestenrates eingereicht hätten und daher nicht mehr in vollem Umfang berücksichtigt werden konnten. „Sie müssen sich an das Regelwerk halten, dass Sie sich selbst gegeben haben“, erklärte er.

Auf die Nachfrage eines Delegierten, weshalb in den Listen für die Weiterbildungsausschüsse, auch Ärztinnen und Ärzte ohne Facharztbezeichnungen aufgeführt seien, erklärte Vorstandsmitglied Werner Wyrwich (Marburger Bund), dass man sich darauf verständigt

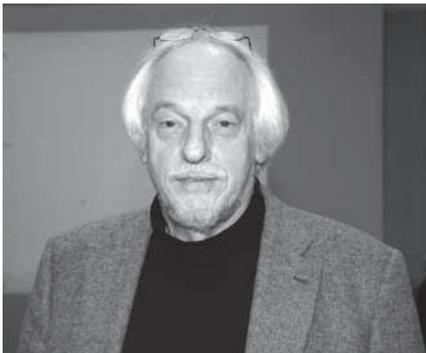
Als Delegierte bzw. deren Stellvertreter zum 118. Deutschen Ärztetag 2015 in Frankfurt wurden von der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin benannt:

| Liste | Delegierter | Stellvertreter |
|----------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| 1.) Allianz Berliner Ärzte | Dr. med. Roland Urban | Ralph Drochner |
| 2.) Allianz Berliner Ärzte | Dr. med. Svea Keller | Dr. med. Elmar Wille |
| 3.) Allianz Berliner Ärzte | Dr. med. Hans-Detlef Dewitz | Helmut Mälzer |
| 4.) Allianz Berliner Ärzte | Dr. med. Klaus-Peter Spies | Prof. Dr. med. Harald Mau |
| 5.) Allianz Berliner Ärzte | Dr. med. Matthias Lohaus | Dr. med. Regine Held |
| 6.) Hartmannbund | Dr. med. Daniel Peukert | Dr. med. Dietrich Bodenstern |
| 7.) Fraktion Gesundheit | Dr. med. Heinrich-Daniel Rühmkorf | Dr. med. Herbert Menzel |
| 8.) Fraktion Gesundheit | Julian Veelken | Katharina Kulike |
| 9.) Fraktion Gesundheit | Dr. med. Ellis E. Huber | Dr. med. Gebhard von Cossel |
| 10.) Fraktion Gesundheit | Dr. med. Eva Müller-Dannecker | Caroline Meller |
| 11.) Hausärzte in Berlin | Michael Janßen | Dr. med. Irene Vetter |
| 12.) Marburger Bund | PD Dr. med. Peter Bobbert | Dr. med. Matthias Albrecht |
| 13.) Marburger Bund | Dr. med. Werner Wyrwich | Dorothea Spring |
| 14.) Marburger Bund | Dr. med. Thomas Werner | Alfred Höfer |
| 15.) Marburger Bund | Dr. med. Klaus Thierse | Christian Brost |
| 16.) Marburger Bund | Kai Sostmann | Dr. med. Raimund Ordyniak |

habe, in den Ausschüssen auch Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung als Mitglieder zu haben, um deren Belange ausreichend zu berücksichtigen. Diese würden dann ohne Gebietsbezeichnung geführt. Die Delegierten wählten schließlich die Ausschüsse einstimmig.

Johannes Bruns ist neuer Ombudsmann

Mit dem Thema Weiterbildung ging es bei der nächsten Wahl weiter. Nominiert als Nachfolger von Klaus Thierse war als einziger Johannes Bruns. Der 66-jährige Facharzt für Innere Medizin, der zuletzt leitender Oberarzt in der Geriatrie im Ev. Krankenhaus Hubertus war, stellte sich den Delegierten kurz vor. Sein Ziel sei es, die Arbeit des Ombudsmannes bekannter zu machen, wofür er u.a. BERLINER ÄRZTE nutzen will: „Ich trete dann auf, wenn es Schwierigkeiten mit der Weiterbildung gibt.“ Johannes Bruns wurde einstimmig zum neuen Ombudsmann gewählt.



Der neue Ombudsmann für Weiterbildungsfragen Johannes Bruns

Ärztinnen und Ärzte können sich unter folgenden Kontaktdaten an den Ombudsmann wenden:

E-Mail: ombudsmann@aekb.de
 Tel.: 030/408 06-11 01 (Sekretariat
 Abteilung Weiterbildung/Ärztliche
 Berufsausübung)
 Ärztekammer Berlin
 Ombudsmann
 Friedrichstr. 16
 10969 Berlin

In die 2. Vertreterversammlung der Berliner Ärzteversorgung wurden folgende Mitglieder gewählt:

| | | |
|---|-------------------------------|----------------------|
| Wahlvorschlag 1 Fraktion Gesundheit | Dr. med. Eva Müller-Dannecker | |
| | Julian Veelken | |
| | Dr. med. Ellis E. Huber | |
| Wahlvorschlag 2 Allianz Berliner Ärzte – NAV-Virchowbund – MEDI-Verbund | Dr. med. Elmar Wille | Vorsitzender |
| | Dr. med. Svea Keller | |
| | Dr. med. Bernd Müller | |
| | Dr. med. Matthias Blöchle | |
| Wahlvorschlag 3 Marburger Bund – Hausärzte in Berlin – Hartmannbund | Dr. med. Thomas Werner | Stellv. Vorsitzender |
| | Dipl.-Med. Dieter Schwowoch | |
| | Dr. med. Klaus Thierse | |
| | Dr. med. Günther Jonitz | |
| | Dr. med. Raimund Ordyniak | |

Abschließend fand die Wahl der 2. Vertreterversammlung der Berliner Ärzteversorgung (BÄV) statt. Dabei handelt es sich um das Legislativorgan, also sozusagen das Parlamentarische Organ der BÄV. Hier werden die grundsätzlichen Entscheidungen rund um die Ärzteversorgung (Satzung, Jahresabschluss etc.) gefällt. Die VV wurde zum zweiten Mal in der Geschichte der BÄV überhaupt gewählt. Die Wahl leitete der Vorsitzende des interfraktionell besetzten Wahlausschusses, Harald Mau (Allianz). Zunächst wurden aus den Reihen der DV-Mitglieder zwölf Vertreter gewählt. Dazu waren vom Wahlausschuss drei Wahlvorschläge (Listen) mit je 6 bis 10 Wahlbewerbern zugelassen worden. Jedes DV-Mitglied konnte mit seiner Stimme in der geheimen Wahl einen der drei Wahl-

vorschläge wählen (Verhältniswahl). Auf Wahlvorschlag 1 (Fraktion Gesundheit) entfielen 12 Stimmen, was 3 Sitzen entspricht. Wahlvorschlag 2 (Allianz Berliner Ärzte – NAV-Virchowbund – MEDI-Verbund) erhielt 14 Stimmen (4 Sitze). 17 Stimmen entfielen auf Wahlvorschlag 3 (Marburger Bund – Hausärzte in Berlin – Hartmannbund), der damit 5 Sitze bekommt.

Für die Wahl des Vorsitzenden schlug Kammerpräsident Jonitz Kammervizepräsidenten Elmar Wille (Allianz) vor. Wille wurde mit 35 Stimmen gewählt. Er wiederum schlug Thomas Werner (Marburger Bund) als stellvertretenden Vorsitzenden vor, der 29 Stimmen erhielt. Beide nahmen die Wahl an und bedankten sich für das entgegengebrachte Vertrauen. srd



Kammerpräsident Jonitz verabschiedete den langjährigen Listensprecher Andreas Grüneisen (Fraktion Gesundheit) und bedankte sich für die gute Zusammenarbeit. Dieser hatte am Ende der Sitzung angekündigt, aus der DV auszuscheiden und seinen Posten als Listensprecher an Julian Veelken und Katharina Kulike zu übergeben.

Die neue Berufsordnung – Teil 2

Durch die am 20. Dezember 2014 in Kraft getretene Neuregelung der Berufsordnung der Ärztekammer Berlin wurde auch das unerlaubte Zuweisungs- und Verordnungsverhalten neu geregelt. Die bisherigen Vorschriften hierzu werden nun in einer einheitlichen Regelung der Berufsordnung (§ 31) zusammengefasst. Auch mit Blick auf die anhaltende Diskussion um eine „Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen“ – die sich aktuell in den Bemühungen zur Schaffung eines einschlägigen Strafgesetzes niederschlägt – sollen die Grundzüge der Vorschrift nachfolgend dargestellt werden.

Gemäß § 31 Abs. 1 Berufsordnung der Ärztekammer Berlin (BO) ist es Ärztinnen und Ärzten „nicht gestattet, für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten oder von Untersuchungsmaterial oder für die Verordnung oder den Bezug von Arznei- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten ein Entgelt oder andere Vorteile zu fordern, sich oder Dritten versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren.“ Wie bei vielen Rechtsvorschriften vereinfacht die abstrakte Abbildung geregelter Lebenssachverhalte nicht gerade deren Lektüre. Welches konkrete ärztliche Verhalten wird also durch die Vorschrift verboten?

Zuweisung und Verordnung gegen Entgelt

§ 31 Abs. 1 BO soll sicherstellen, dass ärztliche Entscheidungen über Zuweisungen (von Patienten und Untersuchungsmaterial) und Verordnungen (von Arzneimitteln, Heilmitteln oder Medizinprodukten) alleine fachlich-medizinisch begründet und am Patientenwohl orientiert sind – jede Verknüpfung mit einer hier von losgelösten Vorteilsgewährung soll verhindert werden. Dies ist nicht neu. Die verfasste Ärzteschaft hat sich diesen Verhaltenskodex seit Langem auferlegt, um die ärztliche Entscheidungsfreiheit und den ärztlichen Wettbewerb vor Einflussnahmen Dritter zu schützen. Aus dem letzten Halbsatz der Vorschrift folgt dabei, dass nicht nur das eigene Fordern, Sich-Versprechen-Lassen oder Annehmen eines Vorteils durch zuweisende bzw. ver-

ordnende Ärztinnen und Ärzte unzulässig ist, sondern – spiegelbildlich – auch das (aktive) Versprechen oder Gewähren eines Vorteils für eine Zuweisung oder Verordnung Anderer.

Von dem Begriff der „Zuweisung“ ist dabei jede Zuführung von Patientinnen/ Patienten und Untersuchungsmaterial an einen anderen Anbieter gesundheitlicher Leistungen erfasst, egal, ob diese durch Überweisung oder bloße Empfehlung erfolgt¹. Eine Zuweisung von Untersuchungsmaterial bezieht sich auf die diagnostischen Fachdisziplinen (Pathologie, Labormedizin). Wichtig ist darüber hinaus, dass der Vorteilsbegriff in § 31 Abs. 1 BO weit zu verstehen ist – er bezieht sich auf jede Leistung, auf die der Empfänger keinen Rechtsanspruch hat und die seine wirtschaftliche Lage verbessert. Eine unerlaubte Zuweisung gegen Entgelt kann daher auch dann vorliegen, wenn die Ärztin/der Arzt über eine Vermögens- und Gewinnbeteiligung an dem Unternehmen verfügt, an das sie oder er den Patienten verweist (z. B. HNO-Arzt ist Mitgesellschafter eines Fachgeschäfts für Hörgeräteakustik, dem er Patienten zuweist²). Die rechtliche Einordnung hängt insoweit aber von Einzelfragen ab, deren Darstellung den Rahmen dieses Beitrags sprengen würde.

Ärztliche Zuweisung ohne hinreichenden Grund

Dem ärztlichen Zuweisungs- und Verordnungsverhalten legt § 31 BO darüber hinaus eine Beschränkung auf, die nicht im Zusammenhang mit einer Vorteils-

nahme oder -gewährung steht: Denn nach Absatz 2 der Vorschrift ist es bereits unzulässig, Patientinnen und Patienten einen bestimmten Anbieter gesundheitlicher Leistungen zu empfehlen oder an diesen zu verweisen, wenn hierfür nicht ein „hinreichender Grund“ besteht. Dahinter steht der Gedanke, dass Patientinnen und Patienten angesichts der Vielfalt angebotener Leistungen im Gesundheitswesen auf eine ärztliche Aufklärung und Beratung über im konkreten Behandlungsfall ggf. geeignete Produkte angewiesen sind und insoweit – grundsätzlich zu Recht – auf ärztliche Empfehlungen vertrauen. Dieser ärztlichen Schlüsselrolle und dem Vertrauen in die ärztliche Neutralität entspringt das Gebot, bestimmte Empfehlungen oder Verweisungen nur im individuellen (Gesundheits-)Interesse der Patientin/ des Patienten vorzunehmen. Auf ausdrückliche Nachfrage der Patientin/ des Patienten dürfen ärztliche Empfehlungen hier aber auch unabhängig vom Vorliegen eines „hinreichenden Grundes“ ausgesprochen werden. Anders ist dies jedoch bei der o. g. „Zuweisung gegen Entgelt“: Wird der Ärztin/ dem Arzt für die Empfehlung eines anderen Leistungserbringers ein Vorteil gewährt, so ist die ärztliche Empfehlung berufsrechtswidrig, egal ob sie auf Nachfrage und mit hinreichendem Grund ausgesprochen wird.

Geschenke von Patientinnen/ Patienten und Dritten

Zu nennen ist schließlich eine weitere Regelung, die unter das Schlagwort der „Korruption im Gesundheitswesen“ fällt. So ist es Ärztinnen und Ärzten nach § 32 Abs. 1 BO nicht gestattet, „im Zusammenhang mit ihrer Berufsausübung von Patientinnen und Patienten oder Anderen Geschenke oder andere Vorteile für sich oder Dritte zu fordern, sich oder Dritten versprechen zu lassen oder anzunehmen, wenn nicht der Wert des Geschenkes oder des anderen Vorteils geringfügig ist.“ Für die Annahme von Zuwendungen im Zusammenhang mit der ärztlichen Tätigkeit, die sich nicht auf das ärztliche Zuweisungs- und Verordnungsverhalten beziehen (für dieses

¹ BGH MedR 2011, 500, 506

² LG Frankfurt a. M., Urteil vom 01.07.2014, Az. 2-03 O 284/13 (zur entsprechenden Regelung im Land Hessen)

gilt die Spezialregelung des § 31 Abs. 1 BO!), gilt also eine Geringwertigkeitsgrenze: Das übliche kleine Patientengeschenk (z. B. Flasche Wein, Schachtel Pralinen) unterfällt also nicht dem Verbot, wohl aber höherwertige Zuwendungen von Patienten oder Dritten. Insbesondere sind auch nicht geringwertige „Geschenke“ der Pharmaindustrie erfasst, die sich oftmals nicht einer bestimmten ärztlichen Tätigkeit zuordnen lassen, aber in der Erwartung der Absatzförderung gegeben werden.

Ausblick

Der Gefahr einer Beeinflussung ärztlicher Entscheidungen durch Vorteilsgewährung ist die Ärzteschaft durch die angesprochenen Regelungen auf der Ebene der ärztlichen Selbstverwaltung entgegengetreten. Entsprechende Vorschriften gelten auch nach den Berufsordnungen anderer Landesärztekammern und im Vertragsarztrecht³. Dennoch bestehen aktuell Bestrebungen, durch eine Änderung des Strafgesetzbuches einen eigen-

nen Straftatbestand zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen zu etablieren. Durch eine solche Rechtsänderung soll dem „Unwert von korruptem Verhalten im Gesundheitswesen“ auch mit Mitteln der Kriminalstrafe entgegen gewirkt werden. Über das Für und Wider einer solchen Entwicklung lässt sich aus verschiedenen Blickwinkeln diskutieren. Von einem solchen Strafgesetz wäre jedenfalls auch die nichtärztliche „Geberseite“ erfasst, die den Regelungen des ärztlichen Berufsrechts nicht unterfällt. BERLINER ÄRZTE wird Sie über die aktuellen Entwicklungen auf dem Laufenden halten.

³ Zur Regelung in der Musterberufsordnung und zu weiteren Regelungen zur Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit: Bekanntmachung der Bundesärztekammer vom 02.04.2007, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104, Heft 22.

Ist das Präventionsgesetz im 4. Anlauf auf der Zielgeraden?

Im Dezember 2014 wurde das „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention – PräVG“ im Entwurf vom Bundeskabinett verabschiedet und soll bis zum Herbst 2016 das parlamentarische Verfahren erfolgreich durchlaufen haben.

Ziel des Präventionsgesetzes ist die Verbesserung der strukturellen Voraussetzungen für Gesundheitsförderung und Prävention in jedem Lebensalter und in allen Lebensbereichen. Erreicht werden soll dies mit einem Budget von ca. 500 Mio. Euro, einer Nationalen Präventionskonferenz, welche eine nationale Präventionsstrategie entwickelt und der zielorientierten Bündelung bereits etablierte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention. Die Krankenkassen führen bei all diesen relevanten Entscheidungen das Zepter, konsequent – da sie es sind, die die Mittel bereitstellen. Das Gesetz in der bisherigen Fassung lässt Verbindlichkeit vermissen, und so entsteht leicht der Eindruck, dass Sozialversicherungen, Bund, Länder und Kommunen durch die reine „Verpflichtung zur freiwilligen Zusammenarbeit“ an den Start gehen.

Im Wesentlichen werden Ärzte durch Änderungen des §§ 25 und 26 SGB V – Erfassung gesundheitlicher Risiken und Früherkennung von Krankheiten, Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte und die Förderung des Impfwesens vom Präventionsgesetz explizit angesprochen. Ärztliche Gesundheitsuntersuchungen sollen demnach bei Kindern und Jugendlichen auf die gesamte Altersspanne bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ausgeweitet werden, an die sich die Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene unmittelbar anschließen. Bevölkerungsmedinisch bedeutsame Erkrankungen stehen im Fokus der Untersuchungen. Die Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen bilden den Schwerpunkt, an die sich eine ärztliche präventionsorientierte Beratung anschließen soll.

Die Erwartungen nach mehr als 12 Jahren Diskussion um ein Präventionsgesetz in Deutschland sind sicherlich nicht mehr von Illusionen geprägt, wohl eher von Pragmatismus und dem Wunsch nach einem ersten Schritt. Das vorgelegte Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention kann einen ersten

Rahmen vorgeben, in dem sich ein Prozess hin zu einer Gesundheitsgesellschaft entwickeln kann, und bietet Potenzial weiterentwickelt zu werden.

Mit der zunehmenden gesellschaftlichen Wahrnehmung und Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention hat sich die Ärztekammer Berlin entschlossen, im Herbst 2015 eine strukturierte curriculare Fortbildung „Gesundheitsförderung und Prävention“ anzubieten (s. Seite 26).

Ärzten wird in der Gesundheitsförderung und Prävention eine wichtige Rolle zugesprochen. Ihre Qualifikation als auch das vertrauensvolle Arzt-Patienten-Verhältnis ist besonders geeignet, neben Früherkennung, Diagnose und Behandlung von Krankheiten eine orientierende Gesundheitsberatung anzubieten, zu ermutigen schädigende Verhaltensweisen einzustellen, abzuändern und zur Inanspruchnahme primärpräventiver Angebote zu motivieren. Die Herausforderungen der demographischen Entwicklung als auch die Veränderung des Krankheitsgeschehens hin zu den chronischen nicht-übertragbaren Krankheiten (NCD) macht ein strukturiertes gesundheitsorientiertes Vorgehen, ein proaktiv präventives Handeln, zur Reduzierung des Erkrankungsrisikos notwendig. Das diskutierte PräVG kann dafür eventuell die Rahmenbedingungen schaffen.

Die Ankündigungen auf diesen beiden Seiten geben einen Überblick über die ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen, die in der nächsten Zeit von der Ärztekammer Berlin (ÄKB) 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"> ■ 16.04.-18.04.2015 25.06.-27.06.2015 17.09.-19.09.2015 11.12.2015 | Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Intensivprogramm | Evangelische Bildungsstätte auf Schwanenwerder | Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 05 E-Mail: aerztliche-fuehrung@aekb.de | 80 P |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Teil C: 17.04.-18.04.2015 Teil D: 26.06.-27.06.2015 | Suchtmedizinische Grundversorgung zum Erwerb der Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ in vier Modulen | DRK Kliniken Mitte Haus E Drontheimer Str. 39-40 13359 Berlin | Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-13 01 /-13 03 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 160 € / Kursteil | 13 P pro Kursteil |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ 18.04.2015 und 22.04.2015 | Wenn Partnerschaft verletzend wird... Kompetent (be)handeln bei häuslicher Gewalt (weitere Informationen s. S. 25) | Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin | S.I.G.N.A.L. e.V. E-Mail: hellbernd@signal-intervention.de , Fax: 030 / 27 59 53 66 | |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Modul I b: 24./25.04.2015 Modul I c: 08./09.05.2015 Modul II: 25.04.2015 Modul III: 05./06.06.2015 | Medizinische Begutachtung Strukturierte Curriculäre Fortbildung | Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin | Information und Anmeldung: Tel: 030 / 408 06-12 03 E-Mail: begutachtung@aekb.de | 64 P |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ 06.05.2015 | Chronische und therapieresistente Depression – wie weiter? Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin (weitere Informationen s. S. 25) | Kaiserin-Friedrich-Stiftung Hörsaal Robert-Koch-Platz 7 10115 Berlin | Eine Anmeldung ist nicht erforderlich, keine Teilnehmergebühr. | 2 P |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ 15.06.-17.06.2015 | Grundkurs im Strahlenschutz | Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin | Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 270 € | 23 P |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ 17.06.-19.06.2015 | Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik | Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin | Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 240 € | 20 P |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ 01.07.2015 | Wissenskontrolle zum Erwerb der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung nach dem Gendiagnostikgesetz | Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin | Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 09 E-Mail: s.zippel@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: kostenfrei | keine |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ 31.08.-05.09.2015 12.10.-17.10.2015 30.11.-05.12.2015 | Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.) (weitere Informationen s. S. 25) | Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin | Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-14 02 (Organisation) Tel.: 030 / 408 06-12 07 (Inhalte) E-Mail: QM-Kurs2015@aekb.de | 150 P |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ 28.09.-30.09.2015 | Grundkurs im Strahlenschutz | Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin | Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 270 € | 23 P |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ 30.09.-02.10.2015 | Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik | Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin | Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40 806-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 240 € | 20 P |

Was tun beim Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung?

Kinderschutz – eine Orientierungshilfe für die Praxis

Der Berliner Notdienst Kinderschutz dürfte vielen Ärztinnen und Ärzten dem Namen nach bekannt sein. Eine klare Vorstellung und unmittelbare Anschauung von dessen Aufgabenbereich und der praktischen Arbeitsweise besteht jedoch oft nicht. Hier setzt das Fortbildungsangebot der Ärztekammer Berlin an, das sich an Kinder- und Jugendärzte sowie an Hausärzte richtet, welches aber ebenso Angehörigen anderer medizinischer Fachrichtungen offen steht. Interessierte Ärztinnen und Ärzte werden mit dieser Schlüsseleinrichtung des Kinderschutzes unmittelbar „vor Ort“ bekannt gemacht. Der Workshop zielt darauf ab, die klinisch-praktische Arbeit und die Aktivitäten der Kinder- und Jugendhilfe intensiver miteinander zu verschränken.

Referenten:

Beate Köhn, Dipl.-Sozialpädagogin, Supervisorin / Berliner Notdienst Kinderschutz; Dr. med. Matthias Brockstedt, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Ärztlicher Leiter Kinder- und Jugendgesundheitsdienst – Berlin Mitte, Vorsitzender des Fortbildungsausschusses der Ärztekammer Berlin

Datum und Uhrzeit: Mittwoch, 22. April 2015; 15-16:30 Uhr

Ort: Berliner Notdienst Kinderschutz, Mindener Str. 14, 10589 Berlin

Informationen und Anmeldung: Die Teilnahme ist kostenfrei. Die Teilnehmerzahl ist auf 20 Personen begrenzt. Eine **persönliche Anmeldung ist daher unbedingt erforderlich**. Anmeldung per Fax: 030 / 408 06-55 14 03 oder per E-Mail an: b.scholz@aekb.de, telefonische Auskünfte gibt es unter: 030 / 408 06-14 03. Anerkannt mit **3 Fortbildungspunkten**.

„Wenn Partnerschaft verletzend wird...“ – Kompetent (be)handeln bei häuslicher Gewalt

Fortbildungsangebot zum Themenschwerpunkt
„Häusliche Gewalt“

Gewalt in Paarbeziehungen ist weit verbreitet, betrifft überwiegend Frauen und gilt als ein zentrales Gesundheitsrisiko (WHO). Kinder sind von Gewalt in Paarbeziehungen stets mit betroffen. Ärztinnen und Ärzte können Türen öffnen, wirksame Unterstützung bei aktuellen oder zurückliegenden Gewalterfahrungen bieten und helfen, den generationenübergreifenden Kreislauf von Opfer- und Täterschaft zu durchbrechen.

Für eine gelingende Intervention sind Wissen um Prävalenz, Risikofaktoren sowie Erkenntnisse zum Gewaltkreislauf und Kindeswohlgefährdung bedeutend. Dies gilt auch in Bezug auf Sicherheit im Ansprechen von Gewalterfahrungen, in der rechtssicheren Dokumentation, in der Kenntnis von weiterführenden Hilfen sowie einer Klarheit über Handlungsmöglichkeiten und -grenzen.

Die Zusammenarbeit mit weiterführenden Versorgungs-, Beratungs- und Zufluchtseinrichtungen gewährleistet eine fachkompetente Intervention und entlastet zugleich alle beteiligten Berufsgruppen.

Die zweiteilige S.I.G.N.A.L.-Basis-Fortbildung in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin findet am **18.04.2015 (10-16 Uhr)** sowie am **22.04.2015 (17-19:30 Uhr)** in den Räumen der Ärztekammer Berlin statt. Sie vermittelt Grundlagenkenntnisse und Handlungssicherheit im Umgang mit der Thematik „Gewalt in Paarbeziehungen“. Eine Anmeldung ist dringend erforderlich.

Anmeldeverfahren: S.I.G.N.A.L. e.V. Koordinierungs- und Interventionsstelle Hilde Hellbernd, MPH; E-Mail: hellbernd@signal-intervention.de; Fax: 030 / 27 59 53 66

Die Basis-Fortbildung ist mit Fortbildungspunkten der Ärztekammer Berlin anerkannt.

Chronische und therapieresistente Depression – wie weiter?

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin

Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Wenngleich ihr Verlauf klassischerweise episodisch ist, kommt es bei 15-25 Prozent der Erkrankten zu einer Chronifizierung. Definitionsgemäß liegt eine chronische Erkrankung vor, wenn das depressive Syndrom über einen Zeitraum von zwei Jahren besteht, ungeachtet der Frage, ob in diesem Zeitraum Behandlungsversuche stattfanden.

Therapieresistenz bezeichnet hingegen nicht etwa eine unheilbare Depression, sondern eine auf die Standardtherapieverfahren nicht unmittelbar ansprechende Depression. Eine verbreitete Definition orientiert sich an der Pharmakotherapie, wenngleich die medikamentöse Behandlung nur eine von mehreren Behandlungsstrategien ist. Demnach besteht Therapieresistenz, wenn zwei pharmakologische Behandlungsversuche von adäquater Dauer und Dosis erfolglos blieben.

Die Fortbildungsveranstaltung widmet sich mit engem Praxisbezug folgenden Fragestellungen:

- Welche pharmakotherapeutischen, psychotherapeutischen und sonstigen Behandlungsmöglichkeiten existieren, um Therapieresistenz und Chronifizierung zu vermeiden und zu überwinden?
- Wie ist die wissenschaftliche Fundierung der vorhandenen Behandlungsstrategien und wie gelingt deren konkrete, systematische Umsetzung?

Zur Abrundung bietet die Veranstaltung hinreichend Gelegenheit für die fachliche Diskussion.

Termin: Mittwoch, 06.05.2015, 19:30 bis 21 Uhr

Referent: Prof. Dr. med. Tom Bschor, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie, Schlosspark-Klinik GmbH, Heubnerweg 2, 14059 Berlin

Moderator: Dr. med. Roland Urban, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

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

Anerkannt mit **2 Fortbildungspunkten**, eine Anmeldung ist nicht erforderlich.

Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Der 200 Stunden-Kurs *Qualitätsmanagement* nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité im Herbst 2015 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: 31.08.-05.09.2015
Präsenzwoche 2: 12.10.-17.10.2015
Präsenzwoche 3: 30.11.-05.12.2015
(jeweils montags bis freitags von 9 bis 18 Uhr und samstags von 9 bis 16 Uhr)

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Weitere Informationen: Tel.: 030 / 408 06-14 02 (Organisation), Tel.: 030 / 408 06-12 07 (Inhalte) oder per E-Mail: QM-Kurs2015@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 lt. 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: 15.04.2015 und 20.05.2015
jeweils mittwochs 19-21.15 Uhr

Ort: Ärztekammer Berlin, Seminarraum, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin
Anmeldung: Die Teilnahme kostet 550 Euro. Tel.: 030 / 408 06-12 03,
E-Mail: a.hellert@aekb.de. Anerkannt mit **9 Fortbildungspunkten**.

Patientensicherheit lernen – Intensivseminar Fallanalyse

Wie entstehen Fehler? Welche beitragenden Faktoren bewirken, dass Unfälle und schwere Zwischenfälle entstehen? Wie kann die Wahrscheinlichkeit, dass sich solche Fälle wiederholen, reduziert werden? In diesem gemeinsam mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit angebotenen Seminar werden ein systemisches Verständnis zur Entstehung von Fehlerereignissen sowie praktische Fertigkeiten zur Fallanalyse nach schweren Zwischenfällen vermittelt. Die theoretischen Grundlagen werden in Kurzvorträgen dargestellt. Über Fallbeispiele wird das relevante Wissen konkretisiert und in praktischen Übungen zur Fallanalyse vertieft. Konzepte der Fehlerentstehung, Sicherheitskultur und Systemanalyse werden praxisnah diskutiert.

Das Intensivseminar richtet sich an Angehörige aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen und ist spezifisch auf den Krankenhausbereich ausgerichtet.

Termin: Das Seminar wird in drei Modulen durchgeführt:

Online-Modul: zwischen 01.09.-01.10.2015

Präsenzseminare: 02.-03.10.2015 und 13.-14.11.2015

(jeweils Freitag 12-18 Uhr und Samstag 9-14 Uhr)

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Informationen und Anmeldung: Die Teilnahme kostet 550 Euro und die Teilnehmerzahl ist auf 25 Personen begrenzt. Tel.: 030 / 408 06-12 06, Dörte Bünning, E-Mail: d.buenning@aekb.de. Anerkannt mit **7 Fortbildungspunkten**.

Strukturierte curriculare Fortbildung „Gesundheitsförderung und Prävention“

Ziel der Fortbildung, gemäß Curriculum der BÄK zur Erlangung einer anerkennungsfähigen Qualifikation, ist es, innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung Gesundheitsressourcen, -fähigkeiten der Patienten identifizieren zu können, Risikofaktoren einzuschätzen und dieses gewonnene Wissen konstruktiv in die Behandlung zu integrieren. Es werden Präventionskonzepte, protektive Faktoren in der Krankheitsentstehung, Grundkonzepte des Gesundheitsverhaltens, Patientenmotivierung und Anforderungen an die ärztliche Beratung vermittelt, diskutiert und mit praktischen Übungen vertieft.

Termin: 02.11.2015 -18.12.2015 | Blended-Learning inkl. 2 Präsenztage am 20.11.2015 und 18.12.2015 jeweils 8:30 bis 18 Uhr

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Information und Anmeldung: Die Teilnahme kostet 650 Euro und ist auf 20 Personen begrenzt. Tel.: 030 / 408 06-12 11, E-Mail: m.nehrkorn@aekb.de

Täuschung und Manipulation mit Zahlen Zweitelliges Statistikseminar zum kritischen Umgang mit Zahlen

„Das Mammographie-Screening senkt das Risiko, an Brustkrebs zu sterben, um 25 Prozent.“ Hätten Sie gewusst, dass diese relative Risikoreduktion bedeutet, dass 1 von 1000 Frauen weniger an Brustkrebs stirbt? Wenn nein, sind Sie in guter Gesellschaft.

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

Mit praktischen Übungen. Es wird keinerlei Vorwissen erwartet.

Termin: Seminar-Teil 1: 10.06.2015 (17-19:30 Uhr)

Seminar-Teil 2: 24.06.2015 (17-19:30 Uhr)

Referent: Dr. med. Hans-Joachim Koubenec

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Teilnehmergebühr: Die Teilnahme kostet 40 Euro für beide Teile (Teil 1 und 2 sind auch einzeln buchbar) und die Teilnehmerzahl ist auf 15 Personen begrenzt.

Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 08 oder -12 03,
E-Mail: c.hasenbeck@aekb.de

Anerkannt mit **8 Fortbildungspunkten** für beide Teile bzw. **4 Fortbildungspunkten** pro Teil.

Das Seminar bieten wir gern auch als Inhouse-Schulung in Ihren eigenen Räumen an!

„Arzt-Patienten-Kommunikation: Das Überbringen schlechter Nachrichten“

Jeder Arzt, jede Ärztin, kennt das mulmige Gefühl, Patienten oder Angehörigen eine schlechte Botschaft überbringen zu müssen: Die widerstrebenden 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 Patientin / Patient hat eine immense Bedeutung für Lebensqualität, Gesundheit und psychische Adaptationsfähigkeit 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. An Hand von Fallbeispielen werden die theoretischen Grundlagen und praktischen Fähigkeiten im Rollenspiel mit trainierten SimulationspatientInnen geübt und bearbeitet.

Termin: Freitag 12.06.2015 – Samstag 13.06.2015

Wissenschaftliche Leitung: Frau Dr. med. Klapp

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Anmeldung: Die Teilnahme kostet 290 Euro und die Teilnehmerzahl ist auf 15 Personen begrenzt. Tel.: 030 / 408 06-12 09, E-Mail: s.zippel@aekb.de

Anerkannt mit **17 Fortbildungspunkten**.

Überdiagnose und Übertherapie – Essay von Iona Heath*

Iona Heath: Um die Übermedikalisierung in den Griff zu bekommen, müssen sich Ärzte und Patienten mit ihren Ängsten vor Ungewissheit und Tod auseinandersetzen.

Von Dr. Iona Heath, Ärztin für Allgemeinmedizin im Ruhestand

Susan Sontag schrieb in der Einleitung ihres einflussreichen Essays *Krankheit als Metapher*:

Krankheit ist die Nachtseite des Lebens, eine eher bedrückende Staatsbürgerschaft. Jeder, der auf die Welt kommt, besitzt zwei Staatsbürgerschaften, eine im Reich der Gesunden und eine im Reich der Kranken. Und wenn wir es auch alle vorziehen, nur den „guten“ Pass zu benutzen, früher oder später ist doch jeder von uns gezwungen, zumindest vorübergehend, sich als Bürger jenes anderen Ortes auszuweisen.¹

Heute ist das Reich der Gesunden dabei, vom Reich der Kranken absorbiert zu werden, und das in hohem Tempo. Kliniker und das Gesundheitswesen tragen zu dieser Entwicklung bei, indem sie unermüdlich eine stetig steigende Anzahl von Menschen über diese wichtige Grenze geleiten. Sontag erkennt hierbei klar das Bedrückende an, das mit dem Reich der Kranken verbunden ist, sowie das Ausmaß, in dem die erzwungene Staatsbürgerschaft dort die Lebensqualität zersetzt. Ihr Essay wurde allerdings erstmals 1978 veröffentlicht, lange bevor die Erosion des Reichs der Gesunden wirklich begonnen hatte. Mit dem Siegeszug des Neoliberalismus wurde die Gesundheit zu einem Konsumgut wie jedes andere. Die Instrumentalisierung der Krankheit und der Angst vor Krankheiten zum Zweck der Gewinnschöpfung nahm über die nachfolgenden Jahrzehnte rapide zu; eine Entwicklung, die durch die rasche Kommerzialisierung des Gesundheitswesens noch unterstützt wurde.

Heutzutage, nach über drei Jahrzehnten, halten immer weniger von uns Sontags „guten“ Pass in der Hand. Dagegen werden immer mehr Menschen in immer jüngeren Jahren in das Reich der Kranken gedrängt und ihr Aufenthalt dort dauert immer länger. Legitimiert wird dies unter dem Etikett einer angeblichen Epidemie chronischer Krankheiten, obwohl viele der Betroffenen unter keinerlei Symptomen leiden. Die Motivation für diesen Zustrom ist eine toxische Kombination aus guten Absichten, Wunschdenken und Eigennutz. Die Kosten – in persönlicher, sozialer und wirtschaftlicher Hinsicht – sind enorm. Die wichtigsten Waffen sind: Loslösung des Krankheitskonzeptes von tatsächlich erfahrenem Leiden, Erweiterung von Krankheitsdefinitionen, Umwandlung von Risikofaktoren in Krankheiten und – als Waffe mit der größten Schlagkraft – Angst.

Wenn Ärzte und andere medizinische Fachkräfte in der Begegnung mit dem einzelnen Patienten in die Lage versetzt werden sollen, diesen Strom einzudämmen, muss eine Auseinandersetzung mit diesen sich gegenseitig verstärkenden Ängsten

erfolgen. Viele Kliniker fühlen sich hilflos in Anbetracht des zunehmenden Ansturms über die von Sontag beschriebene Grenze, die mittlerweile sehr durchlässig ist. Patienten brauchen jedoch Ärzte, die diese Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit mutig verteidigen. Diese Grenze sollte nur dann überschritten werden, wenn eine medizinische Versorgung angebracht und deren Nutzen größer als der Schaden ist. Hierbei lassen sich drei verschiedene Arten von Ängsten unterscheiden: existentielle Ängste, von denen wir alle betroffen sind; Ängste der Patienten und Ängste medizinischer Fachkräfte, wobei vielleicht die Ängste der Ärzte eine besondere Rolle spielen.

Existentielle Ängste

Jeder Mensch hat Angst vor dem Sterben, manche Menschen mehr und andere weniger. Bei Shakespeare finden wir im Hamlet die berühmte Beschreibung des Todes als: „das unentdeckte Land, von dem der Bezirk kein Wanderer wiederkehrt“ (3. Akt, 1. Szene). Und vielleicht ist es genau diese Qualität der vollkommen kompromisslosen Opazität, die den Tod so erschreckend macht. Die folgenden Zeilen aus Philip Larkins beeindruckendem Gedicht „Aubade“ geben das Grauen vor dem Tod mit eindringlicher Intensität wieder:

Tagsüber Arbeit und am Abend halb
betrunken
schlag ich um vier in lautlos tiefer
Dunkelheit
die Augen auf. Bis dass die
Vorhangsränder mit der Helle
prunken,
seh ich, was da ist schon die ganze
Zeit:
rastlosen Tod, der wieder eine
Tagesspanne näher rückt,
einen Gedanken nur erlaubt und
niederdrückt
mit dieser Frage, wann und wo ich
sterben werde.
Ganz knochentrocken das Problem.
Doch macht
die Angst vorm Tod und seiner
ewigen Nacht
mir trotzdem grelle stechende
Beschwerde.²

Ärzte sind als Menschen mit genau denselben existentiellen Herausforderungen konfrontiert. Auch sie müssen angesichts von Verlust, Leiden und der Endlichkeit des Daseins einen Sinn finden. Wir Ärzte haben nicht weniger Angst vor unserem eigenen Sterben und unserem Tod als alle anderen. Wir haben keine besondere existentielle Begabung und sind in dieser Hinsicht nur sehr wenig geschult.³ Vielleicht ist es daher kein Wunder, dass wir so häufig auf die zunehmend komplizierteren Errungenschaften der biotechnologischen Industrie zurückgreifen, als dass wir uns wirklich der Versorgung Sterbender zuwenden, die letztlich zu den Kerngebieten der Medizin gehört.

Vielleicht sollten wir alle häufiger Montaigne lesen. In Sarah Bakewells Biographie⁴ mit dem Untertitel: „Das Leben Montaignes in einer Frage und zwanzig Antworten“ lautet die erste Antwort: „Habe keine Angst vor dem Tod“. In diesem Kapitel erzählt sie Montaignes Erfahrung einer schweren Verletzung im Jahr 1569 oder Anfang des Jahres 1570. Zu dieser Zeit war er 36 Jahre alt und hatte in den vorangehenden sechs Jahren den Tod seines besten Freundes, seines Vaters und seines jüngeren Bruders hinnehmen müssen. Montaigne wurde von seinem Pferd geworfen, als ein anderer Reiter mit hoher Geschwindigkeit von hinten gegen ihn prallte und dabei wahrscheinlich am Kopf und Brustkorb verletzt. Er musste über eine größere Entfernung nach Hause getragen werden und als er wieder zu Bewusstsein kam, schien sein Zustand sehr ernst zu sein. Er konnte kaum atmen, verkrallte sich mit seinen Händen in seiner Kleidung, hustete und erbrach große Mengen Blutes. Es war nicht abzusehen, dass er überleben würde. Genau in dieser Phase machte er, wie er nachträglich feststellte, eine überraschende Entdeckung. Sarah Bakewell schreibt, dass er dasselbe Gefühl des sanften Dahingleitens auch dann empfand, wenn sich sein Körper wand und scheinbar in Schmerzen hin- und herwarf.

Montaignes tröstlicher Erfahrungsbericht legt nahe, dass sich Körper und Geist bei bevorstehendem Tod zu einem gewissen Grad von einander lösen und dass Menschen, die wie Montaigne, äußerlich aussehen, als ob sie Qualen erleiden, möglicherweise das von ihm beobachtete „sanfte Dahingleiten“ erleben. Nachdem sich Montaigne wieder erholt hatte, schrieb er (zitiert nach Bakewell): „Falls ihr nicht zu sterben versteht – habt keine Furcht! Die Natur wird euch, wenn es so weit ist, schon zeigen, was ihr zu tun habt, und dies voll und ganz für euch übernehmen; grübelt also nicht weiter darüber.“

Wie es scheint, hat sich Montaigne niemals wieder wegen des Todes Sorgen gemacht. Vielleicht sollten auch wir alle uns nicht so sicher sein, dass der Tod zwangsläufig mit Qualen und Leiden einhergeht – wo wir dies doch tatsächlich nie wissen können.

Ängste von Patienten

Zu den dem Menschen innewohnenden, existentiellen Ängsten kommen spezifische Ängste von Patienten im Zusammenhang mit ihren jeweiligen Symptomen, die manchmal noch durch Ereignisse in der Familienanamnese verstärkt werden. Patienten befürchten außerdem, dass Ärzte nicht verstehen, was sie zu beschreiben versuchen, und dass eine wichtige Diagnose nicht oder zu spät gestellt wird – durch Bequemlichkeit, Inkompetenz oder einfach Pech. Und natürlich werden Ängste täglich durch Zeitungen, andere Medien und, in den Ländern, wo dies unglücklicherweise erlaubt ist, auch durch direkte Verbraucherwerbung geschürt.



Ich muss Sie darüber aufklären, dass Sie das Recht haben, weiterhin ängstlich zu sein

Alles, was Sie sagen, wird für weitere diagnostische Tests verwendet

Sollten Sie noch keine Diagnose haben, wird Ihnen eine gestellt

So weit, so schlecht – tatsächlich ist die Lage jedoch noch viel schlechter. Hilda Bastians scharfsinniger Cartoon sagt alles über die frustrierenden Folgen von Screenings für den Betroffenen (Abbildung) aus. Die meisten Menschen bekommen desto mehr Angst, je genauer Sie wissen, was mit ihnen nicht stimmen könnte. Zudem hat uns die Präventionsrhetorik gelehrt, dass wir Angst vor dem haben müssen, was wir essen, trinken und einatmen.

Ängste von Ärzten

Die Ängste der Ärzte spiegeln die Ängste der Patienten wider. Ärzte verrichten ihre Arbeit tagtäglich begleitet von der Angst, eine wichtige Diagnose zu übersehen und eine vermeidbare Tragödie für die betroffenen Patienten herbeizuführen. In unseren zunehmend „straffreudigeren“ Gesellschaften des leichtfertigen öffentlichen Bloßstellens haben Ärzte außerdem Angst, angeprangert zu werden. Dennoch herrscht bei der klinischen

* Übersetzung aus BMJ 2014;349:g6123 doi: 10.1136/bmj.g6123

(Veröffentlicht am 24. Oktober 2014) © BMJ Publishing Group Ltd 2014

Arbeit Ungewissheit an allen Fronten; schließlich unterliegt die Übertragung verallgemeinerter Wahrheiten der biomedizinischen Wissenschaften auf den besonderen Kontext des Lebens eines einzelnen Patienten und dessen Lebensumstände stets Unwägbarkeiten. Daher lernen Ärzte, und vielleicht vor allem die jüngeren unter ihnen, Angst vor dieser Ungewissheit zu haben. Wir ordnen immer mehr Tests an, um zu versuchen – häufig umsonst – uns mehr Sicherheit über das zu verschaffen, was wir beobachten. Und aus dieser Angst heraus, dass Menschen aus dem Reich der Gesunden vielleicht doch dem Reich der Kranken angehören, transferieren wir ständig Ressourcen von den Kranken zu den Gesunden, sodass die Überdiagnostik unweigerlich mit der Untertherapie bereits erkrankter Menschen einhergeht. Überdiagnostizierung bei den Gesunden und Untertherapie der Kranken sind die siamesischen Zwillinge der modernen Medizin.

Die Ängste der Patienten verstärken die Ängste der Ärzte und umgekehrt: Dies gilt insbesondere in Gesundheitssystemen, die fragmentiert und für eine Erosion der kontinuierlichen Versorgung anfällig sind. Wir brauchen vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehungen. Nur so haben wir die Chance, Ängste einzudämmen.

Ungewissheit als Freiheit und Widerstand

Die amerikanische Philosophin Martha Nussbaum führt an, dass Ungewissheit und Kontingenz die düstere Vorhersagbarkeit eines linearen Determinismus aufbrechen und genau das sind, was das Leben lebenswert macht:

Der Mensch, der beeindruckend und ein Wunder der Natur zu sein scheint, kann gleichzeitig monströs sein in seinem Bestreben, die Welt zu vereinfachen und zu beherrschen. Kontingenz, ein Prinzip, das erschreckend und abstoßend wirken kann, kann gleichzeitig wunderbar sein, und das ausmachen, was das menschliche Leben erhebt und ihm Glanz verleiht.⁵

Wir können nur deswegen leben, weil wir nicht alles verstehen und nicht alles beherrschen können. Man könnte meinen, dass der britische Philosoph Stephen Toulmin an die heutige Gesundheitsversorgung und die Sorgen und Ängste junger, unerfahrener Ärzte dachte, als er schrieb:

Wenn wir mit Problemen konfrontiert sind, was die Anwendung neuen Wissens zum Wohle des Menschen angeht, können wir getrost das Ideal der intellektuellen Genauigkeit mit ihrer Idolisierung des geometrischen Beweises und der Gewissheit ignorieren. Stattdessen müssen

wir versuchen, uns wieder die pragmatische Bescheidenheit der Humanisten anzueignen, durch die sie trotz Ungewissheit, Ambiguität und Pluralismus ein angstfreies Leben führten.⁶

Toulmin weist außerdem darauf hin, dass die Humanisten der Renaissance, wie Shakespeare, Montaigne, Cervantes, und Rabelais, der Auffassung waren, dass in praktischen Disziplinen Fragen rationaler Angemessenheit zeitbezogener und nicht zeitloser, konkreter und nicht abstrakter, ortsspezifischer und nicht allgemeiner, partikulärer und nicht universeller Natur sind.

Das Phänomen, das Petr Skrabanek „*Risk Factorology*“⁷ nennt, strebt das Zeitlose, Abstrakte, Allgemeine und Universelle an; sein Aufstieg entwickelte sich jedoch exponentiell und es ist zu einer mächtigen Quelle der Angst von Patienten und Ärzten geworden. Jede medizinische Fachkraft muss nun eine zunehmend größere Bandbreite an potentiellen Risiken für die Gesundheit des Patienten in Erwägung ziehen – unabhängig davon, wie wohl sich der Patient auch fühlt. Gleichzeitig soll jeder verantwortungsvolle und rational denkende Bürger proaktiv alle möglichen Risiken für seine zukünftige Gesundheit identifizieren und eliminieren und medizinische Ressourcen konsumieren, um dieses Ziel zu erreichen.

Zu bedenken ist auch, wie viele der Protokolle, Leitlinien und Screening-Programme, die in der modernen Medizin wie ein Motor für Überdiagnosen und Übertherapie wirken, das Zeitlose, Abstrakte, Allgemeine und Universelle für sich beanspruchen, während wir, als Tätige im Bereich Medizin, der immer praktischer Natur ist, das genaue Gegenteil davon benötigen. Vielleicht sollten wir damit beginnen, unsere Entscheidungen und deren rationale Angemessenheit anhand dieser gegensätzlichen Kriterien zu testen.

Ungewissheit herrscht aufgrund der Diskrepanz zwischen dem Gebiet menschlichen Leidens und der Landkarte der biomedizinischen Wissenschaft. Die Aufgabe, aus der medizinischen Landkarte ein nützliches Instrument für diejenigen zu machen, die im Gebiet des Leidens gefangen sind, ist und bleibt mit Ungewissheit behaftet. Dies liegt an der unermesslichen Weite und den unendlichen Variationen in diesem Gebiet und an dem verhältnismäßig rudimentären Charakter dieser Karte. Genau diese Ungewissheit und dieser Zweifel, mit denen Kliniker tagtäglich konfrontiert werden, sind jedoch das, was neue Erkenntnisse und Verständnisdimensionen ermöglicht. Wir müssen die vorhandenen Erklärungen infrage stellen, wenn wir jemals bessere entdecken wollen.

Wie gut jedoch diese Karte auch jemals sein wird – den Errungenschaften der Medizin werden stets Grenzen gesetzt bleiben (auch wenn der Glanz von Millionen von Werbeanzeigen für pharmazeutische Produkte etwas anderes suggeriert). Wir alle müssen hinsichtlich dieser Beschränkungen so ehrlich wie möglich bleiben. James McCormick, einst Professor für Allgemeinmedizin am Trinity College Dublin, ist hier beispielhaft mit seiner Aussage:

Unsere Patienten haben das Recht auf eine genaue Diagnose und eine angemessene Therapie. Wenn diese genaue Diagnose und angemessene Therapie jedoch nicht verfügbar sind, täuschen wir sowohl uns selbst als auch die Patienten, wenn wir diagnostische Bezeichnungen verwenden und spezifische Therapien verordnen. Wenn wir als Allgemeinärzte in der Lage sind, eine Krankheit zu heilen, wird diese Heilung in der Regel auch einfach erreicht. Dennoch stellt eine Heilung lediglich das Herausögern des Todes dar: Sie verleiht nicht Unsterblichkeit. Wie groß die Fortschritte in der Medizin auch immer sein mögen – menschliches Leiden, die Angst und die Unabwendbarkeit des Todes können niemals beseitigt werden.⁸

Die Unvorhersehbarkeit der Zukunft ist hier der große Trost. Niemand weiß genau, was morgen sein wird. Über Wahrscheinlichkeiten ist viel bekannt. Zwischen Wahrscheinlichkeit und Gewissheit liegt jedoch ein weiter Weg. Ein bestimmter Lebensstil führt nicht immer zu dem erwarteten Ergebnis. Nicht jeder, der raucht oder adipös ist, wird frühzeitig sterben. Umgekehrt bieten eine ausgewogene Ernährung und regelmäßige sportliche Betätigung keinen vollständigen Schutz vor Schicksalsschlägen. Und doch legt – wenn es vorzeitig und unvorhergesehen zu Tod oder Krankheit kommt – die lineare Argumentationskette der präventivmedizinischen Rhetorik nahe, dass hier irgendwo irgendwie ein menschliches Verschulden vorliegt. Es ist genau diese Art der eingeengten linearen Überlegungen, die der Angst der Ärzte zugrundeliegt und sie dazu veranlasst, stets mehr statt weniger zu tun, wie schädlich

die Konsequenzen auch immer sein mögen. Das Fundament wissenschaftlicher Kreativität, intellektueller Freiheit und politischen Widerstandes ist die Ungewissheit. Wir sollten sie kultivieren, sie wertschätzen und ihren Wert weitervermitteln, anstatt sie zu fürchten.

Zygmunt Bauman, emeritierter Professor der Soziologie an der Universität Leeds, vertritt die Ansicht:

Verantwortlich zu handeln bedeutet nicht, die Regeln zu befolgen; vielmehr kann es auch erforderlich sein, die Regeln zu ignorieren oder auf eine Weise zu handeln, die nicht regelkonform ist. Nur durch diese Art der Verantwortlichkeit wird aus einem Bürger einer der Grundbausteine, auf dem eine menschliche Gemeinschaft aufgebaut werden kann, die über die notwendigen Ressourcen und die erforderliche Umsicht verfügt, um die aktuellen Herausforderungen zu bewältigen.⁹

Wir müssen den Mut haben, stets das Zeitbezogene, das Konkrete, das Ortspezifische und das Partikuläre in Betracht zu ziehen, wenn wir uns um den einzelnen Patienten kümmern. Falls erforderlich müssen wir auch so mutig sein, die Regeln zu missachten. Nur auf dieser Grundlage können wir ein ressourcenreiches und durchdachtes Gesundheitswesen gestalten.

Interessenkonflikte: Ich habe die BMJ-Richtlinie zur Erklärung von Interessenkonflikten gelesen und verstanden und habe keine solchen Interessen anzugeben.

Dieser Text ist eine bearbeitete Version eines Vortrags der Autorin auf dem Kongress zur Prävention der Überdiagnostik in Oxford im September.

Herkunft- und Begutachtungsangaben: Beauftragt durch das BMJ; keine externe Begutachtung.

BIOGRAFIE

Iona Heath war als Allgemeinärztin 35 Jahre in einer Praxis in Kentish Town (Inner London) tätig und von 2009 bis 2012 Präsidentin des Royal College of General Practitioners. Bis 2013 war sie Autorin einer regelmäßig erscheinenden Kolumne in *The BMJ*
iona.heath22@yahoo.co.uk

- 1 Sontag S. *Illness as metaphor*. Farrar, Straus, and Giroux, 1978.
- 2 Larkin P. *Aubade*. In: *Collected poems*. Faber and Faber, 1988:208.
- 3 Barnard D. Love and death: existential dimensions of physicians' difficulties with moral problems. *J Med Philosophy* 1988;13:393-409.
- 4 Bakewell S. Wie soll ich leben? oder Das Leben Montaignes in einer Frage und zwanzig Antworten. C.H.Beck, München 2012; 29.
- 5 Nussbaum MC. The fragility of goodness: luck and ethics in Greek tragedy and philosophy. Cambridge University Press, 1986.
- 6 Toulmin S. *Cosmopolis: the hidden agenda of modernity*. University of Chicago Press, 1990.
- 7 Skrabanek P. Risk factor epidemiology: science or non-science? In: *Health, lifestyle, and environment*. Social Affairs Unit, 1991:47-56.
- 8 McCormick J. Fifty years of progress. *J R Coll Gen Pract* 1975;25:9-19.
- 9 Bauman Z. *Alone again: ethics after uncertainty*. Demos, 1994.

Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung!

Bestandene Facharztprüfungen Januar und Februar 2015*

| Name Antragsteller | WbO Beschreibung | Prüfungs-/ Entscheidungs- datum |
|---------------------------------|---|---------------------------------------|
| Dr. med. Svenja Allhorn | FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe | 14.01.15 |
| Eirini Andreou | FA Innere Medizin | 28.01.15 |
| Dr. med. Silvia Angres | FA Innere Medizin | 28.01.15 |
| Soren Arones Gomez | FA Viszeralchirurgie | 24.02.15 |
| Mustafa Baki | FA Orthopädie und Unfallchirurgie | 24.02.15 |
| Dr. med. Johanna Brehm | FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde | 11.02.15 |
| Dr. med. Christian Brett | FA Innere Medizin | 25.02.15 |
| Claudia Brückner | FA Innere Medizin | 28.01.15 |
| Chokri Chenitir | FA Anästhesiologie | 17.02.15 |
| Fenja Dejas | FA Kinder- und Jugendmedizin | 18.02.15 |
| Dr. med. Timm Denecke | FA Nuklearmedizin | 25.02.15 |
| Dr. med. Alexandra Dubbke-Laule | FA Innere Medizin und Schwerpunkt Pneumologie | 21.01.15 |
| Ariane Durst | FA Allgemeinmedizin | 20.01.15 |
| Abdulfatah Elarousi | FA Viszeralchirurgie | 24.02.15 |
| Dr. med. Tobias Erdmann | FA Radiologie | 22.01.15 |
| Dr. med. Mareike Ernst | FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe | 14.01.15 |
| Dr. med. Anders Fagh | FA Innere Medizin | 28.01.15 |
| Alexander Francke | FA Innere Medizin | 25.02.15 |
| Caroline Frei | FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe | 18.02.15 |
| Benjamin Freude-Stephan | FA Orthopädie und Unfallchirurgie | 20.01.15 |
| Dr. med. Saeed Ghani | FA Innere Medizin | 14.01.15 |
| Nils Gilbert | FA Urologie | 24.02.15 |
| Irena Goranova | FA Urologie | 24.02.15 |
| Anna Graf | FA Kinder- und Jugendmedizin | 07.01.15 |
| Marie-Christine Grebe | FA Anästhesiologie | 17.02.15 |
| Dr. med. Astrid Groell | FA Innere Medizin und Nephrologie | 28.01.15 |
| Savvakis Hadjiraftis | FA Augenheilkunde | 11.02.15 |
| Dr. med. Annika Hartwig | FA Neurologie | 24.02.15 |
| Dr. med. Karin Hellner | FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe | 25.02.15 |
| Dr. med. Anne Högemann | FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe | 18.02.15 |
| Tina Holzheimer | FA Allgemeinmedizin | 06.01.15 |
| Reza Hosseini | FA Radiologie | 11.02.15 |
| Dr. med. Andrea Hüfner | FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie | 17.02.15 |
| Dr. med. Mikko Jacoby | FA Anästhesiologie | 17.02.15 |

| Name Antragsteller | WbO Beschreibung | Prüfungs-/ Entscheidungs- datum |
|---|--|---------------------------------------|
| Dr. med. Katleen Just | FA Innere Medizin und Pneumologie | 21.01.15 |
| Dr. med. Fritz Klein | FA Allgemeine Chirurgie | 20.01.15 |
| Anna-Marta Klimiuk | FA Allgemeinmedizin | 17.02.15 |
| Cornelia Klotz-Lommatzsch | FA Allgemeinmedizin | 17.02.15 |
| Dr. med. Sebastian Knauer | FA Innere Medizin und Kardiologie | 11.02.15 |
| Dr. med. Isabelle Knof | FA Innere Medizin | 14.01.15 |
| Dr. med. Katharina Krohn | FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe | 14.01.15 |
| Dr. med. Florian Krüger | FA Innere Medizin | 28.01.15 |
| Dr. med. Jan Krümpelmann | FA Orthopädie und Unfallchirurgie | 20.01.15 |
| Dr. med. Matthias Krusch | FA Innere Medizin | 25.02.15 |
| Maik Lewe | FA Allgemeinmedizin | 06.01.15 |
| Alexander Linevich | FA Innere Medizin | 25.02.15 |
| Dr. med. Sophie Ludwig | FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe | 25.02.15 |
| Dr. med. Franziska Luhn | FA Orthopädie und Unfallchirurgie | 10.02.15 |
| Dr. med. Katrin Vera Lutz | FA Innere Medizin | 28.01.15 |
| Dr. med. Dorte Marenbach | FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe | 14.01.15 |
| Dr. med. Christian Markus | FA Radiologie | 22.01.15 |
| Dr. med. Susan Meier | FA Radiologie | 22.01.15 |
| Frank Meritz | FA Anästhesiologie | 08.01.15 |
| Sebastian Meyer | FA Radiologie | 11.02.15 |
| Dr. med. Moritz Morawski | FA Orthopädie und Unfallchirurgie | 24.02.15 |
| Dr. med. Verena Müller | FA Allgemeine Chirurgie | 20.01.15 |
| Dr. med. Holger Christian Müller- Redetzky | FA Innere Medizin und Pneumologie | 21.01.15 |
| Dr. med. Gregor Muth | FA Innere Medizin | 18.02.15 |
| Dr. med. Fabian Neumann | FA Nuklearmedizin | 25.02.15 |
| Dr. med. Sebastian Ochsenreither | FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie | 14.01.15 |
| Dr. med. Katja Paliege | FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde | 11.02.15 |
| Dr. med. Daniel Panne | FA Anästhesiologie | 15.01.15 |
| Dr. med. Franziska Pauly | FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe | 18.02.15 |
| Dr. med. Jeannette Pietsch | FA Allgemeinmedizin | 20.01.15 |
| Dr. med. Sandra Reifenstein | FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe | 25.02.15 |
| Dr. med. Daniel Rendant | FA Innere Medizin | 18.02.15 |

P E R S O N A L I E N

| Name Antragsteller | WbO Beschreibung | Prüfungs-/ Entscheidungs- datum |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Dr. med. Elke Rodekamp | FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe | 14.01.15 |
| Dr. med. Henrike Rohlfing | FA Viszeralchirurgie | 20.01.15 |
| Iris Rupprecht | FA Viszeralchirurgie | 20.01.15 |
| Janet Ruthenberg | FA Orthopädie und Unfallchirurgie | 20.01.15 |
| Gorki Sacher | FA Anästhesiologie | 15.01.15 |
| Kai Salger | FA Orthopädie und Unfallchirurgie | 20.01.15 |
| Manuela Sallan | FA Innere Medizin | 14.01.15 |
| Basem Salloum | FA Innere Medizin | 14.01.15 |
| Dr. med. Maik Schindler | FA Neurologie | 13.01.15 |
| Dr. med. Anja Schnapauff | FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe | 18.02.15 |
| Dr. med. Konstanze Schöningh | FA Allgemeinmedizin | 20.01.15 |
| Ruben Schurr | FA Orthopädie und Unfallchirurgie | 24.02.15 |
| Priv.-Doz. Dr. Dr. Michal Schweiger | FA Humangenetik | 28.01.15 |
| Dr. med. Laura Spiller | FA Innere Medizin | 25.02.15 |
| Dr. med. Frank Spillmann | FA Innere Medizin und Kardiologie | 11.02.15 |
| Antonia Stahl | FA Allgemeine Chirurgie | 24.02.15 |
| Sarah Sterzing | FA Allgemeinmedizin | 06.01.15 |
| Volker Störmann | FA Anästhesiologie | 08.01.15 |

| Name Antragsteller | WbO Beschreibung | Prüfungs-/ Entscheidungs- datum |
|------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Dr. med. Andrey Tamarkin | FA Anästhesiologie | 17.02.15 |
| Timur Taskesen | FA Haut- und Geschlechtskrankheiten | 25.02.15 |
| Dr. med. Nadja Thierfelder | FA Kinder- und Jugendmedizin | 18.02.15 |
| Dr. med. Ioannis Tsakiris | FA Orthopädie und Unfallchirurgie | 20.01.15 |
| Dirk Ubbmann | FA Anästhesiologie | 03.02.15 |
| Dr. med. Benjamin Unger | FA Innere Medizin | 25.02.15 |
| Dr. med. Egle Vabulaite | FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde | 11.02.15 |
| Dr. med. Tobias Wagner | FA Innere Medizin | 18.02.15 |
| Dr. med. Thomas Wahl | FA Anästhesiologie | 08.01.15 |
| Dr. med. Matthias Wendt | FA Neurologie | 24.02.15 |
| Anika Willloh | FA Allgemeinmedizin | 17.02.15 |
| Dr. med. Stefan Wohlfarth | FA Allgemeinmedizin | 17.02.15 |
| Dr. med. Ann-Sophie Zeisberg | FA Augenheilkunde | 11.02.15 |
| Dr. med. Christina Zielinski | FA Haut- und Geschlechtskrankheiten | 25.02.15 |

** Die Liste ist nicht vollständig. Nur die Namen der Ärztinnen und Ärzte, die uns eine schriftliche Einverständniserklärung für den Abdruck gegeben haben, werden in BERLINER ÄRZTE publiziert. Das Kürzel FÄ ist geschlechtsneutral zu verstehen, auf die Ergänzung des geschlechtsspezifischen Kürzels FÄ wurde verzichtet.*

Die Berliner Ärzteschaft trauert um ihre im Jahr 2014 verstorbenen Kolleginnen und Kollegen

| | | | | |
|------|----------------|--------------------------|----------|----------|
| Frau | Dr. med. | Maria-Ursula Hoheisel | 21.11.21 | 02.01.14 |
| Herr | Dr. med. | Helmut Lautner | 25.01.38 | 04.01.14 |
| Frau | Dr. med. | Elisabeth Bogumil | 07.05.36 | 06.01.14 |
| Herr | Dr. med. | Moneim El-Sayed | 19.09.38 | 14.01.14 |
| Herr | | Frank Schäper | 05.04.63 | 17.01.14 |
| Herr | Dr. med. | Ingo Wolfrom | 11.04.30 | 18.01.14 |
| Herr | Dr. med. | Wolfgang Birkholz | 30.03.45 | 20.01.14 |
| Frau | Dr. med. | Margot Engelmann | 09.07.23 | 22.01.14 |
| Frau | Dr. med. | Ursula Knudsen | 01.06.24 | 22.01.14 |
| Frau | Prof. Dr. med. | Irmgard Schlicht | 24.01.27 | 24.01.14 |
| Frau | Dr. med. | Martha Paatsch | 02.03.30 | 30.01.14 |
| Frau | Dr. med. | Brigitte Dubrau | 24.10.32 | 31.01.14 |
| Frau | Dr. med. | Ursula Lotz | 14.01.28 | 01.02.14 |
| Frau | Dr. med. | Marion Lengsfeld | 16.06.41 | 10.02.14 |
| Frau | | Brit Wassersleben | 07.10.79 | 12.02.14 |
| Frau | Dr. med. | Ingeborg Wagner | 23.09.26 | 13.02.14 |
| Herr | Dr. Dr. med. | Jörg Pelz | 02.09.51 | 13.02.14 |
| Frau | | Eva Mitscherling | 18.07.22 | 15.02.14 |
| Herr | Dr. med. | Heinz Witt | 19.10.39 | 15.02.14 |
| Frau | Dr. med. | Hildegard Merbitz-Hirche | 09.11.17 | 17.02.14 |
| Herr | Prof. Dr. med. | Manfred Meyer | 02.08.28 | 19.02.14 |
| Frau | Dr. med. | Rosemarie Klare | 14.04.26 | 22.02.14 |
| Frau | | Maria Reichelt | 10.02.26 | 24.02.14 |
| Herr | Dr. med. | Erich Jung | 09.12.14 | 26.02.14 |
| Frau | Dr. med. | Barbara Zimmermann | 13.09.65 | 26.02.14 |
| Herr | Dr. med. | Bernhard Henke | 28.01.18 | 27.02.14 |
| Frau | Dr. med. | Brigitte Beyer | 17.11.43 | 01.03.14 |
| Herr | Dr. med. univ. | Helmut Rumler | 22.06.42 | 04.03.14 |
| Herr | | Wolfgang Nebelung | 13.08.43 | 07.03.14 |
| Herr | Dr. med. | Wolfgang Erdmenger | 02.10.44 | 07.03.14 |
| Frau | Dr. med. | Käte Schulz | 16.01.26 | 11.03.14 |
| Herr | | Hartmut Brüger | 27.11.41 | 16.03.14 |
| Herr | Dr. med. | Wolfgang Stoll | 02.08.41 | 17.03.14 |
| Frau | | Johanna Lukosch | 26.04.40 | 18.03.14 |
| Frau | | Dora Pabst-Groll | 11.01.22 | 20.03.14 |
| Herr | Dr. med. | Eberhard Karas | 05.03.18 | 24.03.14 |
| Frau | | Vesna Schneider | 21.11.58 | 24.03.14 |
| Frau | Dr. med. | Eva Ehlert | 04.07.24 | 25.03.14 |
| Frau | | Dora Lewitanus | 20.07.30 | 28.03.14 |
| Frau | Dr. med. | Gisela von Leitner | 20.04.43 | 28.03.14 |
| Herr | Dr. med. | Philipp Bernhardt | 21.09.24 | 29.03.14 |
| Herr | Dr. med. | Rainer Bormann | 28.09.41 | 02.04.14 |
| Herr | Dr. med. | Georg Schmitz | 06.06.21 | 03.04.14 |
| Herr | | Helmut Hess | 06.02.41 | 06.04.14 |

| | | | | |
|------|-------------------------|-------------------------|----------|----------|
| Herr | Prof. Dr. med. | Walter Schilling | 14.07.32 | 07.04.14 |
| Herr | | Unjo Adi Santasa | 15.12.34 | 11.04.14 |
| Frau | | Ursula Ehlers | 10.06.28 | 12.04.14 |
| Herr | Dr. med. | Garrelt Weerts | 26.09.37 | 20.04.14 |
| Herr | | Zwetan Petrow | 04.04.24 | 21.04.14 |
| Frau | Dr. med. | Ingeborg Görke-Staamann | 11.04.19 | 23.04.14 |
| Herr | Dr. med. | Heinrich Gaehtgens | 02.05.13 | 24.04.14 |
| Frau | Dr. med. | Barbara Dehler | 14.01.49 | 25.04.14 |
| Herr | Dr. med. | Günter Eilers | 24.08.25 | 05.05.14 |
| Herr | Dr. med. | Reinhold Eichhorn | 18.03.57 | 07.05.14 |
| Herr | Priv.-Doz. | Gerd Schwietzer | 09.01.49 | 13.05.14 |
| Herr | Dr. med. | Manuel Machholz | 10.05.63 | 14.05.14 |
| Herr | Prof. Dr. med. | Eduard Jorswieck | 23.09.19 | 15.05.14 |
| Frau | Dr. med. | Margot Schultze-Seemann | 09.06.24 | 15.05.14 |
| Herr | | Günter Gruhlke | 14.12.46 | 16.05.14 |
| Herr | Dr. med. | Bernd Dransfeld | 10.11.28 | 27.05.14 |
| Frau | Dr. med. | Waltraut Krankemann | 08.03.31 | 01.06.14 |
| Herr | Dr. med. | Roland Kloock | 25.09.51 | 01.06.14 |
| Herr | Dr. med. | Jean Pierre Kaiser | 03.07.45 | 05.06.14 |
| Herr | Prof. Dr. med. | Walter Briedigkeit | 28.06.32 | 07.06.14 |
| Herr | Dr. med. | Hans Bless | 27.11.49 | 07.06.14 |
| Herr | Dr. med. | Eckhard Rößler | 02.12.42 | 11.06.14 |
| Herr | | Helmut Reinhardt | 21.08.28 | 12.06.14 |
| Herr | Dr. med. | Klaus-Peter Groß | 15.06.48 | 13.06.14 |
| Frau | | Marnie Wismach | 31.01.80 | 13.06.14 |
| Herr | Sanitätsrat Dr. med. | Helmut Fichtner | 04.04.36 | 15.06.14 |
| Frau | Dr. med. | Sigrid Dybowski | 01.04.42 | 15.06.14 |
| Frau | | Dorothea Schüling | 16.09.40 | 17.06.14 |
| Frau | Dr. med. | Annette Lohmann | 25.09.35 | 19.06.14 |
| Herr | Dr. | Jörg Kalinowski | 05.06.48 | 20.06.14 |
| Herr | Prof. Dr. med. Dr. h.c. | Hans-Peter Meißner | 11.01.37 | 24.06.14 |
| Herr | Dr. med. | Reinhard Wullkopf | 01.09.51 | 27.06.14 |
| Herr | Dr. med. | Ludger Wicht | 24.04.58 | 28.06.14 |
| Herr | Dr. med. | Paul Litfin | 05.01.20 | 29.06.14 |
| Herr | Dr. med. | Günter Moch | 24.10.29 | 05.07.14 |
| Frau | | Marie Luise Müller | 05.05.42 | 05.07.14 |
| Frau | Dr. med. | Margarethe Czaika | 13.02.34 | 07.07.14 |
| Herr | Dr. med. | Eberhard Klapötke | 12.09.18 | 17.07.14 |
| Herr | Dr. med. | Horst Teichmann | 07.09.19 | 19.07.14 |
| Herr | Prof. Dr. med. | Werner Kup | 19.04.26 | 20.07.14 |
| Frau | Dr. med. | Ute Schöffner | 08.07.44 | 20.07.14 |
| Herr | Dr. med. | Horst Wendorff | 21.01.20 | 21.07.14 |

| | | | | |
|------|---------------------|---------------------|----------|----------|
| Herr | Dr. med. | Rudolf Ebeling | 24.09.20 | 24.07.14 |
| Frau | Dr. med. | Oda Kundler | 31.07.31 | 24.07.14 |
| Frau | Dipl.-Med. | Renate Weichbrodt | 07.07.40 | 28.07.14 |
| Herr | Prof. Dr. Dr. med. | Reiner Schlaghecke | 26.01.53 | 31.07.14 |
| Frau | Dr. med. | Hildegard Siebert | 04.04.21 | 02.08.14 |
| Frau | Dr. med. | Hedda Lemm | 02.09.44 | 03.08.14 |
| Herr | Dr. med. | Josef Baier | 16.08.32 | 05.08.14 |
| Herr | Dr. med. | Wilfried Häußler | 12.03.42 | 06.08.14 |
| Frau | | Kathrin Blümel | 14.02.50 | 06.08.14 |
| Herr | Dr. med. | Willi Martin | 15.02.45 | 12.08.14 |
| Herr | Dr. med. | Henrik Schierz | 19.04.57 | 15.08.14 |
| Herr | Prof. Dr. med. | Hans-Joachim Merker | 07.10.29 | 17.08.14 |
| Frau | Dr. med. | Gudrun Kadner | 10.05.36 | 18.08.14 |
| Frau | Dr. med. | Margarete Leopoldt | 02.03.43 | 24.08.14 |
| Herr | | Wilhelm Schmidt | 02.07.51 | 30.08.14 |
| Herr | Prof. Dr. med. | Hans-Joachim Dulce | 06.06.27 | 09.09.14 |
| Frau | | Leonore Bumcke | 25.08.23 | 14.09.14 |
| Herr | Dr. med. | Dietrich Hoth | 16.03.39 | 14.09.14 |
| Herr | Prof. Dr. med. | Malte Bühring | 08.01.39 | 18.09.14 |
| Herr | | Werner Schulze | 26.09.60 | 23.09.14 |
| Herr | Priv.-Doz. Dr. med. | Peter Sperling | 16.04.50 | 27.09.14 |

| | | | | |
|------|----------------|------------------------|----------|----------|
| Herr | | Georg Siegle | 10.06.45 | 30.09.14 |
| Frau | Dr. med. | Monika Jochmann | 02.10.32 | 03.10.14 |
| Herr | Prof. Dr. med. | Hans-Joachim Neumann | 15.03.39 | 04.10.14 |
| Herr | Dr. med. | Klaus Baldauf | 13.03.39 | 06.10.14 |
| Frau | Dr. med. | Ruth Furche-Müller | 02.02.31 | 14.10.14 |
| Frau | Dr. med. | Irmtraud Hüttl | 22.08.40 | 15.10.14 |
| Herr | Dr. med. | Michael Tetzner | 04.01.52 | 18.10.14 |
| Herr | Dr. med. | Matthias Konrad | 23.02.58 | 18.10.14 |
| Herr | Dr. med. | Hermann Kipping | 21.12.23 | 20.10.14 |
| Frau | Prof. Dr. med. | Hannelore Hampl | 25.03.40 | 01.11.14 |
| Herr | Dr. med. | Wolfgang Pusch | 15.01.43 | 03.11.14 |
| Frau | Dr. med. | Helga Klask | 29.04.42 | 10.11.14 |
| Herr | Dr. med. | Hein Schirrow | 26.07.40 | 15.11.14 |
| Herr | Dr. med. | Hans-Jürgen Altenbrunn | 03.07.27 | 15.11.14 |
| Frau | Dr. med. | Bärbel Baumann | 17.09.41 | 18.11.14 |
| Herr | | Kurt Krämer | 21.11.50 | 02.12.14 |
| Herr | Dr. med. | Jochen Bangel | 07.01.47 | 04.12.14 |
| Herr | Dr. med. | Horst Rickmann | 03.01.21 | 08.12.14 |
| Herr | Dr. med. | Jürgen Schröter | 31.12.51 | 20.12.14 |
| Frau | | Andrea Berg | 13.02.72 | 27.12.14 |
| Frau | Dr. med. | Lena Kaiser | 16.05.27 | 29.12.14 |
| Herr | Dr. med. | Gerhard Jahnke | 14.08.23 | 30.12.14 |

In Memoriam Hans Helge



Professor Hans Helge wurde am 10. Mai 1930 in Wuppertal geboren. Nach seinem Medizinstudium in Frank-

furt am Main und an der Freien Universität Berlin, wo er auch 1956 (also im Alter von 26 Jahren) promovierte, arbeitete er zunächst bis 1958 am Pathologischen Institut der FU und am Pathologischen Institut der Universität in Kiel. 1958 begann er am Kaiserin Auguste Viktoria Haus (KAVH), der Kinderklinik der Freien Universität, seine Weiterbildung zum Kinderarzt bei Professor Loeschke. Von 1961 bis 1963 ging er zu einem Forschungsaufenthalt an die Johns Hopkins University in Baltimore (USA), wo er seine Passion für die Endokrinologie entdeckte, und schließlich nach Miami. Nach seiner Rückkehr nach Berlin habilitierte er bereits 1968 und ging anschließend bis 1972 als Oberarzt an die Kinderklinik der Universität Heidelberg zu Professor

Bickel. 1972 wurde als bis dahin jüngster Ordinarius auf den Lehrstuhl für Pädiatrie an der Freien Universität zurück ins KAVH berufen.

Durch die Entwicklung selbstständiger und akademisch geleiteter Abteilungen in einer zunehmend spezialisierten Kinder- und Jugendmedizin hat Hans Helge eine zukunftsweisende Entwicklung in Gang gesetzt. Die Ausrichtung des KAVH in ein Department für Kinder- und Jugendmedizin nach angloamerikanischem Vorbild und mit akademische geleiteten Einrichtungen für alle Subdisziplinen und damit ein Höchstmaß an Expertise für die kleinen und größeren Patienten vorzuhalten, hat er vehement vertreten. Er kämpfte unermüdlich dafür, dass neue Professuren geschaffen wurden. Er führte die Kinderklinik im Kollegialprinzip gemeinsam mit einer wachsenden Zahl von Leitern von Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin,

der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinderchirurgie. Dies war Ausdruck einer Persönlichkeit, der die eigene Position und die Macht weniger wichtig waren als das Wohl der Patienten und deren Handeln durch Zurückstellung eigener Interessen und Bescheidenheit geleitet war. Professor Helge hatte eine ausgeprägte Faszination für die immer rascher wachsenden Erkenntnisse der Grundlagenwissenschaften und bearbeitete stets zukunftsweisende und innovative Fragestellungen, wie die Anwendung stabiler Isotope, um nicht invasiv den Stoffwechsel und den Abbau von Medikamenten untersuchen zu können, die Aufklärung der Folgen von Umweltgiften und die teratogene Wirkung von Antiepileptika.

Als Hochschullehrer, Wissenschaftler und Arzt setzte er Maßstäbe sowohl in der wissenschaftlichen Ausrichtung der universitären Kinder- und Jugendmedizin als auch in ihren essentiellen humanitären Grundsätzen. Sowohl Kolleginnen und Kollegen als auch die kleinen Patienten und ihre Familien schätzten sein engagiertes und unbestechliches Eintreten für das Recht der Kinder auf eine bestmögliche Gesundheit. Er bot vielen Kinderärztinnen und -ärzten eine exzellente Ausbildung und stets eine spürbare Unterstützung. Er kämpfte für Bedingungen, die sowohl die Unabhängigkeit der Medizin und die Freiheit von Forschung und Lehre ermöglichen sollten. Es war aber dabei immer sein Bestreben, über die Grenzen von Diszipli-

nen und Berufsgruppen hinweg für das gemeinsame Ziel der Gesundheit aller Kinder und Jugendlichen vollen Einsatz zu leisten. Sein unermüdliches Engagement für alle Patienten und seine persönliche Bescheidenheit sind Vorbild und bleiben Ansporn. Die Berliner Medizin hat einen hervorragenden Arzt verloren, der seinen Dienst am Patienten nicht an einem wissenschaftlichen Ehrgeiz oder gar ökonomischen Interessen ausrichtete, sondern immer das Kind, das ihm anvertraut wurde in den Mittelpunkt seines professionellen Handelns stellte.

Prof. Dr. med. Annette Grüters-Kieslich
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Was sonst noch passierte ...

Delegation: Jein – Substitution: Nein!

44. Symposium für Juristen und Ärzte

Ausübung der Heilkunde – durch wen und wie?

Bei dem Thema kein Wunder: Das Interesse war groß und die Referenten vielversprechend. Nachdem der renommierte Heidelberger Medizinrechtler Jochen Taupitz den Sachverhalt juristisch durchdekliniert hatte, war allen klar, dass die Materie ihre Tücken hat. Ulrich Orlowski als Abgesandter des Gesundheitsministeriums konnte noch in aller Behäbigkeit die ministerielle Sichtweise darlegen, Theo Windhorst, Kammerpräsident von Westfalen-Lippe, markierte aber die von Orlowski getarnten Fallgruben und ließ das Auditorium seine Bedenken und Ängste fühlen, die geweckt werden, wenn

der Arztvorbehalt aufgeweicht wird. Die Berliner Patientenbeauftragte Karin Stötzner verhedderte sich schließlich zeitlich und argumentativ dermaßen, dass der Hinweis der wissenschaftlichen Leiterin auf das kalt werdende Mittagessen vom Auditorium mit dankbarem Applaus zur Kenntnis genommen wurde.

Hugo Van Aken, der Münsteraner Anästhesiologie-Ordinarius analysierte das Übertragen von ärztlichen Leistungen in der Anästhesie und in der Intensivmedizin und deklarierte es sinngemäß als Sorgenverstärkungsprogramm. Ganz nebenbei verwies er darauf, dass der eigentliche Mangel in seinem Fachgebiet nicht an Ärzten sondern an qualifiziertem

Pflegepersonal besteht. Als Kontrastprogramm zu seinem Credo war der Vortrag des Pflegerat-Mitgliedes Thomas Meißner zu erleben, der unverdrossen – auch in der nachfolgenden Diskussion – für einen Modellversuch zur Neuordnung der ärztlichen und pflegerischen Kompetenz warb, ohne irgendeinen Nutzen davon plausibel machen zu können.

Weitere Vorträge hatten die Betrachtung der Probleme von Delegation, Substitution und Assistenz aus unterschiedlichsten Blickwinkeln zum Inhalt und die filigranen Ausführungen mancher Juristen (Stellpflug - !) zu den verschiedenen Rechtsnormen erreichten ganz gewiss die Grenzen des profanen ärztlichen Erkenntnishorizontes. Aber im Resümee dürfte allen klar geworden sein, dass keines der derzeitigen Probleme des Gesundheitswesens dauerhaft durch Delegation, Substitution und Assistenz behoben werden kann und die Juristen können sich auf die Schultern klopfen, weil sie zur Tilgung dieses Irrglaubens wesentlich beigetragen haben. hdm

Im Wendekreis des Leids

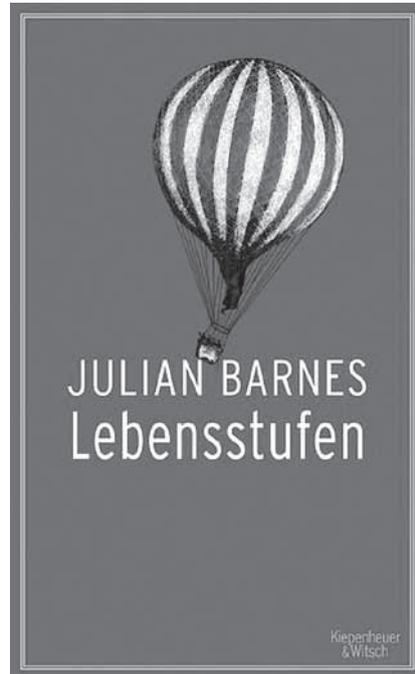
Wir leben auf breiten Stufen, auf „ebenen Bahnen, und doch – und deshalb – streben wir in die Höhe. (...) Die einen schwingen sich mit der Kunst empor, die anderen mit der Religion; die meisten mit der Liebe. Doch wenn wir uns emporschwingen, dann können wir auch abstürzen.“

Julian Barnes „Lebensstufen“ ist ein schmaler blauer Band, „bleu de ciel, die Farbe des Himmels“. Auf dem Cover steigt der bonbonfarbene Heißluftballon in die Lüfte, der Korb mit den winzigen Abenteurern schaukelt beängstigend hintendrein, gehalten von spärlichen Seilen.

Wir folgen dem Autor auf eine Reise, die Route gibt drei Kapitel vor: „Die Sünde der Höhe“, „Auf ebener Bahn“ und „Der Verlust der Tiefe“. Zunächst sind die Begleiter Colonel Fred Burnaby und die Schauspielerin Sarah Bernhardt. Nachfolgend fliegt auch Félix Tournachon, Pionier der Photographie, bekannt unter dem Namen Nadar. „Ballonfahren stand für Freiheit – doch diese Freiheit war der Macht von Wind und Wetter unterworfen (...) Tournachon schrieb, die drei entscheidenden Symbole der modernen Zeit seien Fotografie, Elektrizität und Aeronautik“. Leicht und beschwingt denkt sich die Begeisterung des Aufstiegs, des technischen Fortschritts, als ein „Moment, in dem die Welt erwachsen wurde“, wie Barnes schreibt und sinniert: „Vielleicht kommt die Welt nicht in einem Prozess des Reifens voran, sondern in einem andauernden Zustand der Pubertät, der bebenden Entdeckungen“.

Eine bebende Entdeckung ist alsdann auch die dritte Partie des Buches: Ein Kapitel des Schmerzes. Barnes saugt den Lesenden ein in seinen „Wendekreis des

Leids“. Das, was eben noch das wagemutige Überschreiten der Grenzen war, wird nun der Kampf gegen den Verlust und die Trauer um den Tod seiner Frau Pat Kavanagh. „Wir waren dreißig Jahre



zusammen. Ich war 32, als wir uns kennenlernten, und 62, als sie starb. Mein Herzblut, mein Lebensnerv.“ Sie stirbt 2008 an Krebs. Zwischen Diagnose und Tod lagen 37 Tage.

Barnes hadert, trauert, schreibt. Er klagt und er klagt an, denn niemand lehrt uns, Schmerz in Würde zu tragen. Wir fliegen von Kontinent zu Kontinent, geübt im Umgang mit Kränkungen, Wut und Einsamkeit sind wir jedoch nicht: „Wir können schlecht mit dem Tod umgehen, diesem banalen, einzigartigen Ereignis; wir können ihn nicht mehr als Teil eines übergeordneten Musters begreifen.“

Krankheit und Verlust sind in Lebensentwürfen nicht vorgesehen. „Die Sünde der Höhe“, der Traum vom Ballonfliegen, das Streben nach dem Überblick – ja! Auch das Herumtrödeln „Auf ebenen Bahnen“, gemeinsame Wandertouren,

das Glück des täglichen Miteinander-teilens ... Aber was geschieht mit uns im „Verlust der Tiefe“, wenn das Leid über uns hereinbricht, „weil jede Liebesgeschichte eine potenzielle Leidensgeschichte ist“? Und wie fühlt man sich? „Als wäre man aus ein paar Hundert Metern Höhe abgestürzt, bei vollem Bewusstsein, wäre mit den Füßen voran mit solcher Wucht in einem Rosenbeet gelandet, dass man bis zu den Knien darin versank, und beim Aufprall wären die Eingeweide zerrissen und aus dem Körper herausgeplatzt. So fühlt sich das an (...)“.

The Independent empfiehlt, dass jeder, der einen geliebten Menschen verloren hat und leidet, oder jeder, der leidet, das Buch lesen sollte. Und noch mal lesen. Und nochmal.

Vielleicht sollte man nach der Lektüre von Barnes' „Lebensstufen“ aber auch wie Sarah Bernhardt und Fred Burnaby mit einer Flasche Champagner in die Lüfte steigen, denn warum streben wir ständig nach Liebe? „Weil in der Liebe Wahrheit und Magie zusammentreffen. Wahrheit wie bei der Fotografie, Magie wie bei der Ballonfahrt“.

Ulrike Hempel

Zur Person des Autors:

Julian Barnes, geboren 1946, erhielt zahlreiche europäische und amerikanische Literaturpreise, 2011 wurde er mit dem Man Booker Prize ausgezeichnet.

Er hat ein umfangreiches erzählerisches Werk vorgelegt, u.a. die Romane Flauberts Papagei, Darüber reden und Arthur & George. Sein Roman „Vom Ende einer Geschichte“ verkaufte sich über 130.000 Mal.

Julian Barnes: Lebensstufen, Originaltitel: Levels of Life, aus dem Englischen von Gertraude Krueger, Verlag Kiepenheuer & Witsch, Köln 2015, ISBN: 978-3-462-04727-1 144 Seiten, gebunden, Euro 16,99 [D]

BERLINER ÄRZTE

4/2015 52. 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.
Michaela Braun (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 Sehestern

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: Quintessenz Verlags-GmbH
Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin, Telefon: 030 76180-5
Telefax: 030 76180-680, www.quintessenz.de
Geschäftsführung: Dr. h. c. H.-W. Haase /
Dr. A. Ammann / C. W. Haase

**Anzeigenverwaltung
Leipzig:** Paul-Grüner-Str. 62, 04107 Leipzig,
leipzig@quintessenz.de
Anzeigendisposition: Melanie Bölsdorff
Telefon: 0341 710039-93, Telefax: 0341 710039-99
boelsdorff@quintessenz.de

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

Es gilt die Anzeigenpreisliste 2015, gültig ab 01.01.2015.

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 € 84,50 inkl. Versandkosten, Patenschaftsabo Berlin-Brandenburg € 57,00 inkl. Versandkosten, im Ausland € 84,50 (zzgl. Versandkosten). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 5,80 zzgl. € 2,50 Versandkosten.

ISSN: 0939-5784

Copyright © by Quintessenz Verlags-GmbH, 2015