

Bringen Sie sich ein!

Die Berliner Ärztinnen und Ärzte haben ihre Berufsvertretung gewählt. Nach vier Jahren steht die Zusammensetzung einer neuen Delegiertenversammlung fest (lesen Sie dazu den Bericht auf Seite 22). Allzu viel hat sich nicht geändert: Die Kräfteverhältnisse bleiben in etwa gleich. Der „Marburger Bund“ konnte einen Sitz gewinnen, die „Fraktion Gesundheit“ musste einen Sitz abgeben. Alle anderen Listen konnten ihre Stärke halten. Ein Stück Kontinuität in stürmischen Zeiten.

Doch ein Ergebnis der Wahl stimmt besonders nachdenklich: Die Wahlbeteiligung von lediglich 38,6 Prozent. Nur 9713 der 25.139 stimmberechtigten Berliner Ärztinnen und Ärzte haben die Möglichkeit genutzt, ihre eigene Berufsvertretung zu wählen. Seit der Wiedervereinigung ist die Wahlbeteiligung bei der Kammerwahl kontinuierlich zurückgegangen. Zuletzt, vor vier Jahren, lag sie bei 42,2 Prozent.

Woher rührt diese beunruhigende Wahlmüdigkeit? Liegt es an der allgemeinen Politikverdrossenheit, von denen alle Wahlen landauf, landab inzwischen betroffen sind? Dies mag ein Grund sein. Doch sollte man nicht meinen, dass gerade in Zeiten, in denen die Ärztinnen und Ärzte zu Zehntausenden auf die Straße gehen, um für ihren Beruf und ihre Patienten zu demonstrieren, ein großes Interesse daran bestehen müsste, eine starke Vertretung zu wählen?!



Foto: privat

Sascha Rudat

ist Sprecher der Ärztekammer Berlin und leitender Redakteur von BERLINER ÄRZTE

Woher rührt also das geringe Interesse an der Kammerwahl? Möglich ist, dass sich die Mediziner in jüngster Zeit einerseits in einem Maße für ihre Rechte eingesetzt haben, wie es in der Vergangenheit undenkbar gewesen wäre, dann aber andererseits merken mussten, dass ihre berechtigten und vernünftigen Forderungen quasi ungehört im Nirwana der Großen Koalition verhallten. Mehr noch, sie wurden und werden von der Regierung bezichtigt, es ginge ihnen nur ums Geld. Mit Entsetzen und Erstaunen mussten die Ärzte miterleben, dass sich die Große Koalition um des Machterhalts Willen vollkommen beratungsresistent zeigte.

Denn auch das ist Demokratie: Wenn zwei so genannte „Volks“-parteien sich wider besseres Wissen (zumindest bei Teilen der Parlamentarier) auf den größten anzunehmenden Murks verständigen und diesen dann gegen die berechtigten Einwände aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen durchsetzen. Ein schwacher Trost bleibt: Keine Mehrheit hält ewig. Doch dazu muss man wählen gehen.

Die geringe Wahlbeteiligung ist aber auch ein Indiz dafür, dass viele Ärztinnen und Ärzte in Berlin offenbar zu wenig Nutzen in ihrer Kammer sehen. Viele stellen sich vermutlich die Frage: Wozu brauche ich eine Ärztekammer? Um ärztliche Entscheidungen auch künftig dort zu lassen, wo sie hingehören – in

ärztliche Hände nämlich, muss man ihnen antworten. Die Aufgaben der Ärztekammer Berlin sind vielfältig und werden von Jahr zu Jahr mehr: Fortbildung, Weiterbildung, Ausbildung der Medizinischen Fachangestellten, Qualitätssicherung, Ethik und Berufsrecht sowie berufspolitische Einschätzungen und Stellungnahmen, um nur einige Aufgaben zu nennen. Nach einigen dieser wichtigen Felder streckt die Politik mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz bereits ihre Hände aus. Die schleichende Zersetzung der KVen ist ein Warnsignal. Die Politik will alle Stellschrauben im Gesundheitswesen kontrollieren. Die ärztliche Selbstverwaltung droht zur Staatsverwaltung zu verkommen. Dies kann nur durch einen breiten Rückhalt der Ärztinnen und Ärzten verhindert werden!

Demokratie lebt von Mitwirkung, Streit, Einmischung. Man vertritt eine Meinung, verteidigt diese und muss in der Regel Kompromisse eingehen. Es gehört auch dazu, Niederlagen einzustecken. Nur so sind Veränderungen möglich. Resignation mag verständlich sein, hilfreich ist sie nicht. Sonst macht sich ein Gefühl der Ohnmacht breit. Die Herausforderungen für die Ärzteschaft werden in diesem Jahr nicht weniger werden. Deshalb: Bringen Sie sich ein!

Ein gesegnetes Neues Jahr wünscht

Sascha Rudat



TITELTHEMA.....

Abschied vom tief ausgeschnittenen Sommerkleid

Wie Frauen die Mastektomie erleben. Und was Ärzte und Psychotherapeuten ihnen an Unterstützung anzubieten haben.

Von Adelheid Müller-Lissner.....14

EDITORIAL.....

Bringen Sie sich ein!

Von Sascha Rudat.....3

BERLINER ÄRZTE aktuell.....6

Bundesinstitute laden zu ihrer jährlichen Fortbildung ein.....11

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

Berliner Ärzte haben gewählt

Bericht von der Wahl zur 12. Delegiertenversammlung.

Von Sascha Rudat.....22

Delegierte ändern Gebührenordnung in der Weiterbildung

Bericht von der Delegiertenversammlung am 29. November 2006.

Von Sascha Rudat.....25

Gesundheit von Kindern und Jugendlichen unter der Lupe

Interview mit Dr. Bärbel-Maria Kurth.....26

Klinikvergleiche auf dem Prüfstand

Von Adelheid Müller-Lissner29

Berliner Gynäkologen besuchen Kollegen in Baku.....31

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen..... 10

Fortbildungskalender

Fortbildungsveranstaltungen der Ärztekammer Berlin.....20

PERSONALIEN.....

Zum Tode von Hansgeorg Weyer.....32

FEUILLETON.....

Grips-Theater für Große

Das Grips-Theater hat Aldous Huxleys beklemmende Utopie „Brave new world“ auf Berliner Verhältnisse adaptiert. Viele seiner Zukunftsbeschreibungen erscheinen heute erschreckend real.

Von Rosemarie Stein.....33

Impressum 42



Edward Munch, Die Einsame (1896)

Berliner Gesundheitsorganisationen wehren sich gegen „Reform“

Bundesweit haben am 4. Dezember alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen gegen das so genannte GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz (GKV-WSG) mobil gemacht. Unter dem Motto „Patient in Not – diese Reform schadet allen“ machten Ärzte, Psychotherapeuten, Apotheker, Zahnärzte, Krankenhäuser, Pflegekräfte und Medizinische Fachangestellte mit vielfältigen Aktionen und Informationsveranstaltungen auf die drohenden Einschnitte durch das Reformvorhaben aufmerksam. In Berlin beteiligte sich rund die Hälfte der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte an den Protesten, in zahlreichen Krankenhäusern wurden die Patienten über die absehbaren Missstände informiert. Die KV Berlin und der Hartmannbund boten an diesem Tag Fortbildungsveranstaltungen an.

In einer gemeinsamen Pressekonferenz am 1. Dezember erläuterten die Berliner Gesundheitsorganisationen, weshalb sie das GKV-WSG geschlossen ablehnen. Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz machte auf die besondere Situation in der Hauptstadt aufmerksam: Einerseits fehle durch die hohe Arbeitslosigkeit Geld im Gesundheitswesen, andererseits leben in Berlin überdurchschnittlich viele kranke Menschen bedingt durch Arbeitslosigkeit und Armut. Als Beispiele nannte er psychische Erkrankungen, Suchtkranke und eine hohe Zahl HIV-Infizierte (rund 15% alle deutschen Infizierten leben in Berlin). Damit verbunden sei ein hoher Behand-



lungsbedarf, der bislang in der Hauptstadt sichergestellt werden konnte. Durch das GKV-WSG drohen nun Einschnitte in vielen Bereichen, die Patientinnen und Patienten in Berlin zu spüren bekommen werden. „Dieses Gesetz löst keine Probleme, sondern schafft nur neue“, betonte Jonitz. Die Versorgung werde teurer, unsicherer und schlechter.

Der stellvertretende Vorsitzende der Berliner Krankenhausgesellschaft, Hans-Jürgen Reinecke, warnte vor den Folgen der geplanten einprozentigen Budgetkürzungen für die Kliniken. Alleine 2007 gingen den Berliner Krankenhäusern dadurch rund 26 Millionen Euro verloren. Personalkürzungen seien dann kaum vermeidbar. Etwa 470 Ärzte oder 700 Pflegekräfte würden durch diesen Betrag derzeit finanziert, rechnete Reinecke vor. Auswirkungen auf die Patienten seien dann unver-

meidbar. Burkhard Bratzke, Vorstandmitglied der KV Berlin, sah vor allen Dingen Menschen in den sozial schwachen Kiezen, die einen besonders hohen medizinischen Bedarf haben, von den Auswirkungen des Reformvorhabens betroffen. „Die Praxis um die Ecke wird es nicht mehr geben, die freie Arztwahl wird eingeschränkt“, prognostizierte er.

Auf die Folgen für die Medizinischen Fachangestellten wies Sabine Rothe, Präsidentin des Verbandes medizinischer Fachberufe, hin. An den Arztbudgets hingen ja meist auch mehrere Angestellte. An dieser Stelle werde bei immer knapper werdenden Mitteln zuerst gekürzt. Die Stellenkürzungen hätten dann auch weniger intensive Patientenkontakte zur Folge. Statt den ambulanten Bereich immer mehr unter Druck zu setzen, sollten vielmehr die Kompetenzen der Medizinischen

Fachangestellten für eine qualitativ hochwertige Medizin am Patienten erhöht werden, forderte Rothe.

Die Stellungnahme der Ärztekammer Berlin finden Sie im Internet unter www.aerztekammer-berlin.de/10Aktuelles/15meldungen/0272_PressekonfAktionstag.htm

Fehlerteufel

Falscher Vorname

Versehentlich haben wir im Artikel „MUT feiert 15-jähriges Bestehen“ (BERLINER ÄRZTE 12/2006) MUT-Geschäftsführerin Dr. Helga Schick den falschen Vornamen gegeben. Für diesen Fehler entschuldigen wir uns vielmals.

ANZEIGE



♥ **SYMPATHISCH**
● **ZUVERLÄSSIG UND FAIR**
► **ERFOLGREICH**

Freuen Sie sich schon auf Ihren ALBIS Praxiscomputer?

ALBIS 
Berlin Praxiscomputer

... in Berlin-Grunewald: 030 / 80 99 710
... in Hoppegarten b. Berlin: 03342 / 368 430

»Wo Berlin ist, ist vorn!«

pflegt der Präsident der Ärztekammer Berlin gelegentlich zu sagen.

Etwa wenn die Berliner Ärzteschaft mit professioneller Kenntnis und sicherem Gefühl Entwicklungen etwas früher erkennt und damit gelegentlich Vorreiter ist.

Nach einer gewissen Schamfrist räumen dann gelegentlich auch andere ein: „s.o.“

So nun offensichtlich auch der Präsident der Bundesärztekammer, der in Sachen E-Health nachverhandeln will und in der „Süddeutschen Zeitung“ zitiert wird, er würde andernfalls das Projekt „wegen unerträglicher Kostenbelastung boykottieren“.

2003 war er noch der Meinung, es müsse „bei einer Zeitenwende hin zu einer neuen, elektronischen Welt eine Richtungsentscheidung auch dann erfolgen können, wenn die Kosten-dimension ... noch nicht bis ins Letzte abschätzbar sei“. Gegen die Stimme Berlins hat die Bundesärztekammer noch im Sommer 2004 den Beschluss gefasst, dass „die im Zusammenhang mit der Herausgabe elektronischer Arztausweise entstehenden Kosten, durch zusätzliche Gebühren ihrer Mitglieder aufgebracht werden müssen“. Die Berliner Haltung war immer klar und ist Beratungsgegenstand von Vorstands- und Delegiertenversammlungen gewesen: „keine unkalkulierbaren Kosten für unsere Mitglieder.“ Darauf wurde auch in BERLINER ÄRZTE wiederholt hingewiesen. Die Berliner Ärzteschaft verschließt sich keineswegs neuen Entwicklungen, im Gegenteil. Sie hat aber dabei den gebotenen vorsichtigen Umgang mit einer – den Ärzten ja eher unbekannten – komplizierten Rechts- und IT-Materie immer im Blick. Wenn Anfang Dezember in der „Financial Times“ die Industrie die Selbstverwaltung vor Verzögerungen bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte warnt, da es um „die Schaffung eines neuen Marktes und damit um Standortpolitik“ gehe, sollte auch der Letzte hellhörig werden. Er sollte auf die Stimmung in der Ärzteschaft achten, anstatt sich mit genau dieser Industrie fortschrittsfreundlich ablichten zu lassen....

Was nun den Fortgang von Telematik, e-card und elektronischem Arztausweis betrifft, natürlich sind wir dabei. Aber da kann man nur zur Weiterentwicklung sine ira et studio raten.

Es gibt das Gesetz zu Organisationsstruktur der Telematik im Gesundheitswesen. Es gibt die Verordnung über Testmaßnahmen für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (und die ist auch nötig, denn es geht um richtig viel Geld). In einem geordneten Verfahren haben sich auf o. g. rechtlicher Grundlage Testregionen gebildet. Bremen ist zwar mit Blick auf die Kosten ausgestiegen, Hessens Ärzteschaft hat ebenfalls Ablehnung beschlossen, NRW stellt Nachforderungen, und dem Vernehmen nach haben auch andere Zweifel. Gleichwohl, einige sind dabei, machen angeblich durchaus Fortschritte. Und wenn dann Ergebnisse auf dem Tisch liegen, kann die Ärzteschaft unter Wahrung der Patienten- und der legitimen eigenen Interessen Weichen stellen für ihre Investitionen. Warten wir die Ergebnisse ab und stürzen uns nicht in zusätzliche Risiken. Solange erfragen wir die persönlichen Anamnese-Daten direkt beim Patienten, greifen bei Netzstörungen zu unseren eigenen Aufzeichnungen (Papier oder elektronisch) und benutzen in der Apotheke oder sonst wo einfach unseren guten alten Arztausweis? Nun, ganz so heil ist die Welt natürlich nicht, aber ganz so antiquiert ja auch nicht. Schon heute erhält der Arzt bestimmte Informationen in digitaler Form, kann schon heute dem Patienten für ihn und den weiterbehandelnden Kollegen zum Beispiel Bilder und Berichte in digitaler Form mitgeben. Zustimmung des Patienten ist dabei gegeben, Datenschutz eingehalten. Es sind die Bedürfnisse der Patienten und Ärzte um die es geht, (Weiter-)entwicklungen sind unabdingbar, aber sie müssen aufbauen auf täglichen Erfahrungen in Klinik und Praxis. Dort müssen Ziele definiert und Wege aufgezeigt und auch neue gegangen werden. Von oben verordneter überhasteter durchgedrückter so genannter Fortschritt hilft nicht, schadet nur. Die Zeitenwende hin zu einer neuen elektronischen Welt kommt ohnehin schneller als man denkt. Auch ohne Sonderopfer für Ärzte. G.A.

Malteser Migranten Medizin

Ultraschallgerät gesucht Die Praxis für Migranten ohne Papiere und Menschen ohne Krankenversicherung sucht dringend ein Ultraschallgerät. Das Projekt Malteser Migranten Medizin (MMM) in Berlin-Wilmersdorf bietet Menschen, die keine Krankenversicherung haben, medizinische Beratung und Behandlung. Für diese Arbeit in der Praxis wird jetzt ein ausgemustertes, aber noch funktionstüchtiges und nicht zu altes Ultraschallgerät gesucht, das von einem Krankenhaus oder einer Praxis kostenlos abgegeben wird. Bitte melden! Kontakt: Dr. Adelheid Franz, Malteser Migranten Medizin, Aachener Str. 12, 10713 Berlin-Wilmersdorf. Tel.: 030/82 72 26 00, dienstags, mittwochs und freitags von 9 bis 15 Uhr, E-Mail: MMMedizin@aol.com

WIR WÜNSCHEN

ALLEN EINEN

GUTEN START

INS NEUE JAHR!

Auch in 2007
stehen wir Ihnen
bei juristischen Fragen
gerne mit
Rat und Tat
zur Seite.

Ihre
Rechtsanwaltskanzlei

DR. SCHMITZ & PARTNER
RECHTSANWÄLTE

Kurfürstendamm 92 · 10709 Berlin
Tel.: (0 30) 329 00 4 - 0
anwalt@drschmitz.de

Erstberatung telefonisch unter:
09001 / 72 4 968 RA 4 You
(1,99 €/Min. aus dem Festnetz der Deutschen Telekom)

Vertrauensanwälte der Stiftung Gesundheit



Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

HELIOS Klinikum Berlin-Buch

Neuer Chefarzt der Klinik für Kinder- und

Jugendmedizin ist Professor Dr. Lothar Schweigerer, bisher Leiter der Abteilung Pädiatrie I am Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin der Georg-August-Universität Göttingen. Schweigerer ist somit Nachfolger von Dr. Barbara Distler (kommende Leiterin der I. Klinik für Kinder und Jugendmedizin) sowie Priv. Doz. Dr. Monika Schöntube (II. Klinik für Kinder und Jugendmedizin). Die beiden Bucher Kinder- und Jugendkliniken waren im Frühjahr 2006, nach dem Ausscheiden von Dr. Schöntube in den Ruhestand, zusammengelegt worden.

Vivantes Krankenhaus Am Urban

Professor Dr. Klaus Peter Hellriegel, langjähriger

Chefarzt und Leiter des Bereiches Hämatologie und Onkologie wird Anfang des Jahres in den Ruhestand verabschiedet. Als Nachfolger wird Professor Dr. Jörg Beyer, ehemals Medizinischer Direktor der Oberschwaben Klinik GmbH, am 1.2.2007 seine Nachfolge antreten.

Vivantes Klinikum Neukölln

Seit dem 1.12.2006 wird die Klinik für Neurochirurgie von

Priv. Doz. Dr. Andreas Jödicke geleitet. Er trat die Nachfolge von Professor Jan Zierski an, der am 30.9.2006 in den Ruhestand ging. Jödicke war leitender Oberarzt der Neurochirurgischen Klinik des Universitätsklinikums Gießen und Marburg.

Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Chefarztpositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause.
Tel. 40 80 6-4100/-4101, Fax: -4199.
E-Mail: e.piotter@aekb.de oder s.rudat@aekb.de

Leserbriefe



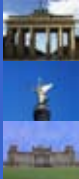
Arzneimittel(des)information BERLINER ÄRZTE 12/2006

Lob und Dank, dass Sie endlich so kritisch, kompetent und informativ die Praktiken der Pharmaindustrie in einem Schwerpunktthema aufgegriffen haben. Dieser Schritt war m. E. lang überfällig. Gegenüber Desinformation und Lobbyismus/Käuflichkeit hilft - nicht nur, aber in erster Linie - Aufklärung/Aufdeckung. Obwohl für Eingeweichte nichts Neues haben Sie einen wesentlichen Beitrag dazu geleistet. Arzneimittelforschung und Produktion muss stärker am wirklichen Bedarf ausgerichtet werden. Hier gibt es weltweit eine wachsende kritische Diskussion einschließlich der WHO (vergleiche „Arzneimittelforschung - Plädoyer für eine Wissenschaft im öffentlichen Interesse“, hrsg. von BUKO Pharmakampagne und medico international) mit Forderungen für einen Richtungswechsel in der Forschungspolitik, bekannt unter dem Konzept Arzneimittel als

„Allgemeines Gut“. Es existieren bereits eine Reihe Vorschläge und auch konkrete Alternativen (z.B. DNDI = Drugs for Neglected Disease Initiative). Die Pharmaindustrie - gemessen an dem wirklichen Bedarf der Menschen - ist eine der ineffizientesten Industrien - und legt der Allgemeinheit immense nicht notwendige Kosten auf, die zu Lasten der Versicherten und auch anderer Leistungserbringer, z.B. Ärzte, im Gesundheitswesen geht. Diese Rolle der Pharmaindustrie sollte mehr und mehr zum öffentlichen Thema werden. Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie in einem Ihrer nächsten Hefte dieses Thema um die oben skizzierten Punkte erneut aufgreifen und ergänzen würden. (...)

Dr. med. Dieter Lehmkuhl,
13467 Berlin
Ehemaliger Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes Reinickendorf

ANZEIGE



KORTE

RECHTSANWÄLTE

Prof. Dr. Niels Korte**
Marian Lamprecht*
Constanze Herr*

Absage durch Hochschule oder ZVS? - Klagen Sie einen Studienplatz ein!

Wir haben seit 1998 zahlreiche Mandate im Bereich Hochschulrecht erfolgreich betreut. Unsere Kanzlei* liegt direkt an der Humboldt-Universität. Prof. Dr. Niels Korte lehrt selbst an einer Berliner Hochschule.

Entfernung spielt keine Rolle - wir werden bundesweit für Sie tätig.

*Unter den Linden 12
10117 Berlin-Mitte

24-Stunden-Hotline: 030-226 79 226
www.studienplatzklagen.com

Achtung: Fristablauf für Sommersemester zum Teil schon Mitte Januar!

**Rudower Chaussee 12
12489 Berlin-Adlershof

www.anwalt.info
Fax 030-226 79 661
kanzlei@anwalt.info

Typ-2-Diabetes

NVL Netzhautkomplikationen beschlossen

Die Nationale Versorgungs-Leitlinie „Typ-2-Diabetes, Prävention und Therapie von Netzhautkomplikationen“ ist am 24. November 2006 als offizielle Leitlinie der Bundesärztekammer beschlossen worden. An der Erstellung der NVL waren Vertreter von fünf Fachgesellschaften beteiligt. An der Konsentierung der NVL beteiligten sich die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AKDAE), sowie die Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V., die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM), die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM - im NVL Typ-2-Diabetes Verfahren vertreten durch die DDG), die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft e.V. und die Fachkommission Diabetes Sachsen.

Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL) sind evidenzba-

sierte ärztliche Empfehlungen für Disease Management und Integrierte Versorgung. Sie werden im Rahmen des Programms für Nationale VersorgungsLeitlinien von Bundesärztekammer, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und Kassenärztlicher Bundesvereinigung erarbeitet. Download der NVL „Typ-2-Diabetes, Prävention und Therapie von Netzhautkomplikationen“, Kitteltaschenversion, Implementierungshilfen und weitere Materialien unter: www.versorgungsleitlinien.de/themen/diabetes2/dm2netz-haut/index.html

Daneben ging kürzlich die PatientenLeitlinie COPD nach Abschluss einer zweimonatigen öffentlichen Konsultationsphase online. Damit liegt neben der NVL COPD liegt nun auch eine Entscheidungshilfe



für Patienten vor. Die Besonderheit an dieser Patienten-Leitlinie ist, dass sie nicht von Experten, sondern unter Mitarbeit von Patientenvertretern entwickelt wurde. Beteiligt waren Vertreter des Deutschen Allergie- und Asthmabundes e.V., des Forum für chronisch kranke und behinderte Menschen im Paritätischen, der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. und der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthil-

fegruppen. Die PatientenLeitlinie zur NVL COPD „übersetzt“ die ärztliche Leitlinie für Patienten. Anfang 2007 wird die PatientenLeitlinie auch in gedruckter Form (Deutscher Ärzte-Verlag) über den Buchhandel zu beziehen sein.

Weitere Informationen unter: www.versorgungsleitlinien.de/themen/copd/index.html

ANZEIGEN

ARZT- UND MEDIZINRECHT

Dr. Marc Christoph Baumgart
Rechtsanwalt

Kurfürstendamm 42
10719 Berlin

Tel. 88 62 49 00

Fax: 88 62 49 02

www.ra-baumgart.de

m.c.baumgart@t-online.de

LINDEMANN & SCHMIDT

RECHTSANWÄLTE

RA Michael Lindemann

Schwerpunkt: Arbeitsrecht
Beratung und Vertretung in allen arbeitsrechtlichen Angelegenheiten

Weitere Schwerpunkte:

Mietrecht
Gewerbe und Wohnen

Fachanwalt für Miet- und Wohnungseigentumsrecht

RA Wolfgang Schmidt

Fachanwalt für Familienrecht
insbesondere Scheidungen
Fachanwalt für Verwaltungsrecht

Albrechtstraße 12 · 12167 Bln-Steglitz
Telefon 030 · 79 00 68 0
www.raelus.de

Personalien I

Ludwig löst Müller-Oerlinghausen ab

Professor Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig ist neuer Vorsitzender der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (AkdÄ). Der 54-jährige Internist, Onkologe und Hämatologe löst damit Professor Dr. med. Bruno Müller-Oerlinghausen ab, der den AkdÄ-Vorstand seit 1994 geleitet hatte. Ludwig gehört dem siebenköpfigen Gremium seit 2002 an. Ludwig, der leitender Arzt an der Robert-Rössle-Klinik des Helios-Klinikums Berlin-Buch ist, beschäftigt sich seit vielen Jahren mit Fragen rund die Verordnung von Arzneimitteln. Seit Anfang 2006 ist Ludwig Mitherausgeber des unabhängigen Informationsdienstes „Der Arzneimittelbrief“. Lesen Sie dazu auch die Titelgeschichte in Heft 12/2006.

Personalien II

Volkmar Schneider geht in den Ruhestand

Der Leiter des Instituts für Rechtsmedizin der Charité, Professor Dr. med. Dr. h.c. Volkmar Schneider (65), geht in den Ruhestand. Sein Nachfolger wird Professor Dr. med. Michael Tsokos, der ebenso auch das Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin leiten wird. Nach Angaben der Charité werden derzeit die beiden Institute an einem Standort in Moabit zusammengezogen, um die Synergien besser nutzen zu können. Der 39-jährige Tsokos war bisher als Oberarzt an der Hamburger Rechtsmedizin tätig. Schwerpunkt seiner Forschungstätigkeit ist der postmortale Nachweis von Infektionskrankheiten.

*Digitoxin***Intoxikation**

Kardiale (Arrhythmien) und gastrointestinale (Übelkeit, Erbrechen mit Exsiccose, Appetitlosigkeit) Symptome können Zeichen einer in jedem Lehrbuch erwähnten chronischen Digitalisintoxikation sein. Dennoch kommt es in der Praxis immer wieder zu Digitalisüberdosierungen. Eine 96-Jährige mit einem Körpergewicht von circa 40 kg und einer Therapie mit 0,07 mg

Digitoxin/d musste nach 5 Monaten mit obigen Symptomen in ein Krankenhaus eingewiesen werden. Dort wurde ein Digitoxinblutspiegel von 46 µg/l festgestellt (ab 30 µg/l toxisch). Wegen ihres schlechten Gesundheitszustandes verstarb die Patientin nach 3 Tagen. Der Hausarzt wurde zu einer hohen Geldstrafe wegen fahrlässiger Tötung rechtskräftig verurteilt.

Quelle: Fallbericht der Ärztekammer

Anmerkung: Risikokommunikation ist auch (oder besonders?) in der Medizin sinnvoll. Was lehrt dieser Fall?

1. Dosierungsempfehlungen der Hersteller können nicht als allgemein gültig angesehen werden (hier: sehr hohes Lebensalter und unterdurchschnittliches Körpergewicht sprechen für eine wöchentliche sog. „Digitalispause“)
2. Bei chronisch kranken Patienten mit einer medikamentösen Dauertherapie muss in differenzialdiagnostische Erwägungen immer auch die Möglichkeit einer unerwünschten Arzneimittelwirkung (UAW) einbezogen werden. Dies gilt insbesondere bei Risikogruppen wie hohes Alter, bei Änderungen der Lebensumstände und bei konkurrierenden, akut auftretenden Erkrankungen.

*„Unkonventionelle Antidiabetika“***Empfehlung durch Ärzte?**

Unkonventionelle Therapien sind derzeit Mode, nicht zuletzt bedingt durch unkritische Aussagen in der Laienpresse und insbesondere im Internet. Eine zurückhaltende Bewertung einiger für Zuckerkrankte beworbenen Produkte:

Zimt: Grundsätzlich günstige Beeinflussung, jedoch in viel höheren Dosen als bei der Anwendung als Gewürz, für eine Zulassung als antidiabetisches Arzneimittel nicht genügend Daten. CAVE: Cumarin-Gehalt!

Bittermelone: Grundsätzlich günstige Beeinflussung, randomisierte Studien stehen aus.

Gurmar aus der ayurvedischen Medizin: Experimentell günstige Beobachtungen auf die Blutglukose, keine Studien.

Vanadium: Experimentell blutzuckersenkend, jedoch erhebliche

gastrointestinale Nebenwirkungen, derzeit keine toxisch unbedenkliche Darreichungsform vorhanden.

Chrom: Kein Effekt nachgewiesen.

Kaffee: Dosis-Wirkungsbeziehung einer Reduktion des Diabetesrisikos (Verminderung des Blutglukoseanstieges) nachweisbar, jedoch kardiovaskuläre Risiken.

Ethylalkohol: Mäßiger Alkoholkonsum (maximal ein halbes Glas Wein/d) vermindert Diabetesinzidenz, bei höheren Dosen gegenwärtige Wirkung, Totalabstinenz hat keinen Effekt

Grundsätzlich gilt:

- aktive Empfehlungen für diese Substanzen sollten nicht abgegeben werden,
- keine Einnahme ohne Wissen des behandelnden Arztes (Nachfrage beim Patienten),
- bei therapiepflichtigem Diabetes kein Ersatz für orale Antidiabetika.

Quelle: Dtsch. Apo. Ztg. 2006; 70: 120

Anregungen, Vorschläge und insbesondere kritische Anmerkungen aus Praxis und Klinik zu den Artikeln dieser Serie sind ausdrücklich erwünscht.

Dr. Günter Hopf, ÄK Nordrhein, Tersteegenstr. 31, 40474 Düsseldorf, Tel.: 0211 4302-1589, Fax: -1588, E-Mail: dr.hopf@aekno.de

Nachdruck aus dem Rheinischen Ärzteblatt 1/2007

A
N
Z
E
I
G
E

MedConsult

Wirtschaftsberatung für medizinische Berufe

Praxisverkauf

- Praxiswertermittlung
- Kauf- und Mietvertragsabwicklung
- Vermittlung von Kaufinteressenten
- Unterstützung bei Vertrags-Arztstizzausschreibungen

Praxiskauf

- Niederlassungsberatung
- Finanzierungsvermittlung
- Versicherungskonzepte

Praxis Kooperation

- Job-Sharing Partnerschaften
- MVZ-Konzepte

**Burkhardt Otto
Olaf Steingraber**

FAB Investitionsberatung

MedConsult
Wirtschaftsberatung für
medizinische Berufe oHG
Giesebrechtstraße 6 · 10629 Berlin
Tel.: 213 90 95 · Fax: 213 94 94
E-mail: info@fab-invest.de

Bundesinstitute laden zu ihrer jährlichen Fortbildungsveranstaltung ein

Die Fortbildungsveranstaltung für Ärzte aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst wird gemeinsam vom Bundesinstitut für Risikobewertung, dem Robert Koch-Institut und dem Umweltbundesamt angeboten.

Die dreitägige Veranstaltung richtet sich an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheitsämter, der Medizinal-, veterinärmedizinischen und chemischen Untersuchungsämter, an die Hygienebeauftragten der Krankenhäuser sowie an Ärztinnen und Ärzte aus Praxen, Krankenhäusern oder Laboratorien.



Termin für die nächste Fortbildungsveranstaltung ist der 19.–21. März 2007. Veranstaltungsort ist das Bundesinstitut für Risikobewertung in Berlin-Marienfelde, Diedersdorfer

Weg 1. Neben den genannten Bundesinstituten beteiligen sich weitere Bundes- und Landeseinrichtungen.

Das Programm umfasst Themen aus dem Gesundheits- und Infektionsschutz, der Umweltmedizin und dem gesundheitlichen Verbraucherschutz.

Das Programm im Einzelnen:

MONTAG, 19.03.2007

10.00 – 10.15 Uhr Begrüßung

GESUNDHEITS- UND INFektionSSCHUTZ

10.15 – 11.00 Uhr Kinder- und Jugendgesundheitsstudie: Impfquoten
 11.00 – 11.45 Uhr Impfkationen der Gesundheitsämter: Eine bundesweite Erhebung
 11.45 – 12.30 Uhr Bewertung von Impfkomplicationen
 13.15 – 14.00 Uhr Wie kann das RKI zur Untersuchung von Masernausbrüchen beitragen?
 14.00 – 14.45 Uhr Pandemieplanung Update
 15.15 – 16.00 Uhr Internationale Gesundheitsvorschriften und Massenveranstaltungen
 16.00 – 16.45 Uhr Listeriose: Aktuelle Trends
 16.45 – 17.30 Uhr Health Technology Assessment: Basis für Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen

DIENSTAG, 20.03.2007

8.30 – 9.15 Uhr Neues aus der Kommission für Krankenhaushygiene
 9.15 – 10.00 Uhr Möglichkeiten und Grenzen der Beratung durch das RKI

UMWELT, GESUNDHEIT, VERBRAUCHERSCHUTZ

10.30 – 11.00 Uhr Die Umsetzung der EU-Badegewässer-Richtlinie
 11.00 – 11.45 Uhr Ultrafeine Partikel im Innenraum: Entstehung und Vorkommen
 11.45 – 12.30 Uhr Ergebnisse aus dem Kinder-Umwelt-Survey
 13.15 – 14.00 Uhr Umweltrelevanz von Humanarzneimitteln
 14.00 – 14.30 Uhr Allergien – Daten, Fakten, medizinische Hintergründe
 14.30 – 15.15 Uhr Wie verbreitet sind Allergien? – Ergebnisse aus der Kinder- und Jugendgesundheitsstudie KiGGS
 15.45 – 16.30 Uhr Allergische und nichtallergische Lebensmittelunverträglichkeiten
 16.30 – 17.15 Uhr Verbrauchernahe Produkte und Kontaktallergien
 17.15 – 18.00 Uhr Luftgetragene Kontaktallergene – häufige Ursache von Ekzemen?

MITTWOCH, 21.03.2007

VERBRAUCHERSCHUTZ

8.30 – 9.00 Uhr Risikokommunikation und das Verhalten der Verbraucher
 9.00 – 9.30 Uhr Nanotechnologie: Ergebnisse der ersten deutschen Verbraucherkonferenz
 10.00 – 10.45 Uhr Salmonellenmonitoring bei Tieren – Umsetzung der Zoonosen-Richtlinie
 10.45 – 11.30 Uhr Erfahrungen mit dem bundesweiten Erfassungssystem für Lebensmittel, die an Krankheitsausbrüchen beteiligt sind
 11.30 – 12.30 Uhr Perfluorierte Tenside in Lebensmitteln

Illegale Arzneimittel:

13.30 – 14.15 Uhr Die Situation in Deutschland
 14.15 – 15.00 Uhr Verdachtsproben und ihre Bearbeitung
 15.30 – 16.00 Uhr Nahrungsergänzungsmittel – Vertrieb über Ärzte und Apotheker
 16.00 – 16.30 Uhr Rechtliche Rahmenbedingungen

Die Veranstaltung ist als Fortbildung für Ärzte und Tierärzte anerkannt und durch die Apothekerkammer zertifiziert. Die Teilnahme ist kostenlos; eine Anmeldung ist erforderlich. Das Anmeldeformular, eine Übersicht über die teilnehmenden Institutionen sowie das vollständige Programm finden Sie im Internet unter www.bfr.bund.de (Menupunkt Veranstaltungen).

Ultraschall erleben: SONOLINE Center

- Termine ganz in Ihrer Nähe
- Neu- und Gebrauchtssysteme
- Direkt vom Hersteller
- Umfangreiche Schulungsangebote
- Attraktive Finanzierungsmodelle

Ultraschall-Infoline: 0180/2 32 32 14*
 (* Gebühr pro Gespräch 6 Cent)

ultraschallteam.med@siemens.com
www.siemens.de/ultraschall



SIEMENS
 medical

Inkrafttreten der Prüfungsordnung für Medizinische Fachangestellte

Infolge des Inkrafttretens der Ausbildungsverordnung für Medizinische Fachangestellte hat die Ärztekammer eine Ordnung für die Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf „Medizinische Fachangestellte/ Medizinischer Fachangestellter“ erlassen. Diese Prüfungsordnung ist nach der Genehmigung durch die zuständige Senatsverwaltung und der Veröffentlichung im Amtsblatt für Berlin am 25. November 2006 in Kraft getreten. Mit dem Inkrafttreten der neuen Prüfungsordnung ist die alte Prüfungsordnung für den Ausbildungsberuf Arzthelferin außer Kraft getreten.

Allerdings werden Auszubildende, deren Ausbildungsverhältnis zur Arzthelferin bei Inkrafttreten der neuen Ausbildungsverordnung bestanden hat, nach den Vorschriften der alten Ausbildungs- und Prüfungsordnung zu Ende geführt, es sei denn die Auszubildende und der Auszubildende haben die Fortführung der Ausbildung nach den neuen Vorschriften vereinbart und der Ärztekammer angezeigt. Weitere Informationen hält das Referat Medizinische Behandlung / Fachangestellte bereit, Tel.: 030/40806-2602/2606/2607.

Neuberufung der Prüfungsausschüsse für Arzthelferinnen und Medizinische Fachangestellte

Die Amtszeit der bei der Ärztekammer eingerichteten Ausschüsse für die Prüfungen im Ausbildungsberuf Arzthelferin wird am 31. März 2007 enden. Zum 1. April 2007 sind von der Ärztekammer 20 neue Prüfungsausschüsse einzurichten. Die Ausschüsse werden für die Abnahme der Prüfungen in den Ausbildungsberufen Arzthelferin und Medizinische Fachangestellte zuständig sein.

Der Vorstand hat daher demnächst die Aufgabe, für

die Prüfungsgebiete sachkundige und für die Mitwirkung im Prüfungswesen geeignete ärztliche Mitglieder zu berufen.

Wir bitten interessierte Kammermitglieder, bis zum 31. Januar 2007 im Referat Medizinische Behandlung/ Fachangestellte (Tel.: 030/40806-2602/2606/2607) ihr Interesse an der Übernahme eines solchen Ehrenamtes anzuzeigen.

Dort erhalten Sie auch weitere Informationen.



Prüfungstermine für Arzthelferinnen

A) ZWISCHENPRÜFUNG IM FRÜHJAHR 2007

Die Ärztekammer wird die nächste Zwischenprüfung für Arzthelferinnen am

15. März 2007

im Gebäude der Ärztekammer, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin (Kreuzberg), durchführen.

Teilnahmeverpflichtet sind alle Auszubildenden, die bis zu diesem Zeitpunkt die Hälfte ihrer Ausbildungszeit zurückgelegt haben. Anmeldeschluss ist der

10. Februar 2007.

B) ABSCHLUSSPRÜFUNGEN IM SOMMER 2007

aa) Abschlussprüfungen nach Ablauf der Ausbildungszeit

Die Ärztekammer wird die nächste Abschlussprüfung für Arzthelferinnen im Gebäude der Ärztekammer, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin (Kreuzberg), an folgenden Tagen durchführen:

Schriftliche Prüfungen: 29. und 30. Mai 2007

Praktische Übungen: 18. Juni bis 30. Juni 2007

Die auszubildenden Ärzte und Ärztinnen werden gebeten, ihre Auszubildenden bis spätestens zum

30. März 2007

mit den nachfolgend aufgeführten Unterlagen anzumelden: Anmeldeformular, Berichtsheft, Bescheinigung über die Teilnahme an der Zwischenprüfung, Kopie der Zeugniskarte vom OSZ Gesundheit, Bescheinigungen der überbetrieblichen Ausbildung, ggfs. Bescheinigung einer Zusatzausbildung, ggfs. Bescheinigung über Art und Umfang einer Behinderung.

bb) Vorgezogene Abschlussprüfungen

Die vorgezogenen Abschlussprüfungen werden ebenfalls zu den oben genannten Terminen stattfinden. Die formlosen Anträge müssen mit den erforderlichen Unterlagen (Stellungnahme des Ausbilders, Stellungnahme der Schule, Ergebnis der Zwischenprüfung, Kopie der Zeugniskarte, Bescheinigungen der überbetrieblichen Ausbildung und Berichtsheft, ggfs. Bescheinigung einer Zusatzausbildung) allerdings schon bis zum

2. März 2007

eingereicht werden. Rückfragen zu den Prüfungen beantworten Frau Hartmann und Frau Jasper: Tel. 030/40806-2606/2607.

Änderung der Berufsordnung (§ 15 Forschung)

Verzicht auf Mehrfachberatung, Rückzug des Standesrechts aus bundesrechtlich geregelten Forschungsbereichen



Die für die Ärztekammer Berlin erfolgreiche gerichtliche Auseinandersetzung mit dem Land Berlin und die daraus resultierende Einrichtung einer Landesethik-Kommission war Anlass, die berufsrechtlichen Vorgaben zur Forschungstätigkeit des Arztes zu revidieren.

Mit einem 2. Nachtrag zur Berufsordnung, der am 25. November 2006 in Kraft getreten ist, ist § 15 der Berufsordnung, der die berufsrechtlichen Pflichten des Arztes im Zusammenhang mit der Forschung am Menschen regelt, neu gefasst worden. Die konsolidierte Fassung der Norm ist am Ende dieses Artikels abgedruckt. Die Änderungen betreffen die Pflicht des Arztes, sich durch eine Ethik-Kommission beraten zu lassen und verfolgen im Wesentlichen zwei Ziele:

Zum einen sorgt der neu eingefügte Absatz 2 dafür, dass die bisher bestehende Verpflichtung des Arztes, sich zu einem bereits von einer anderen Ethik-Kommission nach den Vorgaben des ärztlichen Berufsrechts begutachteten Forschungsvorhabens noch einmal von der für ihn zuständigen Kommission der Ärztekammer Berlin beraten zu lassen, entfällt. Bei bundes-

landübergreifenden multizentrischen Studien genügt nunmehr das Votum einer Kommission, sofern diese Kommission bei einer Ärztekammer oder der Medizinischen Fakultät einer Hochschule angesiedelt ist.

Zum anderen grenzt der ebenfalls neue Abs. 3 die aus bundesrechtlichen Regelungen (z. B. der Röntgenverordnung) folgende Verpflichtung, eine Ethik-Kommission mit einem Forschungsvorhaben zu befassen, von der berufsrechtlichen Pflicht ab, sich zu einem Vorhaben nach der Berufsordnung beraten zu lassen. Sofern ein Forschungsbereich bundesrechtlich geregelt ist, folgt die Stellungnahme der Ethik-Kommission den bundesrechtlichen Vorgaben. Die Verpflichtung, sich zusätzlich nach der Berufsordnung beraten zu lassen, entfällt. In der Regel hat der Bund in den von ihm geregelten Forschungsbereichen auch die Einrichtung und Zusammensetzung der zu befassenden Ethik-Kommissionen normiert; mitunter erachtet er die Stellungnahme einer Ethik-Kommission, die nicht bei einer Ärztekammer oder einer medizinischen Fakultät eingerichtet, sondern lediglich ordnungsgemäß bei der zuständigen Bundesoberbehörde registriert ist, für ausreichend (zum Beispiel Bewertung eines Forschungsvorhabens nach dem Medizinproduktegesetz).

Die Neufassung des § 15 der Berufsordnung steht im Zusammenhang mit dem Neuerlass der Satzung für die Ethik-Kommission bei der Ärztekammer Berlin. Das Inkrafttreten der Satzung steht unmittelbar bevor. Über die Regelungen der neuen Satzung werden wir Sie im Februar-Heft informieren. Informationen zur

Zuständigkeit der bei der Ärztekammer eingerichteten Ethik-Kommission sowie zur Gültigkeit bereits vorliegender Voten hält das Referat Medizinische Behandlung/Fachangestellte bereit (Tel.: 030/40806-2601).

§ 15 Forschung

(1) Der Arzt muss sich sowohl vor der Durchführung biomedizinischer Forschung am Menschen als auch vor dem Beginn von epidemiologischen Untersuchungen mit personenbezogenen Daten durch eine bei einer Ärztekammer oder bei einem Medizinischen Fachbereich einer Hochschule gebildeten Ethik-Kommission über die mit seinem Vorhaben verbundenen berufsethischen und berufsrechtlichen Fragen beraten lassen. Dasselbe gilt vor der Durchführung von Forschungsvorhaben mit vitalen menschlichen Gameten und lebendem embryonalen Gewebe.

(2) Die Pflicht des Arztes, sich den Vorgaben des Absatzes 1

gemäß beraten zu lassen, entfällt, nachdem ein ärztlicher Kollege entsprechend Absatz 1 zu dem Vorhaben beraten worden ist, der Arzt sich von dieser Tatsache überzeugt sowie von dem Ergebnis der Beratung Kenntnis erlangt hat.

(3) Die Pflicht des Arztes, sich den Vorgaben des Absatzes 1 gemäß beraten zu lassen, besteht nicht, sofern die Zulässigkeits- oder Genehmigungsvoraussetzungen des Vorhabens durch Gesetz oder durch Rechtsverordnung besonders geregelt sind. Satz 1 befreit den Arzt nicht von dem Erfordernis der Einholung einer auf das Vorhaben bezogenen Stellungnahme oder Bewertung einer Ethik-Kommission in dem die Zulässigkeit oder Genehmigung des Vorhabens regelnden Verwaltungsverfahren. Auch weitergehende Pflichten des Arztes nach § 2 Abs. 5 werden durch Satz 1 nicht berührt.

Absätze (4) – (6) bleiben unverändert.

GOÄ: Ost-Abschlag aufgehoben

Der Ost-Abschlag für ärztliche Leistungen wird zum 1. Januar 2007 aufgehoben. Alle Leistungen der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Ost-Berlin und den neuen Bundesländern sind ab diesem Zeitpunkt mit 100 Prozent zu berechnen. Dies geht aus dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz hervor, dem der Bundesrat in seiner abschließenden Sitzung am 24. November 2006 zugestimmt hatte. Der Antrag Thüringens, die vollständige Aufhebung des Vergütungsabschlages Ost von zehn Prozent auf das Jahr 2010 zu verschieben, wurde nicht aufgegriffen. Die sechste Verordnung zur Anpassung der Vergütungshöhe vom 28. Oktober 2005, in Kraft gesetzt am 1. Januar 2002 mit einem Ost-Abschlag von zehn Prozent, ist damit aufgehoben.

Abschied vom tief ausgeschnittenen Sommerkleid



Wie Frauen die Mastektomie erleben. Und was Ärzte und Psychotherapeuten ihnen an Unterstützung anzubieten haben.

Von Adelheid-Müller Lissner

„Nicht schauen!“, hatte die mitfühlende Krankenschwester noch gerufen. Doch da war der Blick der Patientin schon unwillkürlich auf die Stelle gerichtet gewesen, die zuvor der Verband versteckt hatte. „Ein dicker, roter Schnitt, quer über den Brustkorb, bis in Achselhöhle hinauf!“ Sie sei jetzt vielleicht noch zu schwach, um darüber zu erschrecken, schreibt die junge Frau in ihr Tagebuch. „Ich bin wie ein verwundetes Tier, das sich tot stellt, um nicht noch mehr verletzt zu werden.“

Wie die Schriftstellerin Maxie Wander die Zeit unmittelbar nach ihrer Brustkrebs-Operation erlebte, hat sie in „Leben wär' eine prima Alternative“, das 1979 in der DDR erschien und in Ost und West rasch zum Kultbuch avancierte, eindrucksvoll beschrieben. Dass bei Mamma-Karzinomen die ganze Brust entfernt wurde, war zu diesem Zeitpunkt noch üblich. Heute haben sich die Techniken gewandelt, und nur in 40 Prozent aller Fälle wird die Brust ganz entfernt. „Von den Frauen, die wir im Tumorstadium T1 operieren, ist es heute nicht einmal jede fünfte, und insgesamt liegen wir bei unter 30 Prozent Mastektomien“, berichtet Dr. med. Michael Wolf, Direktor des Zentrums für Brusterkrankungen am Vivantes Klinikum Am Urban. „Die vollständige Entfernung der erkrankten Brust ist besonders oft bei den In-situ-Karzinomen mit ihrem verzweigten Wachstum entlang der Milchgänge nötig“, erläutert Wolfs Kollegin Dr. med. Martina Dombrowski, Chefärztin der Gynäkologie am Evangelischen Waldkrankenhaus Spandau.

Für die Journalistin Sibylle Herbert, die im Jahr 2005 in ihrem Buch mit dem provozierenden Titel „Überleben Glücks-

sache. Was Sie als Krebspatient in unserem Gesundheitswesen erwartet“ über ihre eigene Brustkrebs-Erkrankung berichtete, standen die Chancen, die Brust behalten zu können, 50 zu 50. „Sie war schlank, die Brust war nicht groß, der Tumor nicht klein“, erinnert sich im Buch ihr Operateur Dr. med. Mathias Warm, Leiter des Brustzentrums der Uniklinik in Köln. „Ich habe Angst vor der Verstümmelung und weiß doch, dass sie die Voraussetzung für Zukunft ist“, notiert Herbert unmittelbar vor dem Eingriff. Während eines Strandurlaubs, den sie zwischen neoadjuvanter Chemotherapie und Operation einschiebt, denkt sie schon einmal darüber nach, wem sie ihre dekolletierten Kleider vererben wird. Wie auch immer: „Das Leben wird auch mit einer Brust lebenswert sein – hoffe ich.“ Tatsächlich kann die Brust gerettet werden.

Anders bei ihrer Journalisten-Kollegin Ursula Goldmann-Posch, die sich ihre Erfahrungen als Brustkrebs-Patientin im Jahr 2000 von der Seele schrieb. „Es ist die letzte Nacht mit zwei Brüsten“, notiert sie am Abend vor dem Eingriff. Und ergänzt nicht ohne Pathos: „Morgen wird die rechte allein sein. Verwaist. So als hätte sie ihre Schwester verloren.“

Die Schriftstellerin Maxie Wander, die Journalistinnen Sibylle Herbert und Ursula Goldmann-Posch: Frauen, die ausdrücken können, was viele andere Frauen in dieser Lage ähnlich erleben, aber unausgesprochen mit sich herumtragen. Es sind auf jeden Fall ambivalente Gefühle. Die Brust gilt als Symbol der Weiblichkeit, doch nachdem der Knoten ertastet oder in der Mammografie erkannt wurde und die Stanzbiopsie

genaueren Aufschluss gab, ist sie auch zur tickenden Zeitbombe geworden, zur Bedrohung für Leib und Leben. Die Operation muss sein, das Leben geht vor. „Die wichtigste Frage ist zunächst nicht: Wie sehe ich aus?, sondern: Wie geht es mit mir weiter?“, berichtet die Pädagogin und Psychoonkologin Dr. Kristina Brode, die im Rahmen eines Pilotprojekts im Evangelischen Waldkrankenhaus Spandau Patientinnen schon direkt nach dem Eingriff betreut (siehe Kasten auf Seite 16).

„Ich traue mich nicht, allein hinzugucken.“

„Andererseits ist es aber am einfachsten, sich auf das zu konzentrieren, was man sehen kann“, sagt die Onkologin Dr. med. Christa Kerschgens, die die Onkologie der Vivantes-Reha auf dem Gelände des Auguste-Viktoria-Krankenhauses leitet (siehe Kasten auf Seite 18). Zudem verändern die bleibenden Folgen der Krebsbehandlung das Körperbild und beschäftigen die Frauen dauerhaft - im Unterschied zum vorübergehenden Haarverlust infolge der Chemotherapie. „Könnten Sie bitte da sein, wenn der Verband abgenommen wird? Ich traue mich nicht, allein hinzugucken“, sagte etwa vor kurzem eine 23-jährige Patientin zu Psychoonkologin Brode. Tatsächlich haben beide das Operationsergebnis dann zusammen vor dem Badezimmerspiegel begutachtet.

Die Angst vor „Verstümmelung“ und Versehrtheit trifft keineswegs nur die ganz Jungen. Sie spielt für jede Frau eine mehr oder weniger große Rolle. „Ich habe auch eine 86-Jährige betreut,

Nahtloser Übergang

Pilotprojekt zur ganzheitlichen Nachsorge für Patientinnen mit Mamma-Ca

Brustkrebs ist nicht nur die häufigste Krebserkrankung der Frau, sie ist auch diejenige onkologische Erkrankung, zu der es inzwischen das erste Disease-Management-Programm (DMP) der Krankenkassen, die meisten Selbsthilfegruppen und eine große Anzahl von Angeboten zur Nachsorge gibt. Trotzdem klagen die betroffenen Frauen in Umfragen immer wieder über das Fehlen von Hilfsangeboten. „Anscheinend werden diese Angebote den Patientinnen nicht zum richtigen Zeitpunkt in der richtigen Art und Weise nahe gebracht“, folgert Dr. Gertrud Demmler vom Vorstand der Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK). Sie diagnostiziert Brüche in der Versorgung, „denn die Schnittstelle zwischen medizinischer und psychosozialer Versorgung ist völlig ungeregt.“ Bisher existierten keine Standards für den Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung. Die Frauen hätten folglich „entweder zu viel oder zu wenig Informationen – vor allem selten die geeigneten“. Und geeignet ist längst nicht für alle Frauen mit Brustkrebs dasselbe: Eine 40-Jährige braucht eine andere Unterstützung als eine 70-Jährige, zudem ist die Haltung gegenüber Psychotherapie in der Bevölkerung sehr unterschiedlich. Reha-Angebote werden von den Frauen nur in unbefriedigendem Ausmaß angenommen.

Anreiz genug, es besser zu machen und in der Nachsorge auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der Frauen einzugehen. Die SBK machte sich dafür die neue Möglichkeit zunutze, direkt Verträge mit den Leistungserbringern zu schließen und schloss mit dem Brustzentrum am Evangelischen Waldkrankenhaus in Spandau und der erfahrenen, bisher in Köln tätigen Psychoonkologin, Dr. Kristina Brode, einen solchen Integrationsvertrag nach § 140 GMG zur ganzheitlichen Brustkrebsnachsorge ab. Innerhalb von zwei Jahren sollen 100 bis 150 Patientinnen an einem Pilotprojekt teilnehmen, die Ergebnisse werden von der Universität Jena evaluiert. Die Vertragspartner gehen davon aus, dass sich weitere Krankenkassen dem Pilotprojekt anschließen werden, und sie erhoffen sich den Nachweis, dass die Lebensqualität durch die präzise getimte psychoonkologische Betreuung verbessert werden kann. Dann soll es ein bundesweites Angebot geben.

Heute dauert die Primärbehandlung eines Mamma-Karzinoms im Schnitt ein halbes Jahr, erläuterte Chefärztin Dr. med. Martina Dombrowski bei der Vorstellung des Projekts Ende letzten Jahres in Berlin. Den größten Raum nehmen dabei inzwischen ambulante Therapien ein. „Nach der Therapie gibt es aber oft schlagartig keine Betreuung und Begleitung mehr“, moniert die Onkologin. Diese Begleitung soll im Pilotprojekt geboten werden: körperlich gegen mögliche Schmerzen und für ein neues Zutrauen zum eigenen Körper, seelisch in der Entwicklung einer eigenen Kompetenz im Umgang mit der Krankheit. „Die seelische Nachbetreuung schließt nahtlos an die medizinische Betreuung an“, erläutert Dombrowski.

- Der erste Kontakt findet ein bis drei Tage nach der Operation statt. Die Psychoonkologin besucht die Patientin in ihrem Zimmer und stellt sich und das Projekt vor. Das erste Thema ist meist die Angst. „Ich komme recht schnell mit ihnen ins Gespräch und bestärke die Frauen darin, dass es völlig normal ist, wenn sie Angst haben.“ In dieser ersten Phase gibt es meist ein bis zwei weitere Termine, außerdem versorgt die Psychoonkologin die Patientin mit einer Entspannungskassette und „kleinen Selbsthilfetechniken“.
- Drei bis vier Wochen nach der Operation setzt nach Erfahrung von Kristina Brode meist ein intensives Informationsbedürfnis ein. Die Patientinnen besuchen sie dann in ihrem Büro im Krankenhaus. Ein wichtiges Thema ist meist das verlorene Vertrauen in den eigenen Körper. Die Psychologin arbeitet dafür mit Visualisierungstechniken, zeigt Tiefenentspannungsmethoden und knüpft an Situationen an, in denen die Frauen ihr Leben früher gut gemeistert haben.
- Nach circa sechs Monaten kommt die dritte Phase der Krebsnachsorge. In Gruppen geht es dann um neues Selbstbewusstsein und gesundheitsförderlichen Lebensstil. „Eigentlich sollte diese psychoedukative Unterstützung jeder Patientin während des ersten Jahres zur Verfügung stehen“, sagt Brode.

Das Angebot zur Anschlussheilbehandlung komme heute oft schon zu früh und könne dann noch nicht angenommen werden, erklärt Brode die schlechte Akzeptanz der Reha bei den Frauen. „Unsere Art der Nachsorge und die Reha lassen sich gut verbinden, beides setzt aber an unterschiedlichen Punkten an, und in den Leerphasen, die sich heute ergeben, greift unser Programm“, zeigt sich Dombrowski überzeugt.

Eine kostenlose Beratungsstunde kann vereinbart werden unter: dr.brode@t-online.de oder 0177/214 37 25.

die nach der Entfernung ihrer Brust große Probleme mit der körperlichen Veränderung hatte“, berichtet Kerstin Reimers, klinische Neuropsychologin in der Vivantes-Reha. „Allerdings wird die Verletzung des Eigenbildes kurz nach der OP von den Patientinnen zum Teil noch gar nicht realisiert“, sagt die Psychoonkologin Dr. Karoline von Steinaecker, die im Rahmen der Sprechstunde für Naturheilkunde und Integrative Medizin im Interdisziplinären Brustzentrum der Charité Kurse in Atem- und Körpertherapie anbietet (*Anmeldung über 8445-2456 oder 342 69 88, post@steinaecker.com*). Einige Frauen leugneten strikt, Probleme damit zu haben, andere griffen zur Überdramatisierung, um dem Schrecken Ausdruck verleihen zu können. Die Gefühle von Angst, Schmerz, Verletzung und auch Beleidigung, die mit dem Verlust der einen oder sogar beider Brüste einhergingen, könnten zunächst meist eher durch „Körperspürarbeit“ erfasst als in Worte gefasst werden, so von Steinaeckers Erfahrung.

Alle Frauen müssten nach der Operation wieder ein Gefühl dafür bekommen, „was jetzt normal ist“, berichtet auch Kerschgens. Sie hat beobachtet, dass es durchaus Gesprächsbedarf gibt, „doch die Fragen an die Ärzte kommen häufig auf Umwegen“.

Dabei sind einige dieser Fragen zunächst ganz praktischer Art. In manchen Krankenhäusern gehören aus gutem Grund Modeschauen zum Angebot: Epithesen, spezielle BHs und Badeanzüge sind schließlich Heil- und Hilfsmittel, die den Frauen nach dem Eingriff zustehen (*siehe Interview auf Seite 19*).

Rekonstruktion oder nicht: Die schwierige Entscheidung

Schon zwei Wochen vor der Aufnahme ins Krankenhaus werden im Zentrum für Brusterkrankungen am Urban-Krankenhaus bei einem ersten Termin die Optionen für den Eingriff einschließlich der möglichen Ablatio besprochen. „Wird eine primäre Rekonstruk-



Mastektomie, vor Rekonstruktion mit Expander-Implantat

tion in Betracht gezogen, dann machen wir dafür einen zweiten Gesprächstermin aus“, sagt Michael Wolf, zu dessen Kernteam sechs Ärzte und eine Psychotherapeutin gehören. 33 Prozent seiner Patientinnen entscheiden sich für einen Brust-Aufbau, die Hälfte der Rekonstruktionen erfolgen sofort.

Für die primäre oder sekundäre Brustrekonstruktion werden heute vorwiegend drei Techniken eingesetzt:

- **Einlage einer Expanderprothese** unter die Brustmuskeln nach modifiziert radikaler Mastektomie mit anschließendem Einsetzen des meist mit Silikon gefüllten Implantats. Diese Methode eignet sich vor allem für den Ersatz relativ kleiner, wenig gesenkter Brüste.



Nach abgeschlossener Expansion, vor Implantateinlage

- **Latissimus-dorsi-Lappen:** Ein über den gleichnamigen Muskel gestielter Haut-Fett-Muskel-Lappen wird aus dem Rückenbereich durch die Axilla eingeschwenkt und zur Rekonstruktion verwendet. Dieses Verfahren kann mit dem Einsetzen eines Implantats kombiniert werden.

- **TRAM- (Transverser-Rectus-Abdominis-Myocutaner-)Lappen:** Gestielt oder als



Implantateinlage und Rekonstruktion der Brustwarze

Zur Reha von Berlin nach Berlin

Zwar könnten drei Wochen Auszeit an der Ostsee oder in den Bergen nach all den Strapazen von Operation, Chemo- und Strahlentherapie durchaus eine Verlockung darstellen. Das Angebot, zwischen eine aggressive Krebsbehandlung und das alltägliche Leben und Arbeiten danach noch eine Phase des Kraftschöpfens einzuschieben, nimmt trotzdem allenfalls die Hälfte aller Krebspatienten wahr – obwohl Rentenversicherungsträger oder Krankenkassen die Kosten meist übernehmen würden. Viele wollen oder können nach der Behandlung im Krankenhaus nicht noch länger von zu Hause weg sein, sie wollen zu Partner und Kindern zurück, sie wollen aber vielleicht auch nicht 24 Stunden am Tag mit „Leidensgenossen“ verbringen. „Sie alle möchten das Angebot der Rehabilitation wahrnehmen, aber sie möchten auch regelmäßig wieder weggehen können“, sagt Gabriele Dutiné, Geschäftsführerin der Vivantes Reha GmbH.

Deren Reha-Einrichtung liegt fast mitten in der Großstadt, im Bezirk Tempelhof-Schöneberg, auf dem Gelände des Auguste-Viktoria-Klinikums. In das ambulante Therapiezentrum im repräsentativen Altbau kommen Menschen genau wie in eine herkömmliche Reha-Klinik nach Krebserkrankungen, aber auch nach Herzoperationen, orthopädischen Eingriffen oder einer neurologischen Behandlung und bei chronischen Lungenerkrankungen wie COPD. In der ambulanten Reha verbringt man täglich vier bis sechs Stunden, nimmt verschiedene Behandlungsangebote wahr – und fährt nachmittags wieder zu sich nach Hause, um mit den Lieben den Abend und die Nacht zu verbringen. „Bei uns ist es wichtig, dass man drin bleibt“, erzählt Frau Dutiné. „Drin“ heißt nicht nur mitten in der Heimatstadt und nah bei der Familie, sondern vor allem im aktiven Leben. In einem geschützten und professionellen Umfeld sollen so neue Wege in einen – meist veränderten – Alltag gefunden werden.

Häufigster Grund für eine Reha nach Krebs ist einer Hamburger Studie zufolge die Erhöhung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Gegen die Schlappeheit, Müdigkeit und Lustlosigkeit hilft jedoch nach neueren Erkenntnissen körperliche und geistige Bewegung weit besser als das Nichtstun. Bewegung ist Teil des Programms jeder modernen onkologischen Reha. Es ist oft nicht einfach, damit anzufangen. Viele misstrauen nach einer Krebserkrankung ihrem Körper. Sie sind eingeschüchtert und können ihre Leistungsfähigkeit nicht mehr einschätzen. Dazu kommen nach einer Brustoperation oft besondere Probleme mit der Bewegung im Bereich von Arm und Schultergürtel. Nach der Entfernung von Lymphknoten brauchen viele Frauen Lymphdrainage und spezielle Krankengymnastik für Schulter und Arm. „Es reicht in dieser Situation nicht aus, Frauen einfach ins Fitnessstudio zu schicken“, sagt die Onkologin Christa Kerschgens, die die onkologische Reha-Abteilung auf dem Gelände des Auguste-Viktoria-Krankenhauses seit kurzem leitet.

In der Reha besteht zudem die Chance, neue Arten der Bewegung kennen zu lernen und damit das Körpergefühl zu verbessern. „Den Körper in der Bewegung wahrzunehmen, kann zu einer neuen Akzeptanz und einem gestärkten Selbstvertrauen führen“, sagt Kerschgens. Nach dem Aufnahmegespräch mit dem Arzt wird der individuelle „Stundenplan“ für die fünf wöchentlichen Rehatage – Wochenende ist frei – aufgestellt. Dazu gehören auch einige Gruppenangebote, etwa für das Bewegungsbad, gemeinsames Walking oder das Erlernen eines Entspannungsverfahrens. Und natürlich Gesprächsangebote zur Bewältigung der Krankheit und Psychotherapie. „Wir haben die Erfahrung gemacht, dass die Patienten sich psychologische Betreuung wünschen, sie muss aber in ein Gesamtkonzept eingebettet sein“, sagt Dutiné.

Mehr Informationen unter: www.reha.vivantes.de

freies Transplantat verwandt bietet dieser Lappen aus dem Unterbauch bei den meisten Frauen ausreichend körpereigenes Gewebe für die primäre oder sekundäre Brustrekonstruktion. Für sehr schlanke Frauen kommt die Technik jedoch nicht in Frage.

„Jede Patientin sieht bei uns ein bis zwei Frauen, bei denen die jeweilige Technik vor kurzem angewandt wurde“, berichtet Wolf. Er findet es wichtig, dass keine unrealistischen Erwartungen entstehen – weder, was den Eingriff selbst, noch, was die Ergebnisse betrifft. Denn auch die Rekonstruktion kann die Krankheit nicht ungeschehen machen, kann der Frau nicht die Einsicht ersparen, dass ihr Körper sich verändert hat.

Mit der primären Rekonstruktion hat der Operateur ein Angebot in der Hand, das die Verlusterfahrung mildern könnte. Martina Dombrowski ist aus verschiedenen Gründen trotzdem eher für den Weg der sekundären Rekonstruktion. „Die Frauen sind meist nicht in der Lage, sich sofort mit den verschiedenen Möglichkeiten zu beschäftigen. Wir signalisieren ihnen dann, dass ihnen nichts wegläuft.“ Werde eine der aufwändigeren Techniken mit körpereigenem Material angewandt, dann bestünde bei sofortiger Rekonstruktion zudem das Problem, dass die Frauen geschwächt in die weitere Behandlung gehen. Implantat-Rekonstruktionen, die weniger eingreifend sind, kommen wiederum nicht vor einer Bestrahlung in Frage. Wenn keine Chemo- oder Strahlentherapie nötig ist, sieht die Lage möglicherweise anders aus. „Insgesamt finde ich es aber besser, wenn erst rekonstruiert wird, sobald der Prozess der Krankheitsbewältigung schon in einem fortgeschritteneren Stadium ist.“ Nach ihrer persönlichen Erfahrung verzichtet dann etwa die Hälfte der Frauen, die es sich vorher nicht anders vorstellen konnten, auf eine Rekonstruktion der abladierten Brust. „Ich überrede niemanden, ich rede es aber auch niemandem aus“, kommentiert Dombrowski ihre Rolle bei der Entscheidungsfindung

in Sachen Rekonstruktion. Umgekehrt berichtet Psychoonkologin Brode aus ihrer langjährigen Praxis von Frauen, die nachträglich sagen: „Mein Arzt hat mich zu der Operation überredet, ich würde es nicht noch einmal machen lassen.“

Selbstbewusstsein und soziale Kontakte

Aber sind es nicht auch die Partner, denen zuliebe viele Frauen sich für eine möglichst rasche Rekonstruktion der entfernten Brust entscheiden? Von Ausnahmen abgesehen, können Ärzte und Psychologen das nicht bestätigen. Häufiger hören sie da schon den Satz: „Mein Mann sagt: Ich nehme dich so, wie du bist!“ In ihren Gesprächen mit Brustkrebs-Patientinnen spielten die Partner eher eine untergeordnete Rolle, sagt Psychotherapeutin Reimers. Zwar weiß man inzwischen aus Studien, dass für den Heilungsprozess nach Brustkrebs eine gute soziale Integration ganz entscheidend ist. „Es muss aber nicht immer der Partner sein“, betont Reimers. In erster Linie sei wichtig, dass die Patientinnen selbst die Veränderungen akzeptieren. Allerdings haben Frauen, die ohne festen Partner leben, größere Angst davor, nach einer Brustkrebs-Operation keine Beziehung mehr eingehen zu können. Viele fürchten, sexuell nicht mehr attraktiv zu sein – und haben nicht zuletzt Angst davor, bei einem potenziellen Partner in Erklärungsnot zu kommen. Eine der mastektomierten Frauen, die von der Soziologin Silke Kirschning für ihre Untersuchung zu Brustkrebs befragt wurden, gibt zu Protokoll: „Es fallen ganz viele Männer von vorne herein aus.“

Das klingt nicht nur nüchtern, sondern auch durchaus selbstbewusst. Ähnlich selbstbewusst wie das Model Matuschka, das sich zu Beginn der 60er Jahre nach der OP in eleganten, asymmetrischen Kleidern mit nur einer Brust fotografieren ließ. Oder wie die verstorbene brandenburgische Ministerin Regine Hildebrandt, die gern erzählte: „Meine Enkelkinder sagen: Oma hat ihre Ersatzbrust im Nachttisch!“

Verfasserin:

Dr. phil. Adelheid Müller-Lissner

„Viele kommen mit dem Gedanken, dass ihr Leben als attraktive Frau nun vorbei ist“

Fragen an Hedda Jahn, die im Brustepithesenzentrum des I.K.O. Sanitätshauses in Berlin-Wilmersdorf Kundinnen nach einer Brustkrebs-Operation berät

Frau Jahn, wenn eine Frau nach der Brustoperation zu Ihnen kommt: Wie sieht dann das erste Gespräch aus?

Ich berate die Frauen erst einmal darüber, welche Möglichkeiten ihnen offen stehen: Nach der Operation besteht Anspruch auf eine Epithese, die Kosten übernehmen die Krankenkassen, wenn eine Verordnung besteht – abzüglich der 10 Euro Zuzahlung. Außerdem können Brustkrebspatientinnen sich pro Jahr zwei Spezial-BHs verordnen lassen. Als „Artikel des täglichen Lebens“ werden sie von den Kassen allerdings nur bezuschusst. Auch für einen Badeanzug oder einen Bikini gibt es eine finanzielle Unterstützung der Kasse. Übrigens gibt es auch Ausgleichsschalen für Frauen, die brusterhaltend operiert wurden. Viele dieser Frauen wissen gar nicht, dass auch sie Anspruch auf eine Versorgung haben.

Welche Arten von Epithesen gibt es denn?

Zunächst solche Silikon-Epithesen, deren Gewicht dem der gesunden Brust entspricht, dann aber auch Leicht-Epithesen, die 30 Prozent weniger wiegen und damit die Schultern entlasten. Beide werden in spezielle Taschen der BHs geschoben. Und, was viele Frauen nicht wissen: Ein halbes Jahr nach der Operation kann man auch damit beginnen, eine Epithese zu tragen, die direkt auf die Haut aufgesetzt wird und dort haftet. Damit fühlt man sich auch beim Sport sicher, und man kann sie mit normalen Dessous tragen.

Aber auch die müssen doch bestimmte Anforderungen erfüllen?

Die BHs und Badeanzüge müssen so geschnitten sein, dass die gesamte Epithese darin verschwindet, sie dürfen also nicht zu dekolletiert sein. Außerdem ist wichtig, dass die Träger nicht allzu dünn sind, damit die Schultern entlastet und die Lymphbahnen nicht abgeschnürt werden.

Für die Frauen ist es sicher nicht einfach, alle diese neuen Artikel einzukaufen, die sie nun brauchen?

Wir haben einen separaten Raum, in dem man in Ruhe beraten und anprobieren kann. Es ist ganz wichtig, den Frauen Zeit zu lassen und diskret zu bleiben. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass sie mit dieser Situation ganz unterschiedlich umgehen: Die meisten sind gleich sehr dankbar für die Hilfe, andere kommen aber gar nicht mit der Situation zurecht und haben Mühe, sich zu öffnen. Es gibt einige seltene Fälle, in denen man eigentlich nur zeigen kann, wie das Angebot aussieht, das konkrete Gespräch muss dann auf später vertagt werden. Aber im Allgemeinen sind die Frauen guter Dinge, wenn sie das Geschäft verlassen. Viele kommen ja mit dem Gedanken, dass ihr Leben als attraktive Frau nun vorbei ist. Wenn sie dann sehen, dass es auch für Brustkrebs-Patientinnen ganz süße Dessous gibt, schöpfen sie Mut. Der Anlass ist natürlich traurig: Immer mehr Frauen sind von Brustkrebs betroffen. Das bewegt aber die Industrie dazu, immer mehr attraktive Modelle zu kreieren, auch Tops und Kleider mit eingearbeiteten BHs. Es gibt sogar längere schwarze Kleider, die so elegant geschnitten sind, dass man sich damit in der Oper zeigen könnte.

Mit Hedda Jahn sprach
Adelheid Müller-Lissner

Bücher zum Thema

Maxie Wander: Leben wär' eine prima Alternative. Luchterhand 1980

Sibylle Herbert: Überleben Glückssache. Was Sie als Krebspatientin in unserem Gesundheitswesen erwartet. Scherz 2005

Ursula Goldmann-Posch: Der Knoten über meinem Herzen. Blessing 2000

Silke Kirschning: Brustkrebs. Der Diagnoseprozess und die laute Sprachlosigkeit der Medizin. Eine soziologische Untersuchung. Leske und Budrich 2001

Die Ankündigungen auf diesen beiden Seiten geben einen Überblick über die ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen, die von der Ärztekammer Berlin veranstaltet werden oder in Kooperation mit ihr stattfinden. Alle weiteren Fortbildungsveranstaltungen, die bepunktet wurden, können im **Online-Veranstaltungskalender** auf der Homepage der Ärztekammer unter **www.aerztekammer-berlin.de** (im Kapitel „Fortbildung“, „Veranstaltungskalender“) recherchiert werden. Hier sind auch – soweit verfügbar – nähere Informa-

tionen zu Unterthemen und Referenten sowie die Fortbildungspunktzahl und Kontaktdaten hinterlegt. Der Veranstaltungskalender ermöglicht eine Recherche nach Terminen, Fachbereichen oder auch nach freien Suchbegriffen. Damit bietet der Kalender in Abhängigkeit von der gewählten Suchstrategie sowohl einen umfassenden Überblick über sämtliche Fortbildungsveranstaltungen als auch eine an den individuellen Interessensschwerpunkten orientierte Veranstaltungsauswahl weit im Voraus.

Termine	Thema / Referenten	Veranstaltungsort	Information/ Gebühr	Fortbildungspunkte
Kursteile: C1: ab 08.01.2007, C2: ab 17.01.2007	Arbeitsmedizin: Weiterbildungskurs Theoretischer Lehrgang im Rahmen der Weiterbildung zum Arzt für Arbeitsmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel. 40806-1301, -1302, -1303, E-Mail aag@aekb.de Gebühr: 440 € pro Kursteil	60 P
Semesterbegleitende Veranstaltungsreihe; jeweils donnerstags 20.00 – 21.30 Uhr	Fachspezifische Fortbildung Innere Medizin: Reise- und Tropenmedizin 04.01.: Bilharziose 11.01.: Schlafkrankheit 18.01.: Leishmaniose 25.01.: Tropendermatologie 01.02.: Flavivirus-Infektionen: Dengue-Fieber, Japanische Enzephalitis und Gelbfieber 08.02.: Gifttiere 15.02.: Flugmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: E-Mail fobi-zert@aekb.de keine Teilnehmergebühr, Anmeldung nicht erforderlich	3 P pro Veranstaltungstermin
Semesterbegleitende Veranstaltungsreihe; jeweils 14-tägig dienstags, 20.00 – 21.30 Uhr	Interdisziplinäre Fortbildungsreihe 02.01.: Keine Veranstaltung! 09.01.: Ohrenschmerzen 23.01.: Rauchen	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: E-Mail fobi-zert@aekb.de keine Teilnehmergebühr, Anmeldung nicht erforderlich	3 P pro Veranstaltungstermin
02.03.2007 – 03.03.2007	Kombinierter Aktualisierungskurs nach Röntgenverordnung und Strahlenschutzverordnung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1301 E-Mail: aag@aekb.de Gebühr: 200 €	13 P
26.02.2007 – 02.03.2007	Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Tele- und Brachytherapie sowie bei der Behandlung mit Röntgenstrahlen (Therapiekurs)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1301 E-Mail: aag@aekb.de Gebühr: 990 €	41 P
Kursteil 1: 01.03. – 03.03.2007 Kursteil 2: 22.03. – 24.03.2007 (jeweils Donnerstag ab 15 Uhr, Freitag ganztägig, Samstag in der 1. Woche: 9-18 Uhr, Samstag in der 2. Woche: 9-14 Uhr)	Qualitätsbeauftragter in der Hämotherapie (40 Stunden-Kurs)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1400 (Inhalte) Tel.: 40806-1202 (Anmeldung) E-Mail: fobi-zert@aekb.de Gebühr: 700 € Anmeldeschluss: 20.01.2006	40 P
16.06.2007	Aktualisierungskurs nach Röntgenverordnung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1301 E-Mail: aag@aekb.de Gebühr: 130 €	9 P

Kursangebot und Praktikum zur Zusatzweiterbildung Ernährungsmedizin

Wie in den vergangenen Jahren bietet die Ärztekammer Berlin auch im Jahr 2007 den Kurs und das Praktikum „Ernährungsmedizin“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer an. Die Teilnahme am 80-stündigen Kurs und am 20-stündigen Praktikum bildet unter anderem die Voraussetzung für den Erwerb der in der neuen Weiterbildungsordnung vom April 2006 enthaltenen Zusatzbezeichnung „Ernährungsmedizin“.

Für die Ernährungsmedizin ist charakteristisch, dass sie Berührungspunkte mit mehreren medizinischen Fachgebieten hat. Daher widmet sich das Kursprogramm neben der Vermittlung physiologischer und biochemischer Grundkenntnisse der Bedeutung der Ernährungsmedizin etwa im Rahmen der Inneren Medizin, Pädiatrie, Gynäkologie, Intensivmedizin und Sportmedizin. Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte werden auf diese Weise befähigt, ernährungsme-

dizinische Aspekte in die Beratung und Behandlung ihrer Patienten einzubeziehen.

Der Kurs wird im Deutschen Institut für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrück stattfinden. Der Veranstaltungsort ist mit dem PKW und mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut zu erreichen. Die Wochenendblöcke finden jeweils freitags von 14 bis 18 Uhr und samstags von 10 bis 14 Uhr statt. Das ausführliche Kursprogramm ist bei der unten genannten Adresse erhältlich sowie im Online-Fortbildungskalender der Ärztekammer Berlin einsehbar.

Für weitere Informationen nutzen Sie bitte folgende Kontaktmöglichkeiten:

MUT gemeinnützige Gesellschaft für Gesundheit mbH, Büro Ernährungsmedizin, Rudolfstraße 11, 10245 Berlin, Tel.: 030 293302-44, E-Mail: erned@mut-gesundheit.de

Kursinhalte und Termine im Überblick

Kursinhalte:

- **Grundlagen der Ernährungsmedizin:** Ernährungsformen, Physiologie und Biochemie der Ernährung, Lebensmittelkunde, Ernährungszustand und Ernährungsverhalten
- **Spezielle Ernährungslehre:** Ernährungsassoziierte Erkrankungen und Erkrankungen mit speziellen Ernährungsproblemen, Adipositas, Arteriosklerose, Hypertonie, Diabetes, Dyslipoproteinämien, Lebensmittelunverträglichkeiten, Allergien, Ernährung bei Tumorerkrankungen, generalisierte und spezielle Mangelernährung, Essstörungen (Anorexie, Bulimie), Ernährung im Säuglings- und Kindesalter
- **Allgemeine Diätetik:** Ernährungsverordnung und -beratung, künstliche Ernährung (Indikation, Techniken, Anwendung bei speziellen Krankheitsbildern)

Termine:

Der Kurs findet an insgesamt 5 Wochenenden statt:

Block I: 09.03.2007 bis 11.03.2007

Block II: 23.03.2007 bis 25.03.2007

Block III: 20.04.2007 bis 22.04.2007

Block IV: 11.05.2007 bis 13.05.2007

Block V: 01.06.2007 bis 03.06.2007

Praktikum: voraussichtlich September 2007

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

11. bis 13. Januar 2007 in Berlin

Veranstaltungsort: Tagungszentrum Katholische Akademie, Hannoversche Str. 5 b, 10115 Berlin

Kongresseröffnung: Prof. Dr. med. Dr. h.c. J.-D. Hoppe, Berlin, Prof. Dr. med. H. Eckel, Göttingen

Themen und Moderatoren/-innen:

- **Suchterkrankungen (mit Schwerpunkt auf Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit),** Prof. Dr. F. Hohagen, Lübeck (11.01. / 9.20 – 13.15 Uhr)
- **Andrologie in der täglichen Praxis,** Prof. Dr. E. Nieschlag, Münster (11.01. / 15.00 – 18.30 Uhr)
- **Therapie der Adipositas,** Prof. Dr. J. Schulze, Dresden (12.01. / 9.00 – 13.15 Uhr)
- **Die Versorgung betagter Patienten,** Frau Prof. Dr. E. Steinhagen-Thiessen, Berlin (12.01. / 14.30 – 18.30 Uhr)
- **Arzneitherapie und Arzneimittelsicherheit im Alter,** Prof. Dr. B. Müller-Oerlinghausen, AkdÄ, Berlin (13.01. / 9.00 – 12.30 Uhr)

Die Veranstaltung ist mit insgesamt 20 Fortbildungspunkten durch die Ärztekammer Berlin zertifiziert.

Weitere Informationen und das Programmheft unter: Bundesärztekammer, Dezernat Fortbildung und Gesundheitsförderung, PF 12 08 64, 10598 Berlin, Tel. 030 400456-415, -418, Fax -429, E-Mail: cme@baek.de, Internet: www.bundesaerztekammer.de

Berliner Ärzte haben gewählt

Die Berliner Ärztinnen und Ärzte haben die 12. Delegiertenversammlung gewählt. In der Zeit vom 25. Oktober bis zum 8. Dezember 2006 hatten die Kammermitglieder Gelegenheit, per Briefwahl ihr „Parlament“, das heißt ihre Berufsvertretung, zu wählen. Nach der Auszählung der Wahlbriefe gab der Wahlleiter am 9. Dezember das Ergebnis bekannt: Die Arbeit der amtierenden Koalition wurde von den Wählerinnen und Wählern bestätigt. Die Liste „Allianz Berliner Ärzte“, die erstmals zusammen mit dem Hartmannbund antrat, wurde stärkste Fraktion. Der „Marburger Bund“ konnte einen Sitz gewinnen, die „Fraktion Gesundheit“ muss einen Sitz abgeben. Damit steigt der Vorsprung der amtierenden Koalition aus „Allianz Berliner Ärzte“, „Marburger Bund“ und „Hausärzte“, deren Fortsetzung als wahrscheinlich gilt, von 13 auf 15 Sitze.

Von Sascha Rudat

Stärkste Fraktion in der neuen DV ist die Liste „Allianz Berliner Ärzte“ mit 33,1 % der gültigen Stimmen. Das entspricht 15 Sitzen in der Delegiertenversammlung. Auf dem zweiten Platz liegt

die Liste „Fraktion Gesundheit“ mit 30,1 % der Stimmen. Sie wird daher mit 14 Sitzen vertreten sein. Drittstärkste Kraft wurde der „Marburger Bund“. Er erhielt 22,1 % der Stimmen (10 Sitze). Es folgt die Liste

„Hausärzte“ mit 11,9 % (5 Sitze). Auf dem letzten Platz liegt die neue Liste „Niedergelassene Ärzte“ mit 2,9 % der Stimmen (1 Sitz).

Trends und Entwicklungen

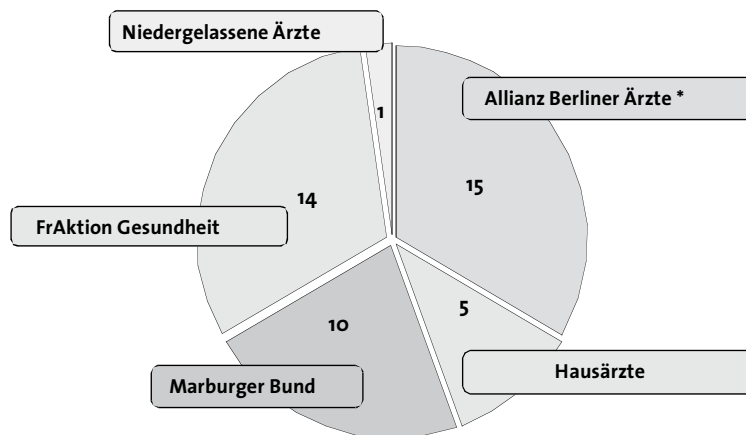
Die amtierende Koalition aus Liste „Allianz Berliner Ärzte“ (die diesmal zusammen mit dem „Hartmannbund“ angetreten war), „Marburger Bund“ und „Hausärzte“ (ehemals „Hausärzte im BDA“) geht also gestärkt aus der Wahl hervor. Der „Marburger Bund“, dem Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz angehört, ist die einzige Liste, die nominal Stimmen gewinnen konnte (+154 Stimmen), und damit um einen Sitz zulegte. Einen Sitz verloren hat hingegen die „Fraktion Gesundheit“, die jetzt nicht mehr stärkste Kraft in der Delegiertenversammlung ist. Die Fraktion hatte die größten Stimmverluste zu verzeichnen (-398 Stimmen). Den Part der stärksten Fraktion übernimmt jetzt die „Allianz Berliner Ärzte“, was auch aus dem Zusammenschluss mit dem Hartmannbund herrührt (-78 Stimmen). Die Liste „Niedergelassene Ärzte“, die erstmals angetreten war, konnte lediglich einen Sitz erringen. Insgesamt erhielt sie 279 Wählerstimmen. Nicht mehr angetreten war die Liste „Macht's besser – die Kammeralternative“, die ebenfalls zuvor nur einen Sitz hatte.

Wahl zur Delegiertenversammlung Ärztekammer Berlin 2006					2002	
Liste	Name	Stimmen	Prozent	Sitze	Stimmen	Sitze
Liste 1	Niedergelassene Ärzte	279	2,9	1	–	–
Liste 2	Fraktion Gesundheit	2873	30,1	14	3271	15
Liste 3	Marburger Bund	2111	22,1	10	1957	9
Liste 4	Hausärzte*	1136	11,9	5	1193	5
Liste 5	Allianz Berliner Ärzte Hartmannbund/NAV-Virchowbund	3160	33,1	15	3238**	15**

* ehemals „Hausärzte im BDA“

** „Allianz Berliner Ärzte“ und „Hartmannbund“ traten 2002 noch getrennt an, deshalb sind die Werte hier zur besseren Vergleichbarkeit zusammengeführt.

Kammerwahlen 2006 – Wahlergebnis
Sitzverteilung in der 12. Delegiertenversammlung



* Allianz Berliner Ärzte Hartmannbund/NAV-Virchow-Bund

Keine der Listen konnte demnach also eine absolute Mehrheit erringen. Wie in der Vergangenheit üblich, müssen sich Koalitionen bilden. Die bestehende Koalition aus „Marburger Bund“, „Hausärzte“ und „Allianz Berliner Ärzte“ hätte bei einer weiteren Zusammenarbeit eine bequeme Mehrheit von 15 Sitzen (2002: 13 Sitze). Andere mögliche Konstellationen („Marburger Bund“ und „Fraktion Gesundheit“ oder „Allianz Berliner Ärzte“ und „Fraktion Gesundheit“) gelten als unwahrscheinlich. 1998 hatte sich der „Marburger Bund“ von der „Fraktion Gesundheit“ abgewandt. Eine neuerliche Annäherung scheint nicht in Sicht. Die Sitze im Vorstand waren bisher nach dem Kräfteverhältnis der Koalition verteilt.



Kammermitarbeiterinnen beim Öffnen der Wahlbriefe.

Wieder bestes Einzelergebnis für Wille

Dr. Elmar Wille („Allianz Berliner Ärzte“) erzielte erneut das beste Einzelergebnis. Mit 925 Stimmen konnte der Mariendorfer Augenarzt, der seit 1999 Vizepräsident der Kammer ist, sein Ergebnis von 2002 erneut steigern (+101 Stimmen). Das zweitbeste Ergebnis hatte Kammerpräsident Jonitz („Marburger Bund“) mit 518 Stimmen. Er musste allerdings gegenüber 2002 Stimmverluste hinnehmen (-250 Stimmen). Ein Teil der Stimmverluste ist sicherlich darauf zurückzuführen, dass viele „Jonitz“-Stimmen für ungültig erklärt werden mussten, da sie nicht eindeutig Günther Jonitz oder seiner ebenfalls angetretenen Ehefrau Britta zuzuordnen waren.

Das drittbeste Ergebnis konnte Dr. Angelika Prehn („Hausärzte“) mit 359 Stimmen verzeichnen. Die KV-Vorsitzende musste aber auch Stimmverluste hinnehmen (-39 Stimmen). Auf dem zweiten Platz innerhalb der Liste lag Profes-

Wahlbeteiligung und abgegebene Stimmen					
	2006	2002	1998	1994	1990
Wahlberechtigte	25.139	24.180	23.095	23.314	19.977
Abgegebene Stimmen	9713	10.185	11.434	11.742	13.214
Gültige Stimmen	9559	9974	11.311	11.326	12.810
Wahlbeteiligung	38,6%	42,2%	49,5%	55,1%	66,2%

sor Dr. Vittoria Braun, die sich um 54 auf 220 Stimmen steigern konnte.

Das beste Einzelergebnis der „Fraktion Gesundheit“ errang Dr. Wolfram Singendonk mit 306 Stimmen (2002: 243 Stimmen). Der niedergelassene Kinderarzt aus Steglitz konnte sich damit vor der Internistin Dr. Cora Jacoby platzieren (290 Stimmen), die erheblich Stimmen verloren hat (-129). Dr. Andreas Grüneisen landete in der Fraktion wieder auf Platz 3 und konnte sein Ergebnis mit 227 Stimmen leicht verbessern (+6 Stimmen). Auf Platz 5 – und damit nach einer vierjährigen Pause wieder in der Delegiertenversammlung vertreten – ist Ex-Kammerpräsident Dr. Ellis Huber. Er erhielt 160 Wählerstimmen.

Innerhalb der „Allianz Berliner Ärzte“ konnte Kinderchirurg Professor Dr. Harald Mau den zweiten Platz belegen. Er steigerte sich deutlich um 97 auf 304 Stimmen.

Für die erstmals angetretene Liste „Niedergelassene Ärzte“ wird Dr. Georgi Wassilew in der Delegiertenversammlung vertreten sein. Der Allgemeinmediziner vom Prenzlauer Berg bekam 37 Stimmen.

Geringe Wahlbeteiligung

Die Wahlbeteiligung war so niedrig wie noch nie. Sie lag bei 38,6 %. Damit haben 9713 der 25.139 stimmberechtigten Kammermitglieder ihre Stimme abgegeben. Das ist ein historischer Tiefstand. 2002 hatten noch 42,2 % der Berliner Ärztinnen und Ärzte gewählt. Lesen Sie dazu auch das Editorial auf Seite 3.

Vorstandswahl im Januar

Am 17. Januar 2007 tritt die neue Delegiertenversammlung erstmals zusammen. In dieser konstituierenden Sitzung



Der Wahlausschuss bespricht strittige Fälle.

werden dann der neue Vorstand sowie der Präsident und der Vizepräsident der Ärztekammer Berlin gewählt. Die Kammermitglieder hatten zwei Stimmöglichkeiten: Mit ihrer Haupt-

stimme konnten sie eine der fünf Listen wählen, daneben hatten sie die Möglichkeit, bis zu zwei persönliche Vorzugsstimmen abzugeben, mit der sie ihre Favoriten innerhalb der Liste bestim-

men konnten. Folgende Berliner Ärztinnen und Ärzte werden – vorausgesetzt sie nehmen die Wahl an – in die künftige Delegiertenversammlung einziehen:

In die Delegiertenversammlung gewählte Ärztinnen und Ärzte:

Name	Stimmen 2006	Stimmen 2002
Liste 1 – Niedergelassene Ärzte		
1. Dr. Georgi Wassilew	37	–
Nachrücker		
Dr. Viola Olivier	35	–
Dipl.-Med. Sergej Popow	35	–
Dr. Peter Pomrenke	31	–
Liste 2 – Fraktion Gesundheit		
1. Dr. Wolfram Singendonk	306	243
2. Dr. Cora Jacoby	290	419
3. Dr. Andreas Grüneisen	227	221
4. Dr. Rolf Kühnelt	187	95
5. Dr. Ellis E. Huber	160	–
6. Antje Blankau	143	122
7. Dr. Hans-Joachim Eichinger	140	63
8. Dr. Horst Kallfass	129	96
9. Dr. Constanze Jacobowski	118	56
10. Dr. Volker Pickerodt	98	93
11. Dr. Bernd Köppl	86	151
12. Prof. Dr. Heribert Kentenich	77	61
13. Dr. Wolfgang Albers	72	86
14. Prof. Dr. H. Christof Müller-Busch	71	51
Nachrücker		
Dr. Rüdiger Brand	69	134
Dr. Thea Jordan	62	59
Dr. Eva Müller-Dannecker	58	87
Liste 3 – Marburger Bund		
1. Dr. Günther Jonitz	518	768
2. Dr. Kilian Tegethoff	266	–
3. Dr. Thomas Zoller	219	–
4. Dr. Rebekka Kretz	217	–
5. Dr. Matthias Albrecht	159	150
6. Dr. Werner Wyrwich	115	83
7. Priv.-Doz. Dr. Matthias David	98	111
8. Dr. Sigrid Kemmerling	84	146
9. Dr. Peter Bobbert	83	–
10. Prof. Dr. Axel Ekkernkamp	83	74

Name	Stimmen 2006	Stimmen 2002
Nachrücker		
Dr. Bettina Jäger	78	87
Hubertus Burbach	75	76
Dr. Klaus Thierse	68	96
Liste 4 – Hausärzte		
1. Dr. Angelika Pohn	359	398
2. Prof. Dr. Vittoria Braun	220	166
3. Dr. Wolfgang Kreischer	117	109
4. Dipl.-Med. Dieter Schwochow	110	105
5. Dr. Hans-Peter Hoffert	102	128
Nachrücker		
Dr. Gabriela Stempor	76	–
Annette Nießing	61	–
Michael Janßen	48	–
Liste 5 – Allianz Berliner Ärzte*		
1. Dr. Elmar Wille	925	824
2. Prof. Dr. Harald Mau	304	207
3. Dr. Svea Keller	275	217
4. Burkhard Bratzke	249	–
5. Helmut Mälzer	230	145
6. Dr. Hans-Detlef Dewitz	195	–
7. Dr. Thomas Wildfeuer	193	35
8. Dr. Regine Held	192	158
9. Dr. Roland Urban	189	102
10. Dirk Rehbein	177	33
11. Dr. Sabine Krebs	159	228
12. Dr. Matthias Bloechle	147	156
13. Dr. Detlef Ruland	134	–
14. Dr. Bernd Müller	124	–
15. Priv.-Doz. Dr. Dietrich Banzer	123	80
Nachrücker		
Dr. Dietrich Bodenstein	118	61
Dr. Rudolf G. Fitzner	99	83
Dr. Christian Handrock	99	–

* Allianz Berliner Ärzte Hartmannbund/NAV-Virchowbund

Delegierte ändern Gebührenordnung in der Weiterbildung

Bericht von der Delegiertenversammlung am 29. November 2006

Die Delegierten haben die Gebührenordnung der Ärztekammer Berlin geändert. In der letzten Sitzung dieser Legislaturperiode am 29. November 2006 stimmten sie dafür, dass Weiterbildungsassistenten ab Januar 2007 keine Gebühren mehr zahlen müssen. Befugnisstätten im stationären Bereich werden hingegen künftig mit der doppelten Gebühr belegt. Die Delegierten zollten damit der verbesserten Haushaltslage Tribut. Heftig diskutiert wurde daneben die Wahlordnung zur Vertreterversammlung der Berliner Ärzteversorgung.

Von Sascha Rudat

Durch die Entscheidung der Delegierten ist das Anerkennungsverfahren für Facharztstitel wieder gänzlich gebührenfrei. Das Ärzteparlament hatte aufgrund schlechter Haushaltsprognosen im November 2005 die Einführung von Gebühren für die Anerkennung von Bezeichnungen, Erteilung von Weiterbildungs-Befugnissen und Zulassung von Befugnisstätten beschlossen. Die Anerkennung des ersten Facharztstitels blieb aber gebührenfrei. Diese Gebührenordnung, die am 1. Januar 2006 in Kraft getreten war, wurde jetzt dahingehend geändert, die Weiterbildungsassistenten vollständig zu entlasten.

Aufgrund eines Änderungsantrages von Andreas Grüneisen (Fraktion Gesundheit) wurde zusätzlich auch das Verfahren zur Befugniserteilung im ambulanten und stationären Bereich gebührenfrei gestellt (bisher 100 € beziehungsweise 200 €). Diese Änderung wurde zunächst diskutiert. Als Kompromiss, der von Eva Müller-Dannecker (Fraktion Gesundheit) eingebracht wurde, verständigten sich die Delegierten darauf, im Gegenzug die Gebühren für die Zulassung einer Befugnisstätte im stationären Bereich von bisher 250 auf künftig 500 € zu verdoppeln. Die Gebühren für Befugnisstätten im ambulanten Bereich bleiben unverändert bei 125 €. Weitere Änderungen gibt es im Bereich Strahlenschutz- und Röntgenverordnung: Das Verfahren zur Anerkennung von Fachkunden nach Strahlenschutz-

verordnung und Röntgenverordnung mit Prüfung kostet eine Gebühr von 150 €, das Verfahren zur Anerkennung von Fachkunden nach Röntgenverordnung ohne Prüfung 100 €. Das Verfahren zur Anerkennung der Fachkunde Notfall-diagnostik (ohne CT) ist gebührenfrei.

Umstrittene Wahlordnung

Für heftige Diskussionen unter den Delegierten sorgte die Wahlordnung für die Vertreterversammlung der Berliner Ärzteversorgung (BÄV). Die Delegiertenversammlung ist nach dem neuen Kammergesetz aufgefordert, für das Versorgungswerk eine eigenständige Vertreterversammlung zu wählen. Bislang wurden die Geschicke der BÄV von der Delegiertenversammlung direkt kontrolliert. Für die Wahl der Vertreterversammlung musste deshalb eine Wahlordnung erstellt werden. Der Kammervorstand hatte eine Wahlordnung verabschiedet. Diese wurde von der Fraktion Gesundheit nun stark kritisiert. Hauptkritikpunkt war, dass die Vertreterversammlung nach dem Mehrheits- und nicht nach dem Verhältniswahlrecht gewählt werden soll. Dies hatte auch die Senatsverwaltung in einem Brief bemängelt.

Andreas Grüneisen betonte: „Das ist nicht aus Zufall passiert, sondern mit Absicht. Es ist klare Sache, dass die Fraktion Gesundheit aus der Vertreterversammlung herausgehalten werden soll.“



Delegierten
v e r s a m m l u n g

Er führte die Wahlordnungen der Apotheker- und Zahnärztekammer an, wo nach dem Verhältniswahlrecht gewählt wird. Hermann Brehme („Macht's besser - die Kammeralternative“) beantragte eine Unterbrechung, um die Wahlordnung der Vertreterversammlung des Versorgungswerkes der Zahnärztekammer zu verteilen. Brehme erklärte, dass der Kammervorstand seine Aufgabe nicht gelöst habe und dass er das Vorgehen des Vorstandes für gesetzeswidrig halte. Cora Jacoby (Fraktion Gesundheit) stellte die Frage, weshalb die Wähler der Fraktion Gesundheit keine Mög-

Praxisschilder



unverbindlicher Hausbesuch
in Berlin oder

Sie besuchen unsere ständige Ausstellung

InfoCard Tel. (030) 84 10 90 40
Fax (030) 84 10 90 41

Hindenburgdamm 68, 12203 Berlin-Steglitz

infocard@infocard-berlin.de

A
N
Z
E
I
G
E

lichkeit dazu haben sollten, auch in der Vertreterversammlung des Versorgungswerkes vertreten zu sein. Sie äußerte die Vermutung, dass Kammerpräsident Günther Jonitz (Marburger Bund) bestimmte Personen der Fraktion Gesundheit aus dem Versorgungswerk heraushalten wolle: „Das ist eine persönliche Geschichte.“

Vizepräsident Elmar Wille (Liste Allianz) zeigte sich verwundert darüber, dass die Wahlordnung angegriffen wurde und nicht das Kammergesetz, durch das die gesamte Delegiertenversammlung entrechtet werde. „Der Kern liegt in einem grottenschlechten Gesetz und nicht in der Wahlordnung“, unterstrich er. Das demokratisch gewählte Ärzteparlament gebe mit der Wahl der BÄV-Vertreterversammlung einen der wichtigsten Themenbereiche – nämlich die Altersvorsorge der Ärzte – aus der Hand und sei künftig ohne jegliche Einflussmöglichkeit. Wille wies darauf hin, dass auch andere Ausschüsse der Kammer nicht nach „Parteienproporz“ besetzt würden und

betonte, dass es keine Parteien in der Delegiertenversammlung gebe, lediglich Listen. Er warf die Frage auf, weshalb die Fraktion Gesundheit einen Brief an die Senatsverwaltung geschickt habe, worin sie Maßnahmen zur Vermeidung der Ämterkollision im Aufsichts- und Verwaltungsausschuss der BÄV mit Positionen im Kammervorstand gefordert hatte. Aus Willes Sicht hätte es andere Möglichkeiten gegeben, Ämterkollisionen zu vermeiden.

Eva Müller-Dannecker erwiderte, dass es darum gegangen sei, das Versorgungswerk „zu entpolitisieren“. Sie fügte hinzu, dass das Kammergesetz nicht von der Fraktion Gesundheit geschrieben worden sei. Rüdiger Brand (Fraktion Gesundheit), der den Brief an die Senatsverwaltung mitunterschrieben hatte, erklärte, dass er dies nicht wieder tun würde: „Ich halte diese Vertreterversammlung für vollkommen schwachsinnig, und ich nehme an, die meisten in der Fraktion Gesundheit sehen das genauso.“

Nach Abschluss der Debatte stimmten 23 Delegierte für und 14 Delegierte gegen die vorliegende Wahlordnung. Die Wahlordnung muss jetzt der Senatsverwaltung zur Genehmigung vorgelegt werden.

Zwischenprüfungen für Medizinische Fachangestellte

Weniger diskussionsgeladen war dagegen die Abstimmung über die Prüfungsordnung für Zwischenprüfungen von Medizinischen Fachangestellten. Einstimmig votierten die Delegierten dafür. Regine Held, Vorsitzende des Berufsbildungsausschusses, erläuterte kurz, dass die seit 1. August 2006 gültige Verordnung zur Berufsausbildung von Medizinischen Fachangestellten neben der bereits beschlossenen neuen Abschlussprüfungsordnung auch eine geänderte Zwischenprüfungsordnung notwendig mache. Hintergrund ist unter anderem eine andere Gewichtung theoretischer und praktischer Inhalte der Ausbildung. *srd*

KiGGS-Studie

Gesundheit von Kindern und Jugendlichen unter der Lupe

Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler des Robert Koch-Instituts (RKI) haben von Mai 2003 bis Mai 2006 Gesundheitsdaten von 17.641 Kindern und Jugendlichen in 167 Städten und Gemeinden erhoben. Erste Ergebnisse der europaweit einmaligen Gesundheitsstudie wurden im September 2006 auf einem Symposium vorgestellt, im Dezember 2006 erschien die KiGGS-Elternbroschüre. Die Studie wurde vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) und vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) finanziert. Dr. Bärbel-Maria Kurth, am RKI Leiterin der Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung sowie Leiterin der KiGGS-Studie, erläutert im Gespräch mit BERLINER ÄRZTE die Besonderheiten des Surveys.

KiGGS wird als einzigartiges Projekt bezeichnet. Was macht die Studie zur Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland aus?

Das Besondere ist, dass KiGGS viele Einzelaspekte von Gesundheit in einer einzigen, repräsentativen Studie verbindet. Dadurch wird erstmalig eine Einschätzung aber auch eine wissenschaftliche Analyse der komplexen Zusammenhänge möglich. Im Rahmen der dreijährigen Untersuchungsphase wurden von circa 18.000 Mädchen und Jungen bundesweit Informationen zu ihrem Gesundheitszustand und zu ihrem Gesundheitsverhalten gesammelt. Dafür sind vier

ANZEIGEN

RUGE & CHERIF Rechtsanwälte und Arzt

Dr. med. Dietrich Ruge
Rechtsanwalt und Arzt

Dr. jur. Sylvia El Cherif
Rechtsanwältin

Medizinrecht und Arbeitsrecht
www.rae-ruge-cherif.de

Xantener Str. 15A (Am Olivaer Platz) • 10707 Berlin • Tel. 030 88722831

Praxisschilder · Drucksachen · Stempel

Thomas Götze TE-GE · Über 35 Jahre Erfahrung

Kaiser-Friedrich-Str. 5 · 10585 Berlin · Mo – Do 10 – 17 Uhr u. n. Vereinb.

☎ 3 41 10 64 · Fax 3 41 90 25 · goetze-stempel.de

ANZEIGENSCHLUSS HEFT 2/2007: 8.1.2007

Teams nach einem zuvor festgelegten Routenplan durch ganz Deutschland gereist und haben in den 167 zufällig ausgewählten Städten und Gemeinden die Studienteilnehmer untersucht.

Dabei standen vor allem die gesundheitsrelevanten Themen im Vordergrund, die für die Altersgruppe der 0- bis 17-Jährigen charakteristisch sind. Die KiGGS-Studie erfasst ein sehr breites Spektrum von Kinder- und Jugendgesundheit, um Problemfelder bei den Heranwachsenden zu identifizieren. Ziel war und ist es, Risikofaktoren zu erkennen und mögliche Vermeidungsstrategien aufzuzeigen. Beispielsweise können nach grundlegender Auswertung der Daten folgende Fragen beantwortet werden: Wie ist es um die körperliche und psychische Gesundheit bestellt? Wie schätzen die Studienteilnehmer selbst ihre Gesundheit ein? Welche Krankheiten und welche Gesundheitsrisiken treten häufig auf? Lassen sich Merkmale von Verhaltensauffälligkeiten beziehungsweise Symptome von Essstörungen erkennen? Bewegen sich die Kinder und Jugendlichen an der frischen Luft? Treiben sie Sport im Verein? Werden die empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen? Welchen Impfstatus haben die Studienteilnehmer?

Das sind sehr viele Themenschwerpunkte. Der Besuch eines Studienteilnehmers beschränkte sich im Untersuchungszentrum jedoch nur auf zwei Stunden. Konnten in so kurzer Zeit alle erforderlichen Daten erhoben werden?

Da sprechen Sie einen wichtigen Punkt an. Ja, es ist uns gelungen, alle Informationen der einzelnen Studienteilnehmer in relativ kurzer Zeit zu erfassen. Das liegt daran, dass die zweistündige Untersuchung auf unterschiedliche Erhebungsinstrumente zurückgreift: KiGGS verbindet eine schriftliche Befragung der Eltern sowie eine schriftliche Befragung der Kinder und Jugendlichen ab 11 Jahren mit einer körperlichen Untersuchung und einigen Tests der Studienteilnehmer. Außerdem wurde ein standardisiertes ärztliches Interview durchgeführt und es gab zusätzlich das Angebot einer Blut- und Urinuntersuchung. Diese einzelnen Bausteine ergeben das Informations-

material, auf das wir jetzt zurückgreifen. Das heißt, wir können Selbstangaben und objektive Messwerte miteinander verbinden, aber auch Angaben wie zum Beispiel zum Alter, Geschlecht, Sozialstatus, Migrationshintergrund einfließen lassen. Zusätzlich zum Kernsurvey der Studie wurden vertiefende Untersuchungen in Modulen durchgeführt, die sich mit den Themen Umweltbelastungen (Kinder-Umwelt-Survey), psychische Gesundheit (Bella-Studie), motorische Entwicklung (MoMo) und Ernährung (EsKiMo) befassen.

War für KiGGS ein „Probefurchlauf“ notwendig?

Ja, die Methoden, die letztlich in den Untersuchungszentren vor Ort zum Tragen kamen, wurden zuvor in einer einjährigen Pilotstudie 2001/2002 geprüft. Sie müssen bedenken, dass der KiGGS-Studie eine umfangreiche Konzipierungs- und Vorbereitungsphase in der Abteilung „Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung“ des Robert Koch-Instituts vorausging. Die ersten Ideen für einen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey gab es bei uns bereits 1995. Bis zum ersten KiGGS-Untersuchungstag im Mai 2003 wurde das Konzept wiederholt überarbeitet und verbessert. Das ist für eine Studie, die mit dem Ziel, repräsentativ und umfassend zu sein, an den Start ging, nicht ungewöhnlich. Der finanzielle, personelle und organisatorische Aufwand war gerade wegen der Einzigartigkeit und Größe der Studie enorm. Ab 1999 wurden das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Bildung und Forschung in den Prozess einbezogen. Außerdem haben wir eng mit anerkannten Experten aus dem Bereich Kinder- und Jugendgesundheit

im Wissenschaftlichen Beirat zusammen gearbeitet.

Welche ersten KiGGS-Ergebnisse liegen vor?

Ich kann hier leider nicht auf alle Themenschwerpunkte eingehen, zu denen wir schon Auswertungsergebnisse erarbeitet haben, deshalb wähle ich einige Aspekte aus. Erfreulich ist zum Beispiel



Zur Person:

Dr. Bärbel-Maria Kurth, geboren in Freiberg, Mathematikdiplom an der Humboldt-Universität zu Berlin; Promotion auf dem Gebiet der Theoretischen Statistik; Arbeit auf dem Gebiet der Epidemiologie seit 1991, seit Juli 1998 Leiterin der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung am Robert Koch-Institut (Direktorin und Professorin); Projektleiterin des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 sowie der KiGGS-Studie.

ANZEIGE

STEFAN DANIEL LITNANSKI

Rechtsanwalt

Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht

Medizinrecht/Arztrecht

PF 740 140 · 13091 Berlin · Tel. 030/510 582 63 · www.ra-litnanski.de

das Ergebnis der Befragung zur Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands der Studienteilnehmer. 85 Prozent der Altersgruppe 11 bis 17 Jahre schätzen selbst ihren Gesundheitszustand als positiv ein – 23 Prozent geben die Bewertung „sehr gut“ und 62 Prozent „gut“ ab. Etwa 15 Prozent dieser Altersgruppe bezeichnen ihren Gesundheitszustand als „mittelmäßig“. Die Elternangaben für die jüngeren Kinder (0 bis 10 Jahre) sind ebenfalls positiv. Sie schätzen den gesundheitlichen Status ihrer Kinder sogar überwiegend als „sehr gut“ ein.

Auch die Ergebnisse zum Thema Sport- und Bewegungsverhalten sind gut. Drei Viertel der 3- bis 10-jährigen Kinder in Deutschland spielen fast täglich im Freien. Über die Hälfte der Kinder dieser Altersgruppe treibt wenigstens einmal in der Woche Sport in einem Verein. Von den 11- bis 17-Jährigen sind 84 Prozent mindestens einmal in der Woche in ihrer Freizeit körperlich so aktiv, dass sie dabei ins Schwitzen kommen und außer Atem geraten.

Zu einem erfreulichen Ergebnis kommen wir ebenfalls bei der Mundhygiene: 71 Prozent der Probanden putzen sich zweimal am Tag die Zähne und 84 Prozent besuchen zweimal im Jahr den Zahnarzt zum Kontrollbesuch.

Alarmierend sind hingegen die Zahlen zur Verbreitung von Übergewicht und Adipositas: 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen (3 bis 17 Jahre) sind übergewichtig, 6,3 Prozent davon sind adipös. Somit ist jedes 6. bis 7. Kind übergewichtig, jedes 16. im Grundschulalter und jeder 12. Jugendliche ab 14 Jahren adipös. Es wurde festgestellt, dass der Anteil der übergewichtigen Kinder sowie der adipösen Kinder mit zunehmendem Alter steigt. Am deutlichsten nimmt der Anteil der übergewichtigen Kinder im Grundschulalter (7 bis 10 Jahre) zu.

Über das Ernährungsverhalten der Heranwachsenden kann man sagen, dass mehr als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen im Vergleich zu den Empfehlungen des Forschungsinstituts für Kinderernährung Dortmund zu wenig Getreide, Gemüse, Obst, Milchprodukte, Fisch und Beilagen (Kartoffeln, Reis und Nudeln etc.) essen. Süßigkeiten, Snacks und gesüßte Getränke stehen hingegen prinzipiell zu häufig auf dem Speiseplan.

Die weiteren Ergebnisse wie zum Beispiel zu den Themen Allergische Krankheiten, Unfälle, Verhaltensauffälligkeiten und -stärken, Essstörungen, Rauchen, Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen finden Sie auf unserer Internetseite, in unserer Elternbroschüre sowie in der Basispublikation im Bundesgesundheitsblatt, die im Mai/Juni 2007 erscheinen wird.

Welchen Nutzen hat der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey?

Einerseits hat jeder Studienteilnehmer und seine Familie einen individuellen Nutzen, weil ihm noch während des ärztlichen Gesprächs im Untersuchungszentrum Ergebnisse einiger Tests und Untersuchungen mitgeteilt wurden. Zudem erhielten die Eltern des Kindes auch einige Wochen später einen Befundungsbrief vom RKI, in dem weitere Ergebnisse, zum Beispiel zum Infektionsschutz, zur Allergietestung oder zu einem eventuell vorliegenden Nährstoff- oder Vitaminmangel, enthalten waren. Der Brief enthielt bei Abweichungen vom Normalbefund eine Empfehlung, dass Kind beim behandelnden Arzt vorzustellen.

Für die Gesundheitsberichterstattung hat die KiGGS-Studie den Nutzen, eine Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Kinder und Jugendlichen in Deutschland zu ermöglichen. Dank der KiGGS-Ergebnisse können Problemfelder und

Risikogruppen identifiziert werden. Das bedeutet, dass Gesundheitsziele noch genauer definiert werden und dementsprechend Präventions- und Interventionsansätze entwickelt werden können.

Der im Rahmen von KiGGS erhobene Datensatz wird aber auch für die epidemiologische Forschung genutzt werden. Wichtige Hypothesen zu Zusammenhängen zwischen Umwelt- und Lebensstileinflüssen auf die Gesundheit und die Lebensqualität der Kinder können ebenso geprüft werden wie Fragestellungen zur medizinischen Versorgung und zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, um nur einige Beispiele zu nennen. In Kooperation mit Wissenschaftlern anderer Institutionen werden die Mitarbeiter des RKI zeitnah ihre Ergebnisse in Fachjournalen publizieren. In zwei Jahren wird der gesamte Datensatz als Public Use File der Wissenschaftlichen Öffentlichkeit zur Verfügung stehen.

Auf gesundheitspolitischer Ebene bewirkt das eine neue Entscheidungsgrundlage für Maßnahmen, die einen breiten gesellschaftlichen Nutzen haben werden: die Verbesserung der gesundheitlichen Lage aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland. Wir dürfen nicht vergessen, dass die heranwachsende Generation von heute morgen die Verantwortung für die heutigen Erwachsenen und die künftigen Kinder übernehmen wird. Wir wünschen uns weiterhin großes Interesse an der Studie und ihren Ergebnissen, denn KiGGS ist eine Investition in die Zukunft.

Vielen Dank für das Gespräch.

Das Gespräch führte Ulrike Hempel

Weitere Informationen im Internet: www.kiggs.de



Äthiopien: Zwei statt einer

In einem Gebiet, in dem die Ernährung nicht das ganze Jahr gesichert ist, werden alle Hände in der Landwirtschaft gebraucht, und im Haushalt ebenso. Aber selbst dann gibt es manchmal kaum etwas zu essen. Die Mekane Yesus-Kirche, der ein-

heimische Partner von „Brot für die Welt“, kämpft auf allen Ebenen gegen den Hunger. So z.B. bei den Konso. Durch den Bau von Kanälen und verbesserte Anbaumethoden sind dort inzwischen zwei Ernten möglich. Das reicht für die Grundernährung, und mit Glück kann noch

etwas auf dem Markt verkauft werden. **Mit Ihrer Spende unterstützen Sie unser Engagement gegen Hunger und Armut.**

Brot für die Welt
Ein Stück Gerechtigkeit

Postbank Köln
Konto 500 500-500
BLZ 370 100 50
Postfach 10 11 42
70010 Stuttgart

Klinikvergleiche auf dem Prüfstand

Daten wie die der BQS waren zunächst als Instrument der internen Qualitätskontrolle und Anstoß für Verbesserungen gedacht. Nun wird der Krankenhaus-Vergleich öffentlich. Über methodische Voraussetzungen dafür wurde Anfang November bei einem Workshop der EpiBerlin gesprochen.

Von Adelheid Müller-Lissner

Spätestens seit PISA die Nationen im Hinblick auf die Lesefähigkeiten ihrer Jugendlichen sortierte, ist es offensichtlich: „Wir leben in einer Zeit, in der man sich sehr für Rankings interessiert“, sagt einer, der es wissen muss, der Statistik-Experte Professor Dr. Karl Wegscheider vom Institut für Statistik und Ökonometrie der Universität Hamburg.

Das Interesse an Rankings macht vor der Medizin nicht Halt. Mit der „großen Ärzte-Liste“ von „Focus“ fing es an. Mit dem Klinikführer der Rhein-Ruhr-Region, für den die Hälfte aller Kliniken ihre Daten zur Verfügung stellten und der sich gleich in den ersten Monaten 32.000 Mal verkaufte und von fast 200.000 Internet-Usern angeklickt wurde, ging es weiter. Und mit der im Frühsommer 2006 veröffentlichten „Tagesspiegel“-Serie über Berlins Krankenhäuser, in die Daten von 90 Prozent der ortsansässigen Häuser eingingen, ist es wahrscheinlich längst noch nicht zu Ende. Inzwischen stellen von Schleswig-Holstein bis Bayern zahlreiche Kliniken ihre aktuellen Daten ins Netz.

Nicht nur auf individueller Ebene ist der Wunsch potenzieller „Kunden“, mehr über die Qualität der Einrichtungen zu erfahren, in denen ihre Hüfte oder ihr Blinddarm operiert werden, verständlich. Angesichts der in jedem Jahr für Gesundheit ausgegebenen 250 Milliarden Euro hat die Allgemeinheit auch in gesunden Tagen ein berechtigtes Interesse daran, dass der Wert der „Ware“ Medizin und Pflege ein wenig genauer unter die Lupe genommen wird, die es für das Geld gibt.

Rückmeldung für das „emotionale Rückgrat“ des Arztes

„Auch auf oberster politischer Ebene ist das Interesse für Qualität inzwischen groß“, sagte Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin, zum Auftakt eines Workshops zum Klinikvergleich, den die Ärztekammer gemeinsam mit EpiBerlin, einem Interdisziplinären Forschungsverbund für Epidemiologie in Berlin, Anfang November in den Räumen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ausrichtete.

Nicht zuletzt aber findet Jonitz die Rückmeldung über die Güte der eigenen Arbeit für jeden Arzt und jede Einrichtung selbst wichtig, als „emotionales und professionelles Rückgrat“. Grund genug, dass die Ärzte sich selbst darum kümmern, statt sich die Qualitätskontrolle von außen aufdrücken zu lassen. Eine solche Rückmeldung bekommen die deutschen Krankenhäuser mittlerweile einmal im Jahr von höchster Stelle. Die Daten, die die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) regelmäßig aus 1708 deutschen Krankenhäusern zusammenträgt, inzwischen allgemein als BQS-Daten bekannt, sind zunächst ein Werkzeug für die interne Unternehmenssteuerung, wie der BQS-Geschäftsführer, Chirurg und Intensivmediziner Dr. med. Volker Mohr betonte. Die Auswertung der Messungen in 20 Qualitätsbereichen, unterteilt in 268 Qualitätsziele und 250 Kennzahlen, zeigen dem einzelnen Krankenhaus, wo es im Vergleich steht. Einmal im Jahr bekommen alle beteiligten Kliniken die Auswertung zugeschickt.

Das öffentliche Interesse besteht in einem zweiten Ziel, in der Verbesserung der Versorgung. Dabei geht es um drei Fragen: Wird das Richtige getan? Wird es richtig gemacht? Was kommt dabei heraus? Also um Indikationsstellung, Prozesse und Ergebnisse. Das geht weit über Qualitätsvergleiche hinaus, in denen allein die Mortalität als Kriterium gewählt wird, wie das in den USA üblich ist. Denn glücklicherweise schlagen sich Qualitätsmängel der medizinischen Behandlung nicht immer in erhöhter Sterblichkeit nieder.

Verbesserungen im Schutz der Anonymität

Weil die Zahlen nicht ohne Zustimmung der jeweiligen Einrichtung veröffentlicht werden, kann an Verbesserungen im geschützten Raum gearbeitet werden:

Gibt es Auffälligkeiten – auch auffallende Abweichungen positiver Art – bei bestimmten Verfahren oder Ergebnissen, dann wird von der BQS nachgefragt und gegebenenfalls zu einer Stellungnahme aufgefordert. 6666 solcher diskreten Nachfragen hat es im letzten Jahr gegeben. „Dann treffen wir Zielvereinbarungen, wie der Auffälligkeit zu Leibe gerückt werden kann.“ Für bewusstes Mogeln haben die BQS-Leute, die die eingereichten Daten stichprobenartig mit Patientenakten abgleichen, allerdings bisher keine Anhaltspunkte gefunden.

Mohr konnte beim Workshop zudem über Verbesserungen berichten, die durch die Gespräche in den letzten Jahren schon erreicht wurden. Beispiel Brustkrebs: In den einschlägigen Leitlinien ist festgehalten, dass die Bestimmung des Sicherheitsabstands bei der Entfernung des Knotens dokumentiert werden muss. Im Jahr 2003 geschah das jedoch nur in 72,52 Prozent der Fälle. Im Jahr 2005 ist man schon bei 83,19 Prozent angekommen. Beispiel Bypass-OP: Für die Verwendung der Arteria mammaria interna gibt es eine hohe Evidenz, 86 Prozent der Eingriffe wurden 2003 auch so durchgeführt, nur in einem Krankenhaus kam das Verfahren überhaupt nicht zur Anwendung. Doch die Gesprä-

che halfen. „Im Jahr 2005 waren es auch in diesem Haus 80 Prozent der Eingriffe.“ Inzwischen würden die Qualitätsziele zu 21 Prozent voll, zu 63 Prozent im Wesentlichen erreicht. „In zehn Prozent der Fälle gibt es Problempunkte.“

Was ist für die Veröffentlichung geeignet?

Rückmeldung für die Krankenhäuser, Verbesserung der Versorgung – das sind inzwischen aber nicht mehr die einzigen Hoffnungen, die sich mit solchen Datenerhebungen verbinden. Das große aktuelle Thema ist der öffentliche Vergleich. „Die Menschen fragen sich gegenseitig: Kennst Du nicht ein gutes Krankenhaus?“, so schilderte Ingo Bach, Redakteur beim „Tagesspiegel“, die Motivation für die von ihm angestoßene, in Zusammenarbeit mit „Gesundheitsstadt Berlin“ realisierte und unter Berliner Ärzten nicht unumstrittene große Serie über die Berliner Kliniken.

Der Qualitätsvergleich ist inzwischen auch politisch durchaus erwünscht. „Die BQS wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss damit beauftragt, ihren Indikatorenkatalog darauf hin zu überprüfen, inwieweit er für die Öffentlichkeit nutzbar ist“, berichtete Mohr. Dafür sollen die BQS-Qualitätsindikatoren bis Anfang März 2007 auf ihre Relevanz, ihre Wissenschaftlichkeit und ihre Praktikabilität geprüft werden. „Danach soll entschieden werden, welche dieser Indikatoren für die Veröffentlichung geeignet sind“, so Mohr. Qualitätskontrolle und Transparenz werde man grundsätzlich nicht mehr zurückfahren können, ohne sich dem verhängnisvollen Vorwurf des Vertuschens auszusetzen.

Dass Einrichtungsvergleiche Veränderungen befördern können und dass Transparenz wichtig ist, findet auch Statistiker Wegscheider. Betone man zu sehr den sportlichen, kompetitiven Charakter einer solchen Erhebung, dann stehe das echten Lernprozessen allerdings eher im Wege.

Und es gibt eine weitere wichtige Voraussetzung für die Brauchbarkeit der Vergleiche: „Dabei ist eine saubere statistische Methodik unerlässlich, denn die Glaubwürdigkeit steht und fällt mit belastbaren Zahlen.“ So müssen mittels Adjustierung die Unterschiede in den Ausgangsbedingungen ausgeglichen werden. „Das setzt eine zentrale Evaluation voraus, das heißt, man muss vertrauen und die Daten zur Auswertung abgeben.“

Daten des Berliner Herzinfarktregisters

Genau das hat der Verein „Berliner Herzinfarktregister“ getan, in dem seit 1999 Daten von allen Patienten gesammelt werden, die mit einem akuten Herzinfarkt in eine der teilnehmenden Berliner Kliniken gebracht werden. Das sind rund 20 Prozent der jährlich 10.000 Herzinfarkte in Berlin.

Elf der beteiligten Kliniken gaben ihre anonymisierten Daten an Wegscheider zur Auswertung. Die kardiologischen Chefsärzte der beteiligten Kliniken hatten sich auf Kriterien für die Adjustierung geeinigt. Relevant waren dabei als „schlechte“ Faktoren neben dem Alter und dem Schweregrad bei der Aufnahme das Vorliegen einer Nieren- und Herzinsuffizienz, eine Ejektionsfraktion unter 35, im positiven Sinn Hypertonie und Hypercholesterinämie. Signifikante Unterschiede zwischen den Kliniken zeigten sich dabei in den Reperfusionsraten und in der Entlassungsmedikation. „Die Ergebnisse in der Mortalität erwiesen sich dagegen als Vertrauen erweckend ähnlich“, resümierte bei der Veranstaltung der Kardiologie Professor Dr. med. Walter Thimme, Vorsitzender des Vereins.

Mit der Adjustierung dieser Daten für die Ausgangsposition der Patienten ist das Berliner Herzinfarktregister weiter als die BQS für viele Bereiche ihrer Datensammlung. „Wer einmal begriffen

hat, wie wichtig Adjustierung ist, kann nicht mehr auf unadjustierte Daten vertrauen, er hat in dieser Hinsicht den Zustand der Unschuld verloren“, sagt Statistiker Wegscheider. Allerdings müsse man sich der Tatsache bewusst bleiben, dass in Rankings auch bei bestmöglicher Adjustierung kein Zustand perfekter Gerechtigkeit erreicht werden könne. „Dafür müssten die Patienten randomisiert den Kliniken zugeteilt werden.“ Andererseits lassen sich Untersuchungen, die auf Daten wie denen des Berliner Herzregisters aufbauen, der Versorgungsforschung zurechnen, die heute als besonders wichtig betrachtet wird, so betonte Kardiologie Thimme.

Nun bleibt mit Spannung zu erwarten, ob auch das öffentliche Klinik-Ranking die Phasen durchlaufen wird, die Wegscheider bisher bei allen Qualitätssicherungsprojekten ausfindig gemacht hat: Zuerst große Erwartungen, dann Aufdeckung von Mängeln samt Überschätzung von deren Bedeutung, schließlich Gewöhnung an das System und wachsende Akzeptanz der Evaluierung, am Ende Verschwinden aus dem öffentlichen Interesse, weil es keine Sensationen mehr gibt.

In der Routinephase, so Wegscheiders Beobachtung, werden dann typischerweise die Unterschiede zwischen den Einrichtungen kleiner: Bei den „schlechteren“ werden Mängel behoben, die „besseren“ tendieren dagegen in Richtung Mittelmaß. „Mein Verdacht ist, dass auch hier ein gutes Pferd nicht weiter springt als es muss“, sagt der Statistiker ganz nüchtern.

Dr. phil. Adelheid Müller-Lissner
Medizinjournalistin

Die Daten der BQS finden sich unter:
www.bqs-outcome.de

Informationen zum Berliner Herzinfarktregister: www.herzinfarktregister.de

Berliner Gynäkologen besuchen Kollegen in Baku

Auf Initiative der Deutsch-Aserbaidischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe fand vom 2. bis 8. Oktober die erste bilaterale Berlin-Baku-School statt. Der Intensivkurs wurde von der Ärztekammer Berlin als Fortbildungsveranstaltung zertifiziert.

Von Andreas D. Ebert

Seit der Gründung der Gesellschaft im November 2005 und dem ersten wissenschaftlichen Auftakt-Meeting im April 2006 waren nach mehrmonatiger intensiver Vorbereitungsphase mit Priv.-Doz. Dr. Michael Entezami (Praxis für Frauenheilkunde und Geburtshilfe), Dr. Reinhard Hannen (Praxis für Fertilität), Dr. Wolfgang Pritze (Martin-Luther-Krankenhaus), Dr. Andreas Schmitt (Vivantes-Region Nord) und Professor Dr. Dr. Andreas D. Ebert (Vivantes-Humboldt-Klinikum) erstmals in der Geschichte der Stadt Berliner Ärzte am Kaspischen Meer unter Moderation von Dr. Islam Magalov (I. Frauenklinik der Universität) in Baku aktiv.

Auf dem Programm der als Intensivkurs konzipierten Veranstaltung standen umfassende Vorlesungen zu aktuellen Themen der Frauenheilkunde, der gynäkologischen Onkologie, der operativen Gynäkologie, der Urogynäkologie, der Reproduktionsmedizin und der Pränataldiagnostik, aber auch des Gesundheitsmanagements. Flankiert wurden die Vorträge durch Seminare und praktische Übungen. Assistenten, Professoren und Studenten der Azerbaidjan Medical University sowie der Städtischen Kliniken und Forschungsinstitute in Baku diskutierten mit den Berlinern ungewöhnlich intensiv und offen brennende Fragen des Faches. Das Gesundheitswesen der ölreichen Kaukasusrepublik Aserbaidjan befindet sich derzeit in einem umfassenden Reformprozess, der nur annähernd mit den gravierenden Veränderungen im ostdeutschen Gesundheitssystem nach der Wende 1989 vergleichbar ist. Ein vergleichbares Gesundheitssystem oder ein Krankenver-



Die Teilnehmer der Berlin-Baku-School.

sicherungssystem existieren nicht. Das gesamte System der Krankenversorgung, ursprünglich stark durch das sowjetische Gesundheitssystem dominiert, orientiert sich zunehmend an westlichen Vorbildern, ohne sich derzeit schon auf die notwendigen Struktur- und Finanzierungsmodelle festlegen zu können. Privatkliniken und Praxen unterschiedlicher Qualität werden gegründet und geschlossen. Mit großem Interesse wurden deshalb von den Kollegen vor Ort nicht nur fachspezifische Aspekte, sondern auch gesundheitspolitische Probleme, so die Vor- und Nachteile des deutschen Modells, breit diskutiert und analysiert.

Offizielle Sprachen des Intensivkurses waren Deutsch und Azeri, Englisch und Russisch, was auch als Ausdruck der Einflüsse auf das dortige Gesundheitswesen verstanden werden kann. Für die deutschen Referenten erstaunlich war der hohe Anteil von Kolleginnen unter den mehr als 250 aserbaidischen Teilnehmern der Berlin-Baku-School, der deutlich über 95 Prozent lag, was als Spezifikum für die Entwicklung der Frauenheilkunde und Geburtshilfe anzusehen ist, da alle Ordinariate und

fast alle Chefarztpositionen mit Frauen besetzt sind.

Eine Ärztekammer existiert in Aserbaidjan bisher nicht. Auch deshalb wurde von den Kollegen in Baku die Zertifizierung der Veranstaltung durch die Ärztekammer Berlin und die Diskussion der Funktion einer solchen Institution außerordentlich positiv aufgenommen.

Nach intensiven Gesprächen mit dem Gesundheitsminister der Republik Aserbaidjan, Professor Shiraliev, sowie mit dem Rektor der Azerbaidjan Medical University Baku, Professor Amiraslanov, wurden auf der Berlin-Baku School

bereits die Grundlagen für eine nachhaltige Kooperation zwischen den anwesenden Partnern vereinbart:

- Stärkung der vorhandenen Infrastruktur durch Erarbeitung von Eckpfeilern eines praktikablen Exchange-Programms sowie eines langfristigen Trainingsprogramms für Ärzte aus Baku zwischen der Universität Baku und Vivantes - Netzwerk für Gesundheit für alle Bereiche der klinischen Medizin.
- Einbindung deutscher Spezialisten in das Ausbildungssystem der Azerbaidjan Medical University. Hierzu wurden nach entsprechend intensiver Vorbereitung die Kollegen Entezami (Pränatalmedizin), Hannen (Reproduktionsmedizin), Pritze (Urogynäkologie)

und Schmitt (Gesundheitsmanagement) zu Professoren mit entsprechenden Lehraufträgen ernannt.

- Nachhaltige Unterstützung im Sinne von Technologie- und Know-how-Transfer durch deutsche Firmen. Extrem wichtig für das Gelingen des Gesamtprojektes war und ist die großzügige Unterstützung durch die Firma Karl Storz Deutschland und hier speziell durch Frau Dr. Sybill Storz persönlich, die das Equipment für die Gründung eines laparoskopischen deutsch-aserbaidjanischen Ausbildungszentrums bereitstellte. Für diese Phase des Projektes, das durch die Berliner Kollegen initiiert wurde, war die Firma GE, die für die Dauer der School ein modernstes Ultraschallgerät zu Verfügung stellte, sowie die aserbaid-

janische Firma Primapharm, die die gesamte Logistik vor Ort übernahm, hilfreich.

- Herstellung von Kontakten zur deutschen Botschaft in Baku, die den gesamten Prozess wohlwollend begleiten wird.
- Nach dem beeindruckenden praktischen Erfolg wird die Berlin-Baku School halbjährlich durchgeführt. Die nächsten Termine sind März und Oktober 2007.

Verfasser:

Professor Dr. Dr. Andreas D. Ebert
Direktor der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Vivantes-Humboldt-Klinikum
Am Nordgraben 2
13509 Berlin

PERSONALIEN

Zum Tode von Hansgeorg Weyer

Am 26. September 2006 ist nach langer, schwerer, jedoch klaglos ertragener Krankheit Dr. med.

Hansgeorg Weyer gestorben, ehemals

Chefarzt der Abteilung für langfristig Kranke des damaligen Städtischen Auguste-Viktoria-Krankenhauses, örtlicher Bereich Leonorestraße.

Als Sohn des Bankkaufmanns Franz Weyer und seiner Ehefrau Anneliese, einer Studienrätin, wurde er am 25. Mai 1929 in Berlin geboren. Nach dem Besuch der Volksschule 1935-1939 in Mariendorf, war er Schüler der Eckner Oberschule für Jungen. Trotz Kriegseinwirkungen konnte er bereits im Sommer 1946 die Reifeprüfung ablegen. Im Wintersemester 1946/47 begann er an der Berliner Universität das Studium der Chemie, wechselte dann zum Medizinstudium. Nach der Gründung der Freien Universität ging er dort-



Foto: privat

hin und bestand 1953 das medizinische Staatsexamen an der FUB. Während des Medizinstudiums war er für ein Jahr auch Apothekerpraktikant am Städtischen Krankenhaus Tempelhof.

Pflichtassistent war er auf der Chirurischen und später der I. Inneren Abteilung des früheren Auguste-Viktoria-Krankenhauses. Im Chemischen Laboratorium des damals Städtischen Krankenhauses Neukölln (Leiter Dr. G. Friesen) fertigte er eine von Ignas Zadeck angeregte Dissertation „Das Verhalten des Nephelogramms unter der Therapie der Lungentuberkulose mit Isonikotinsäurehydrazid“, mit der er an der FUB 1954 promoviert wurde. Seine Weiterbildung zum Dermatologen bekam er am 1. August 1955 auf der dermatovenerologischen Abteilung des AVK und war dort bis zur Auflösung der Abteilung 1959 tätig. Nach der Eröffnung des Hauses 30 des AVK betreute er zunächst dort die venerisch erkrankten Frauen und später auch andere Infektionskranke, insbesondere die an Poliomyelitis

erkrankten. 1967-1969 war er auch kommissarischer Leiter des Zentrallabors. Weyer beteiligte sich auch an der so genannten Berliner Leberaktion 1967/69 bei der 12.500 Beschäftigte auf unerkannte Leberschäden untersucht wurden. Unter den Chefärzten Dr. Muth und später Prof. L'age wirkte er als Oberarzt und ständiger Vertreter des Chefarztes an der II. Inneren (Infektions-)Abteilung des AVK.

1983 berichteten L'age und Weyer in der Konferenz der Virologischen Abteilung des Robert Koch-Institutes über ihre Beobachtungen von Infektionskranken mit Erscheinungen des Kaposi-Syndroms. Dieser frühe Beitrag zum Auftreten von Aids in Berlin, wurde weitgehend in der Fachdiskussion übersehen.

Vielseitig interessiert und engagiert übernahm er die verschiedensten Aufgaben und Funktionen. Konsiliarier für Hautkrankheiten, Leiter der Krankenpflegeschule, Mitglied und sieben Jahre Leiter des Personalrates des AVKs. Acht Jahre war er Delegierter in der Ärztekammer Berlin und war anschließend Mitglied verschiedener Ausschüsse.

Dr. med. Dr. phil Manfred Stürzbecher

Huxleys Brave New World

Grips-Musical für Große



Begehrter „Wilder“

„Good Morning Brave New World – Everybody’s happy now – Jeder Mensch ist heute glücklich – Seid positiv, Leute! Hass gibt es nicht in dieser Welt. Nur mangelhafte Soma-Dosierung...“.

Sätze aus dem ersten Bild eines intelligenten Musicals, uraufgeführt kürzlich im Grips-Theater. Erwachsenen-Sparte, für Kinder viel zu hoch, außerdem geht’s dauernd drastisch um Sex.

Kommt Ihnen bekannt vor? Natürlich: Wer das nötige Alter hat, der kennt den Weltbestseller von Aldous Huxley (1894-1963). „Brave New World“ ist eine negative Utopie, aber nicht so schwarz wie Orwells „1984“; eher eine giftig rosa getönte Science Fiction, Schwerpunkt: Life Sciences.

Die natürliche Zeugung und Geburt: abgeschafft. Sex: Jede mit jedem, aber nur virtuell und ganz steril. Identische Dutzendlinge werden in der „Brut- und Normzentrale Berlin Dahlem“ in vitro herangezogen, chemisch manipuliert und hypnopädisch konditioniert. Je nach Bedarf und späterer Funktion stellt man verschiedene Kategorien von Menschen

her, von Hierarchiestufe Alpha (Führungskräfte) bis zu Epsilon (Debile für niedere Dienste). Elend und Armut, Gewalt und Hass, Leiden und Altern sind abgeschafft. (Man wird rechtzeitig entsorgt, in der Potsdamer „Letalklinik Happy end“.) Und für alle Fälle gibt es jederzeit reichlich Soma, die Glücksspielle ohne Nebenwirkungen.

Der Preis ist hoch. Auch die Individualität und Kreativität, auch Kunst, Religion und Philosophie sind abgeschafft. Bücher? Verboten. Dass ein zu Forschungszwecken aus dem Reservat geholt, „Wilder“ dauernd Shakespeare zitiert, ist in dieser wackeren Welt ebenso skandalös wie dass er von einer Mutter (pfui!) geboren wurde.

Soweit Huxleys Roman. Die meisten der Abiturienten und Studenten im Grips-Publikum dürften ihn nicht kennen. Auch ohne Verbot lesen sie nicht mehr viel. Sind ja mehr noch als wir Älteren schon ein Teil der Schönen neuen Welt. So kommt diese fulminante Grips-Mjusicä-lisäischn gerade recht. Weil sie ihnen ein paar Probleme in ihrer Sprache (samt englischen Brocken) und ihrem Sound

höchst unterhaltsam unterjubelt. Den Huxley-Text hat Grips-Theaterleiter und -hauptautor Volker Ludwig zwar sehr frei dem Ort, der Zeit und seiner Bühne angepasst, aber die wesentliche Message kommt rüber.

Die Vierer-Band - hier „No Worries“ genannt - sorgt dafür, dass der Saal dröhnt, das Vegetativum vibriert und manche Grauköpfe unter den Zuschauern beim Fortissimo die Zeigefinger in die Ohren stecken. Wenn Sie also – hoffentlich – mit ihren großen Kindern hingehen: Ohropax nicht vergessen! Womit nichts gegen die Musik des Jazz- und Rock-erfahrenen Berliner Komponisten Achim Gieseler gesagt ist (nur gegen die Disko-Lautstärke). Die tolle Choreographie von Newa Howard bildet einen Kontrast zum Bühnenbild von Matthias Fischer-Dieskau, das an Edward Hoppers trostlos-sterile Räume erinnert. Aus dem fabelhaft vielseitigen Grips-Ensemble seien als primus und prima inter pares nur zwei Protagonisten genannt: Kathrin Osterode als Lenina und Christoph Letkowski als John der Wilde.

Die Utopie vom konditionierten, manipulierten Menschen rückt der Realität immer näher. Huxley verlegte seinen 1932 erschienenen Roman in eine sechs Jahrhunderte ferne Zukunft. Die schnurrt aber zusammen, konstatierte er schon 1948 im legendären „Monat“ (unter dem Titel „Was kostet der Fortschritt?“) und zehn Jahre später in dem langen Essay „Brave New World revisited“. Dass der britische Schriftsteller sein künstliches Paradies so wirklichkeitsnah ausmalen konnte, hängt mit seiner Familienanamnese zusammen. Großvater Thomas Henry Huxley war Vorkämpfer der Evolutionslehre, Bruder Sir Julian Evolutionsbiologe. Der sprach sich auf dem berühmt-berüchtigten Ciba-Symposium „Man and his Future“ (Berichtsband London 1963) dafür aus, die genetische Qualität der Menschheit durch neue Reproduktionstechniken zu optimieren, etwa durch „multiple Insemination by deep-frozen sperm from desired donors“.

Nächste Aufführungen: 23. bis 27. Januar und 21. bis 24. Februar, abends. Telefonische Kartenreservierungen: 397 47 477

BERLINER ÄRZTE

1/2007 44. 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@ae kb.de

Redaktion:

Dipl. jour. Sascha Rudat (v.i.S.d.P.)
Eveline Piotter (Redaktionsassistentin)
Redaktionsbeirat:
Dr. med. Günther Jonitz
Dr. med. Elmar Wille
LMD Dr. sc. med. Manfred Dücker
Dr. med. Daniel Sagebiel MPH
Anschrift der Redaktion:
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-4100/-4101, FAX -4199
Titelgestaltung: Sehstern/Berlin

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

Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruner-Straße 62,
04107 Leipzig
Telefon 0341 710039-90, FAX -99
Internet: www.leipziger-verlagsanstalt.de
E-Mail: info@leipziger-verlagsanstalt.de

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Melanie Bölsdorff
Anzeigenverwaltung Berlin/Brandenburg:
Götz & Klaus Kneiseler, Uhlandstraße 161, 10719 Berlin
Telefon 030 88682873, Telefax 030 88682874
Druck und Weiterverarbeitung: Druckhaus Dresden GmbH,
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

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 € 61,40 (einschließlich Versand), Patenschaftsabonnement Berlin-Brandenburg € 40,90 (einschließlich Versand). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 4,20 zzgl. € 2,50 Versandkosten.
Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 7 vom 01.01.2007.

Die Leipziger Verlagsanstalt GmbH ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranlyse Medizinischer Zeitschriften e.V.

ISSN: 0939-5784