Der Weg in die Zukunft

Rolf D. Müller
ist scheidender Vorstandsvorsitzender der AOK Berlin – Die Gesundheitskasse

Seit dem 1. April dieses Jahres hat sich das Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland von seiner Vergangenheit verabschiedet. Lange Jahre war die gesundheitliche Versorgung für circa 90 Prozent der bundesdeutschen Bevölkerung und damit auch eine der Grundlagen für gesamtwirtschaftliche Wohlfahrt und individuelle Lebensqualität durch eine Krankenversicherung des Bismark´schen Typs gesichert. Begriffe wie „Solidarität", „gemeinsame Selbstverwaltung", „paritätische Selbstverwaltung" kennzeichneten Versorgungs- und Entscheidungsstrukturen, die im Kern darauf hinausliefen, einen nur mittelbaren Staatseinfluss und ein nicht nur Marktgesetzen gehorchendes Gesundheitssystem zu organisieren. Begriffe, die sicherlich zum Teil auch Reizworte waren, da mit ihnen auch wirtschaftliche Fehlsteuerungen und gesundheitliche Fehlversorgungen verbunden werden konnten.

Mit den Entscheidungen des Wettbewerbsstärkungsgesetzes, das seit April in Kraft ist und das nach und nach seine Wirkungen entfalten wird, verändert sich das Gesundheitssystem der Bundesrepublik – entsprechend der widersprüchlichen Orientierungen der Gesetzesstifter – in zwei Richtungen. Zum einen wird der (zentral)-staatliche Einfluss deutlich verstärkt und löst unter dem Stichwort „nationales Gesundheitssystem" und der Bezugnahme zum Beispiel auf Großbritannien sowohl Hoffnungen als auch Befürchtungen aus. Gleiche Reaktionen verbinden sich mit dem massiven Ausbau der wettbewerblichen, manche sagen auch marktwirtschaftlichen, Strukturen, unter Hinweis auf die USA. Es bleibt abzuwarten, wie sich die Gesundheitsversorgung entwickelt, wenn sie sich an solch widersprüchlichen Orientierungen ausrichten muss.

Für eine pragmatische, an dem vernünftig Machbaren ausgerichtete Orientierung gibt es allerdings keine Zeit zum Abwarten. Wie in der Vergangenheit gilt für diejenigen, die sich einer an Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit ausgerichteten Versorgung der Versicherten und Patienten verpflichtet fühlen, auch in der Zukunft: in (vertrags-)partnerschaftlicher Orientierung zwischen den Leistungspartnern und den Kostenträgern müssen die gegebenen Spielräume genutzt werden, um die Versorgung der Patienten zu optimieren und den im Gesundheitswesen Beschäftigten eine motivierende, hinreichend stabile Perspektive zu geben.

Konkret bedeutet dies für die AOK Berlin, dass Verträge über den Umfang, die Qualität und die Honorierung gesundheitlicher Leistungen mit einem nachhaltigen Lösungswillen in harten, aber fairen Verhandlungen geschaffen werden. Auf diese Weise sind in der Vergangenheit beispielsweise

- Verbesserungen in der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung („home care", Onkologievereinbarung) erreicht worden, die dem Patienten dienen.
- Überversorgungsstrukturen im Krankenhausbereich unter schwierigsten Bedingungen korrigiert worden, allerdings mit nachhaltiger Orientierung an den Entwicklungschancen von Ärzten und Pflegekräften,
- Verzahnungen und Integrationslösungen zwischen ambulanter medizinischer und pflegerischer Versorgung realisiert worden (Krankenheimprojekt – „die Pflege mit dem Plus"), die mittlerweile bundesweit Nachahmung finden und
- Veränderungen, wie die Einführung von verhandelbaren Preisrabatten bei Medikamenten in Abstimmung mit den niedergelassenen Ärzten, umgesetzt worden.

Mit diesem Ansatz, bei dem Qualität und Wirtschaftlichkeit gleichermaßen im Auge behalten werden, und mit der Suche nach partnerschaftlichen Lösungen mit den Gestaltungswilligen sind in der Vergangenheit Fortschritte erzielt worden. Gerade wenn die Strukturen der Gesundheitsversorgung sich ändern und widersprüchlicher werden, gibt es für eine solche vernünftige und pragmatische Orientierung zur Versorgung der Versicherten und Patienten keine realistische Alternative. Die AOK Berlin steht bereit für diesen Weg in die Zukunft.

DIE OFFIZIELLE ZEITSCHRIFT DER ÄRZTEKAMMER BERLIN

44. JAHRGANG

BERLINER ÄRZTE

NR 06/2007

TITELTHEMA

Masse gleich Klasse?

Mindestmengen – schwache Evidenz, fragliche Wirkung

Durch Mindestmengenvereinbarungen will der Gesetzgeber die stationäre Versorgung besser steuern. Doch der Erfolg ist fraglich. BERLINER ÄRZTE erklärt, warum.

Von Regina Klakow-Franck **16**

Abrechnungs-Rechtfertigung statt Qualitätssteigerung

Von Werner Wyrwich **19**

MEINUNG

Der Weg in die Zukunft

Von Rolf D. Müller **3**

BERLINER ÄRZTE *aktuell* **8**

EU-Verordnung über Kinderarzneimittel tritt in Kraft

Informationen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte **13**

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK

„Inländerdiskriminierung“ bei der Berliner Ärzteversorgung?

Zunehmend wollen ältere Ärztinnen und Ärzte noch Mitglied in der Berliner Ärzteversorgung werden. Doch der späte Eintritt ist häufig nicht mehr möglich und bietet oft wenig Vorteile.

Von Elmar Wille **24**

FORTBILDUNG

Fortbildungskalender

Fortbildungsveranstaltungen der Ärztekammer Berlin **22**

Aufbereitung von Medizinprodukten in der Arztpraxis

In den letzten Monaten ist das Thema Aufbereitung von Medizinprodukten verstärkt in den Mittelpunkt geraten, meist im Zusammenhang mit kontroversen Diskussionen und Verunsicherung bei den Praxisinhabern. BERLINER ÄRZTE verschafft den Überblick.

Von Cornelia Olbertz **26**

Per Datenbank zur passenden Patientenschulung

Ein Forscherteam der Universität Würzburg sichtet Programme für Patientenschulungen und gibt Tipps, worauf zu achten ist.

Von Leonie von Manteuffel **33**

PERSONALIEN

„Der Anblick des Menschen von innen“

Interview mit Professor Dieter Janz über den Einfluss Viktor von Weizsäckers auf die moderne Medizin **29**

BUCHBESPRECHUNGEN

Von Hirschhausen:

Langenscheidt-Sprachführer Arzt – Deutsch/Deutsch – Arzt, Lachen wenn der Arzt kommt **21**

FEUILLETON

Schmerz – ausgestellt

Die Ausstellung „Schmerz“ will einen „Grenzgang zwischen Kunst, Medizin und Kulturgeschichte“ erlebbar machen.

Von Rosemarie Stein **35**

Impressum **42**

Auszeichnung für Abschlussarbeiten

Hertha-Nathorff-Preis verliehen

Drei Absolventinnen und Absolventen der gesundheitswissenschaftlichen postgradualen Studiengänge der Technischen Universität (TU) und Freien Universität (FU) Berlin sind mit dem Hertha-Nathorff-Preis der Ärztekammer Berlin ausgezeichnet worden. Außerdem erhielten die Absolventen des Studiengangs „Public Health" der TU Berlin, des Studiengangs „Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung" der FU Berlin und des Studiengangs „Master of Science in Epidemiology" der TU Berlin am 7. Mai ihre Abschlussurkunden. Insgesamt wurden rund 39 Absolventen der verschiedenen gesundheitswissenschaftlichen Studiengänge der beiden Universitäten verabschiedet.

Der mit 1.000 Euro dotierte 1. Preis ging an Alexander Göhler (Master of Science in Epidemiology) für seine Abschlussarbeit „Entscheidungsanalytische Evaluation der klinischen Effektivität und Kosten-Effektivität von Disease Management Programmen bei Chronischer Herzinsuffizienz". Alexander Göhler konnte nicht persönlich geehrt werden, da er sich in den USA befand.
Die beiden 2. Preise (je 750 Euro) gingen an zwei Abschlussarbeiten aus dem Studiengang „Public Health" zum Thema Adipositas und Übergewicht aus Landes- und Bundessicht.

Susanne Teupen wurde für Ihre Arbeit „Übergewicht und Adipositas bei Kindern in Berlin – Einflussfaktoren und sozialräumlicher Kontext" ausgezeichnet.

Christina Kleiser wurde für ihre Arbeit zum Thema „Ernährung und Übergewicht im Kindes- und Jugendalter" geehrt.

Bereits seit 1995 verleiht die Ärztekammer Berlin jährlich den Hertha-Nathorff-Preis für die besten Magisterarbeiten im TU-Ergänzungsstudiengang Public Health. Der mit insgesamt 2.500 Euro dotierte Preis ist nach der jüdischen Ärztin Hertha Nathorff (1895 – 1993) benannt.

Die Preisträgerinnen Christina Kleiser und Susanne Teupen mit Professor Dr. Dieter Kleiber (FU Berlin), Professor Dr. Reinhard Busse (TU Berlin) und Dr. med. Michael Peglau (Ärztekammer Berlin), v.l.n.r.

Jubiläum

IPPNW feiert 25-jähriges Bestehen

Die Ärzteorganisation IPPNW hat ihr 25-jähriges Bestehen gefeiert. 1982 trafen sich engagierte Ärzte zur ersten Vollversammlung der „Ärzte gegen den Atomkrieg" in Frankfurt am Main. Damals wurde die Frankfurter Erklärung der Öffentlichkeit präsentiert. Dabei ging es darum, alle kriegsmedizinischen Vorbereitungsmaßnahmen abzulehnen und sich nicht daran zu beteiligen. Inzwischen sind in der IPPNW rund 7000 Ärzte organisiert. Die IPPNW ist eine Friedensorganisation, die sich für Gesundheit für alle, Menschenrechte und den Erhalt der natürlichen Lebensgrundlagen einsetzt. Nachdem anfänglich die Abschaffung der atomaren Bedrohung im Zentrum der Arbeit gestanden hatte, sind seit 1990 zunehmend auch gesundheitspolitische Themen (zum Beispiel Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Papiere, Zugang zu lebensnotwendigen Medikamenten, Einsatz gegen die Ökonomisierung des Gesundheitswesens) auf der Agenda.

Buchtitel: Ärzte warnen vor dem Atomkrieg, Berlin 1983

ANZEIGE

KORTE
RECHTSANWÄLTE
Prof. Dr. Niels Korte
Marian Lamprecht

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

Achtung: Ablauf Fristen für Wintersemester zum Teil schon Mitte Juli!

Unter den Linden 12
10117 Berlin-Mitte
www.anwalt.info
kanzlei@anwalt.info

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

Kongresse

Hauptstadtkongress: Trends im Gesundheitswesen

Der Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit findet in diesem Jahr zum zehnten Mal statt.

Unter einem Dach tagen vom **20. bis 22. Juni** die drei Fachkongresse für Medizin, Klinikmanagement und Pflege sowie das Hauptstadtforum Gesundheitspolitik. Die Auftaktsitzung zum Deutschen Ärzteforum im Berliner ICC gehört traditionell den Visionären in der Gesundheitswirtschaft:

„ConceptHospital“, ein Brainpool aus Ärzten, Klinikmanagern und Wissenschaftlern, will einige seiner aktuellen Zukunftsszenarien für die im Umbruch befindliche Gesundheitsbranche einem größeren Publikum vorstellen. In diesem Jahr beschäftigt sich die Sitzung „Concept Hospital 7.6“ mit der „Gesundheit auf dem Markt der Märkte“ und „Blühenden Gesundheitslandschaften statt Versorgungseinöde“.

Außerdem geht es um die Frage nach der primären ärztlichen Kompetenz. Professor Dr. med. Axel Ekkernkamp, der wissentschaftliche Leiter des Deutschen Ärzteforums 2007, erläutert: „Es hat sich als goldrichtig herausgestellt, unterschiedliche Player im Gesundheitswesen unter einem Dach zu versammeln. Diffizile Abläufe erfordern komplexe Lösungen. Gerade die Ärzteschaft erlebt den Wandel vom früheren Entscheider über Kauf und Anwendung von Arzneimitteln und Medizintechnikprodukten hin zum Berater der Geschäftsführung.“ Das Gegeneinander in Krankenhaus- und Universitätshierarchien werde mittelfristig durch gemeinsames Denken und Handeln abgelöst, sagte Ekkernkamp weiter.

Darüber hinaus sollen auf dem Kongress Fragen beantwortet werden wie „Welche Rolle spielt der Medizin-Bachelor wirklich?“ oder „Wie schnell wird es die Verschiebung der Aufgaben im Krankenhaus geben?“ Evidenzbasierte Medizin, bis vor kurzem von elitären Forschern und Esoterikern besetzt, ist laut Ekkernkamp längst Maßstab der Beurteilung geworden. Im Fortbildungsteil des Kongresses werden seinen Angaben zufolge neue Aspekte zu Themen beleuchtet, von denen alle Ärzte in Klinik und Praxis betroffen sind.
Schmerz und Demenz etwa stellen große Herausforderungen an Ressourcen und die Qualität der Versorgung.

Das komplette Kongressprogramm finden Sie unter: www.hauptstadtkongress.de

ANZEIGE

Zur Prophylaxe
und bei akuten Gichtanfällen:
Colchysat®
Bürger

Wir haben die Lösung...

Rein pflanzlich!

Colchysat® Bürger Flüssigkeit

Zusammensetzung: 1 ml Flüssigkeit enthält: Arzneilich wirksamer Bestandteil: Auszug aus frischen Herbstzeitlosenblüten (1:15 - 25), entspr. 0,5 mg Colchicin. Auszugsmittel: Ethanol 96 % (V/V). **Anwendungsgebiet**: Akuter Gichtanfall / Anfallsprophylaxe. **Gegenanzeigen**: Keine Anwendung bei eingeschränkter Nierenfunktion, Blutbildveränderungen (z.B. Anämie), bekannten Magen- und Darmerkrankungen, bekannter Überempfindlichkeit gegen Colchicin, eingeschränkter Herz-Kreislauf-Funktion, schlechtem Allgemeinzustand (Polymorbidität), Lebererkrankungen. Colchysat darf nicht von Kindern und Jugendlichen und nicht in der Schwangerschaft und Stillzeit eingenommen werden. Während einer Therapie mit Colchysat ist für eine sichere Empfängnisverhütung zu sorgen. Die Empfängnisverhütung sollte noch 3 Monate nach Beendigung der Behandlung fortgesetzt werden. **Warnhinweis**: Enthält 24 Vol.-% Alkohol. Verschreibungspflichtig.

Johannes Bürger Ysatfabrik GmbH Bad Harzburg
Herzog-Julius-Straße 83 Tel. 0 53 22 - 44 44 Fax 78 02 29

Fehlerteufel

In die Berichterstattung über die Verleihung der Georg-Klemperer-Ehrenmedaille in BERLINER ÄRZTE 05/2007 hat sich auf Seite 27 ein Fehler eingeschlichen. Preisträger Dr. med. Hans-Herbert Wegener (s. Foto) war nicht bis zur Schließung des Krankenhauses Moabit im Jahr 2001 Ärztlicher Direktor, sondern in der Zeit von 1982 bis 1987 Ärztlicher Leiter des Krankenhauses. Wir bedauern den Fehler.

Foto: Archiv

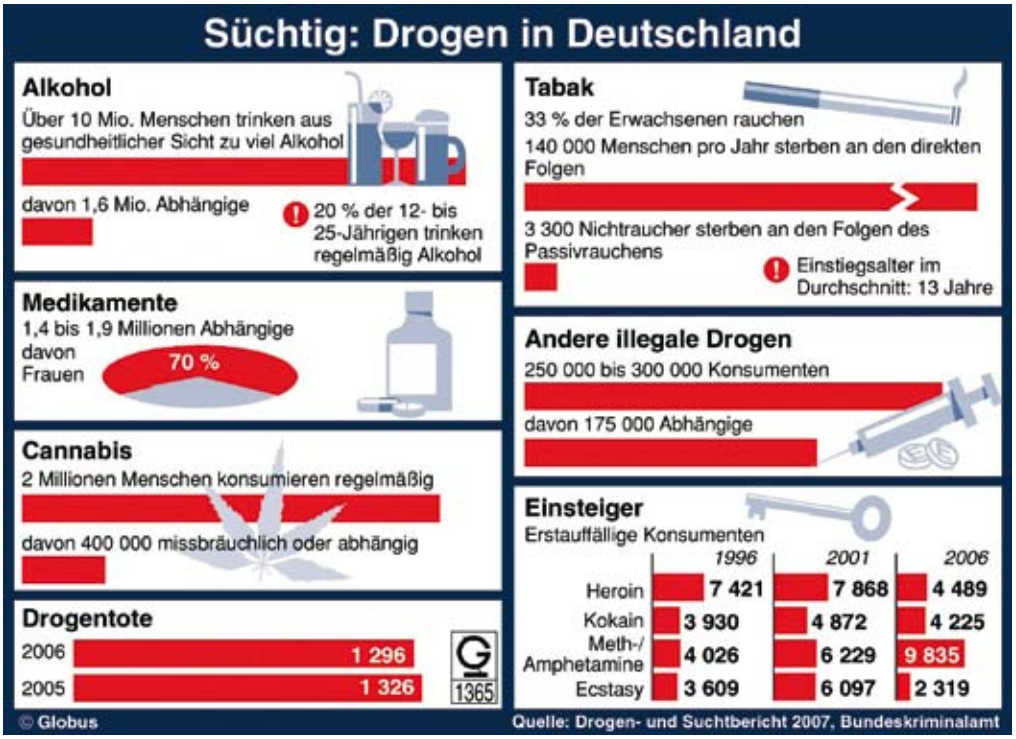
ANZEIGE

Beratung für Ärzte

- Steueroptimierung
- Betriebsvergleich
- Praxisgründung/-kauf
- Vermögensplanung/ Altersvorsorge

Steuerberater
Wirtschaftsprüfer

Diplom-Kaufmann Andreas Vollmer
Hannoversche Straße 1
10115 Berlin (Mitte)
Telefon (030) 27 57 67 68
andreas.vollmer@wp-vollmer.de
www.wp-vollmer.de



Millionen Menschen sind süchtig

Das Thema Drogen bleibt in Deutschland weiter aktuell, auch wenn die Zahl der Drogentoten zurückgeht. Vor allem vom übermäßigen Genuss legaler Rauschmittel sind Millionen Männer und Frauen betroffen. So trinken mehr als zehn Millionen Deutsche so viel Alkohol, dass der Drogen- und Suchtbericht den Konsum „gesundheitlich riskant" nennt, rund 1,6 Millionen sind abhängig. Groß ist mit 1,4 bis 1,9 Millionen auch die Zahl der Medikamenten-Abhängigen, besonders auffällig hierbei: Die meisten (70 Prozent) sind Frauen. Bei den illegalen Drogen nimmt die Zahl der erstauffälligen Konsumenten von Heroin, Kokain und Ecstasy ab. Deutlich mehr Einsteiger als in den Jahren zuvor verzeichnete die Polizei 2006 allerdings beim Konsum von Meth- und Amphetaminen.

Musik

Europäisches Ärzteorchester spielt in Berlin

Das Europäische Ärzteorchester gibt am 24. Juni im Konzerthaus Berlin am Gendarmenmarkt ein Benefiz-Konzert zugunsten der Björn Schulz Stiftung. Auf dem Programm stehen von Berlioz die Ouvertüre „Römischer Karneval", von Strauss „Konzert für Oboe" und von Mahler „Symphonie Nr. 1". Dirigent ist Warwick Stengaards. Das Europäische Ärzteorchester wurde 2004 vom Australier Miklos Pohl, plastischer Chirurg und begeisterter Hobbymusiker, in London gegründet. Seitdem gibt das Orchester, das aus über 90 Instrumentalisten aus ganz Europa besteht, zwei Konzerte im Jahr – eines in London und eines auf dem europäischen Festland.
Die Karten für das Konzert kosten 12 Euro und sind erhältlich an der Kasse des Konzerthauses Berlin (Tel.: 030/203 09 21 01) und bei der Björn Schulz Stiftung (Telefon: 030/39 89 98 50).
Die Björn Schulz Stiftung betreut schwerst- und unheilbar kranke Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sowie deren Familien.

ANZEIGE

MedConsult
Wirtschaftsberatung für medizinische Berufe

Praxisverkauf
- Praxiswertermittlung
- Kauf- und Mietvertragsabwicklung
- Vermittlung von Kaufinteressenten
- Unterstützung bei Vertrags-Arztsitzausschreibungen

Praxiskauf
- Niederlassungsberatung
- Finanzierungsvermittlung
- Versicherungskonzepte

Praxiskooperation
- Job-Sharing Partnerschaften
- MVZ-Konzepte

Burkhardt Otto
Olaf Steingräber

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

Qualitätssicherung

Neuer BQS-Geschäftsführer

Die Gesellschafterversammlung der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) hat Dr. med. Christof Veit zum neuen Geschäftsführer der BQS berufen. Veit leitete bisher die Landesgeschäftsstelle der Externen Qualitätssicherung (EQS) in Hamburg. Daneben ist er bisher Geschäftsführer der quant, Service für das Gesundheitswesen GmbH in Hamburg. Er ist seit vielen Jahren auf Landesebene in die Umsetzung des BQS-Verfahrens eingebunden, daneben wirkt er bisher in verschiedenen Gremien der BQS mit. Veit löst Dr. med. Volker D. Mohr ab, der seit 2001 BQS-Geschäftsführer war.

Zwischen den Gesellschaftern und der Geschäftsführung hatten unterschiedliche Auffassungen über die künftige Ausrichtung und Tätigkeit der BQS bestanden, heißt es. Mit Blick auf das Vergabeverfahren zur Übernahme von Qualitätssicherungsaufgaben seitens des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) müssten die Schwerpunktaufgaben der BQS – die Verfahrensentwicklung, die Durchführung und Ergebnisdarstellung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung für Vertragsärzte, für zugelassene Krankenhäuser und die sektorübergreifende Qualitätssicherung – neu fokussiert werden.
Die BQS wurde im Jahr 2000 von den Spitzenverbänden der Krankenkassen, dem Verband der privaten Krankenversicherung, der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft unter Mitwirkung des Deutschen Pflegerates gegründet. Sie ist mit der Entwicklung und Umsetzung der Maßnahmen im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung betraut. Seit 2004 führt die BQS diese Aufgaben im Auftrag des GBA durch.

Strahlenschutz

Aktualisierungsfrist läuft ab

Am 30. Juni 2007 läuft für alle Ärzte, die ihre Fachkunde im Strahlenschutz nach der Röntgenverordnung (RöV) zwischen 1988 und 30. Juni 2002 erworben haben, die Aktualisierungsfrist ab.

Wie schon mehrfach bekannt gemacht, gelten Fachkunden im Strahlenschutz sowohl nach der Röntgen- als auch nach der Strahlenschutzverordnung nur noch befristet und müssen alle 5 Jahre aktualisiert werden. Auf der Homepage der Ärztekammer Berlin informieren wir Sie unter:

http://aekb. arzt. de/21_Weiterbildung/30_Aerztliche_Stelle/index.html über alle ablaufenden Fristen sowohl für Ärzte als auch für medizinisches Assistenzpersonal.

Anbieter von Aktualisierungskursen im Strahlenschutz nach der Röntgenverordnung finden Sie im Veranstaltungskalender unserer Homepage:

http://kalender.aekb.de/www/webkalender.nsf/Start?OpenForm

DURST
EXPRESS

Der Lieferservice
von Getränke Hoffmann

...mit der erfrischenden Auswahl für Haus und Büro.

kostenfreie Hotline 0800-440 22 00
kostenfreie Fax-Line 0800-440 33 00
E-Mail info@Durstexpress.de

Bestellungen bis 15.00 Uhr werden am nächsten Tag geliefert! Fordern Sie am besten gleich unsere aktuelle Preisliste an.

Durstexpress ist ein Serviceunternehmen der Getränke Hoffmann GmbH.

Leserbriefe

Nun ja: Berliner Ärzte, immerhin »Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin, K.d.ö.R.«, erweckt zumindest mit dem Titelblatt der Ausgabe 5/2007 den Eindruck, auf dem Wege zum Niveau der bekannten Zeitung mit den 4 Buchstaben zu sein. Bei allem Verständnis für effekthascherische Computerspielereien: Panikmache statt Information ist allzubillige Anbiederung an den Zeitgeist und hilft dem sowieso angstbesetzten Thema und dem manchmal sehr eigentümlichen Umgang in Diagnostik und Therapie sicher nicht weiter.
Statt solch unsachlicher, hollywoodesker Spielerei mit Affekten hätte dem Titelbild die Abb. 1 auf S. 16 besser angestanden; der Einsatz digitaler Kreativität, die etwas dröge Abbildung »aufzudesignen« ist zudem eine größere Herausforderung an den Gestalter »Sehstern« als fast-look Zusammenpixeln aus dem Internet.
Fazit: This is not amusing!

Mit kollegialen Grüßen
Matthias Passon

Leserzuschrift von M. Passon zum BÄ-Titelblatt 5/2007

Zunächst einmal ein Kompliment an Herrn Passon, dass er einen Teil unserer Überlegungen zur Titelgestaltung 5/2007 so messerscharf aufgedeckt hat. In der Tat knüpft unser Titel an der grassierenden Sucht gewisser Medien an, jede Nachricht zur Sensation aufzublähen, und sei es auf Kosten allgemeiner Panikmache. Gerade das Geschäft mit der Angst bringt neue Leser und höhere Verkaufszahlen, egal ob Zecke, BSE oder Vogelgrippe. BERLINER ÄRZTE gibt es aber nicht am Kiosk. Und die Zielgruppe sind nicht verunsicherte Patienten, sondern fachlich vorgebildete Menschen aus dem Gesundheitswesen.
Sollte der Leser zum ersten Mal einen Titel der BERLINER ÄRZTE zu Gesicht bekommen haben, hätte er für seine Irritation unser Verständnis. Ansonsten aber dürfte ihm im Vergleich der unterschiedlichen Themenbehandlungen doch bereits aufgefallen sein, dass dieser Titel zu offensichtlich aus dem Rahmen fällt, als dass sein Verdacht gegenüber den Urhebern (seit 19 Jahren für die Titelgestaltung verantwortlich) begründet wäre, sie wollten sich – wo auch immer – »anbiedern«.

Eher scheint es hierzulande immer noch schwierig, mit Ironie und Satire umzugehen, geschweige denn sie auch zu erkennen.
Vor allem, wenn nicht zuvor ein balkengroßer Hinweis darauf erfolgt ist. Dieser war in der letzten Ausgabe in der bewusst grobschlächtigen Montage und Adaption eines historischen US-Kingkong-Plakates versteckt, unserer Meinung nach eigentlich in der Überzeichnung deutlich genug.

Ironische visuelle Kommentare zu den oft fachspezifischen Sachtitelgeschichten gehören aber von Beginn an zur optischen Vielfalt der Berliner Ärzte-Titel ebenso dazu wie auch reduzierte grafische Metaphern oder einfach sinnlich »schöne« Illustrationen. Für diese Freiheit, aber auch für das Verständnis, den eigenen qualitativen Anspruch und zuweilen den Mut danken wir der Redaktion und dem Vorstand der Kammer, die uns immer wieder neu für diese nicht immer leichte Arbeit motivieren und herausfordern.

Roland Matticzk / Sehstern

ANZEIGE

MEYER-KÖRING v. DANWITZ PRIVAT

DR. REINER SCHÄFER-GÖLZ
FACHANWALT FÜR MEDIZINRECHT

- Beratung und Vertretung von Ärztinnen und Ärzten vor und in der Niederlassung bei Gründung, Auseinandersetzung und Verkauf von Praxen, bei Eingehung von Kooperationen (insbesondere Berufsausübungs- und Organisationsgemeinschaften) sowie Gründung von Medizinischen Versorgungszentren
- Vertragsarztrecht, insbesondere Zulassung, Vergütung, Wirtschaftlichkeitsprüfung
- Vertretung von Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhäusern in Haftpflichtprozessen
- ärztliches Berufs- und Strafrecht
- ärztliches Wettbewerbsrecht, Heilmittelwerberecht

Kronenstraße 3 ▮ 10117 Berlin ▮ Telefon: 030 206298-6
E-Mail: schaefer-goelz@mkvdp.de ▮ www.mkvdp.de

Letzte Meldung

Neue Nationale Versorgungs-Leitlinien geplant

Demenz und Adipositas/Metabolisch-vaskuläres Syndrom sind die nächsten Themen für Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL). Darauf verständigten sich die Träger des Programms (Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung und Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) am 9. Mai. Bei beiden Erkrankungen handelt es sich den Angaben zufolge um Entitäten mit zunehmender Häufigkeit, großer volkswirtschaftlicher Bedeutung und um einen sektorenübergreifenden Behandlungsbedarf. Die neuen NVL sollen einen Beitrag zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Behandlung leisten.

Die Priorisierung dieser Themen geht auf ein offenes Vorschlagsverfahren zurück. Unter der Adresse **www.versorgungsleitlinien.de/kontakt/llvorschlag** besteht die Möglichkeit, Themen für NVL vorzuschlagen. Die Auswahl erfolgt unter Nutzung allgemein akzeptierter, formaler Priorisierungs- und Konsensus-Verfahren. Die Beschlussfassung erfolgt durch die Planungsgruppe des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ).

Bisher wurden NVL zu den Themen Asthma, COPD, KHK sowie Augen- und Fußkomplikationen bei Typ-2-Diabetes fertiggestellt. Sie sind neben weiteren Materialien wie Patienten-Leitlinien und speziellen Implementierungshilfen unter **www.versorgungsleitlinien.de** im Volltext abrufbar und erscheinen darüber hinaus in gedruckter Form im Deutschen Ärzte-Verlag. Derzeit in Bearbeitung befindlich sind NVL zu den Themen Neuropathie, Nephropathie und makrovaskuläre Erkrankungen bei Typ-2-Diabetes, Herzinsuffizienz, Kreuzschmerz und Depression.

EU-Verordnung über Kinderarzneimittel in Kraft

Vor einigen Wochen ist die EU-Verordnung über Kinderarzneimittel in Kraft getreten (Verordnung EG Nr. 1901/2006, geändert durch Verordnung EG NR. 1902/2006). Danach muss bis zum 26. Juli dieses Jahres bei der Europäischen Arzneimittelagentur (EMEA) in London der Pädiatrieausschuss eingerichtet werden. Dieser soll unter anderem den therapeutischen Nutzen von Studien an Kindern prüfen und die Durchführung unnötiger Studien an Kindern vermeiden, ohne die Zulassung neuer Arzneimittel für Erwachsene zu verzögern.

Dem Pädiatrieausschuss wird in diesem Zusammenhang die Bewertung von Pädiatrischen Prüfkonzepten (Paediatric Investigation Plan, PIP) sowie von Anträgen auf Freistellungen oder Zurückstellungen von der Pflicht zur Einreichung eines PIP obliegen. Der PIP stellt die Basis für die Entwicklung und Zulassung eines Arzneimittels für die Pädiatrische Bevölkerung dar und enthält unter anderem Details zu den zum Nachweis von Qualität, Sicherheit und Wirksamkeit erforderlichen Untersuchungen und Studien sowie zum Zeitplan.

Ab dem 26. Juli 2008 sind Zulassungsanträge für neue Arzneimittel nur noch zulässig, wenn alle Studienergebnisse der pädiatrischen Studien in Übereinstimmung und zusammen mit einem vom Pädiatrieausschuss gebilligten PIP vorliegen, sofern keine Freistellung oder Rückstellung gebilligt wurde. Nicht von dieser Regelung betroffen sind Generika, sogenannte „Well-established use"-Arzneimittel, Homöopathika, sowie traditionelle Arzneimittel.

Alle Arzneimittel, die über eine genehmigte Kinderindikation verfügen, werden zukünftig durch ein entsprechendes Symbol gekennzeichnet werden. Dieses Symbol muss jedoch noch definiert werden. Die EU-Kommission wird es bis zum 26. Januar 2008 auf Empfehlung des Pädiatrieausschusses hin auswählen.

Bereits im vergangenen Dezember hatte sich die Kommission für Arzneimittel für Kinder und Jugendliche im Bonner Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) konstituiert. Die Kommission soll vom BfArM bzw. vom Paul-Ehrlich-Institut (PEI) bei Zulassungsentscheidungen für Arzneimittel, die auch zur Anwendung bei Kindern und Jugendlichen bestimmt sind, beteiligt werden.

„Die Verbesserung der Arzneimittelsicherheit bei Kindern und Jugendlichen ist," so der Leiter des BfArM, Prof. Dr. Reinhard Kurth, „seit langem das besondere Anliegen nationaler und internationaler Gesetzesinitiativen: Viele Arzneimittel, die bei Kindern eingesetzt werden, sind nicht ausreichend an Kindern geprüft und deshalb auch nicht für Kinder zugelassen."

Die Kommission besteht aus acht stimmberechtigten Mitgliedern sowie deren Stellvertretungen aus den Gebieten Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Biometrie. Die Mitglieder sind vom Bundesministerium für Gesundheit unter Berücksichtigung von Vorschlägen der Fachverbände für die Dauer von zwei Jahren berufen worden.

Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des BfArM: www.bfarm.de

ANZEIGE

Ultraschall erleben: SONOLINE Center Berlin

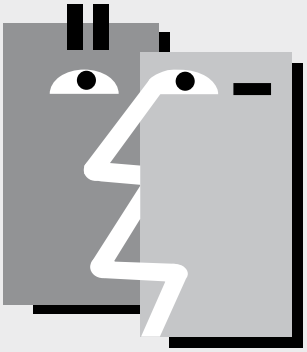
- Termine ganz in Ihrer Nähe
- Neu- und Gebrauchtsysteme
- Direkt vom Hersteller
- Umfangreiche Schulungsangebote
- Attraktive Finanzierungsmodelle

Rohrdamm 85
13629 Berlin
Tel: 030/386 33 548
sonoline-center.med@siemens.com
www.siemens.de/ultraschall

SIEMENS
medical

„Im hohen Alter zu Zause leben“

Foto: AOK



Berliner Gesundheitspreis für innovative Konzepte

Sechs Preisträger teilen sich den mit insgesamt 50.000 Euro dotierten „Berliner Gesundheitspreis 2006“, den der AOK-Bundesverband, die AOK Berlin und die Ärztekammer Berlin gemeinsam vergeben haben. Daneben wurde ein Ehrenpreis verliehen.

Thema des Preises war „Im hohen Alter zuhause leben – Herausforderungen für die ambulante medizinische Versorgung“. Ausgezeichnet wurden Einrichtungen, die innovative Modelle und Konzepte zur ambulanten geriatrischen Versorgung entwickelt und umgesetzt haben. Eine zwölfköpfige Jury aus Politik, Wissenschaft und Praxis wählte die sieben Gewinner aus insgesamt 38 Einsendern in zwei Kategorien aus.
Kategorie 1 hatte dabei den Schwerpunkt Medizinische Versorgung älterer Menschen im häuslichen Umfeld mit allen Facetten wie Risikomanagement, Prävention, Rehabilitation und Case Management.
In Kategorie 2 ging es um „Hochaltrige im sozialen und kommunalen Umfeld – Einbindung komplementärer Angebote zur Unterstützung der professionellen medizinischen Versorgung“. Dort standen die unterstützenden Einrichtungen im Mittelpunkt und besondere Formen der Betreuung.

Die Preise wurden am 8. Mai während einer Festveranstaltung in der Katholischen Akademie in Berlin von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, dem Parlamentarischen Staatssekretär im Bundesfamilienministerium, Dr. Hermann Kues, und Mitgliedern der Jury überreicht.
Gesundheitsministerin Schmidt lobte die ausgezeichneten Projekte. Sie zeigten, was schon heute in der Versorgung älterer Menschen vor Ort möglich sei. Auch im hohen Alter noch zu Hause leben zu können, „ist inzwischen eine Schlüsselfrage für unsere Gesellschaft“.

Gute Ansätze

Als Anstoß für eine Diskussion um Versorgung und Betreuung alter Menschen bezeichnete der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Dr. Hans Jürgen Ahrens, die Verleihung des Berliner Gesundheitspreises 2006: „Mit dem Berliner Gesundheitspreis 2006 wollen wir zeigen, dass es bereits viele gute Ansätze gibt, alte Menschen in ihrer häuslichen Umgebung zu betreuen.
„Wir möchten zudem eine Diskussion über das Thema anstoßen, die dazu führt, dass sich in der Versorgungslandschaft etwas tut.“
Rolf D. Müller, Vorstandsvorsitzender der AOK Berlin, hofft, „dass möglichst viele dieser ausgezeichneten Initiativen und Projekte auch für andere bundesdeutsche Regionen als Vorbild im Versorgungsalltag Eingang finden“.
Für Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz ist die Betreuung alter Menschen in ihrer häuslichen Umgebung „die zentrale Herausforderung der ambulanten Patientenversorgung. In dieser Phase wird ein Lebenswerk vollendet oder im Extremfall in Unwürde beendet.“ Der alte Mensch sei derjenige, der am meisten von den Errungenschaften der modernen Medizin profitiere. Gleichwohl werde die Versorgungsrealität und -qualität wesentlich von nichtmedizinischen Parametern und Kriterien bestimmt, betonte Jonitz.

DIE PREISTRÄGER:

Kategorie 1

1. PREIS (JE 12.000 EURO)

a) Ambulanter Geriatrischer Rehakomplex (AGR) aus Schönebeck (Sachsen-Anhalt)
Dem Projekt liegt ein Vertrag zum Modellvorhaben zwischen der KV Sachsen-Anhalt, der AOK Sachsen-Anhalt, der IKK gesund plus zugrunde, er wurde im Juli 2006 als der erste in Deutschland in einen Rahmenvertrag zur integrierten Versorgung zur ambulanten geriatrischen Komplexbehandlung überführt.

b) Genossenschaft Qualität und Effizienz (QuE) aus Nürnberg
Das Projekt ist eine Weiterentwicklung des prämierten Home Care Nürnberg-Projektes (HCN). Im Mittelpunkt steht dabei eine medizinisch hochwertige und effiziente Versorgung hochaltriger Patienten.

2. PREIS (7.000 EURO)

Geriatrie Netzwerk Berlin
Im Zentrum des Projekts zur Integrierten Versorgung – Sturzprävention steht das MVZ Polikum Friedenau.

3. PREIS (4.000 EURO)

Netzpraxis Mittelmosel e.V.
Bei dem Projekt handelt sich um einen Verein mit 40 Haus- und Fachärzten sowie ermächtigten Krankenhausärzten.

Kategorie 2

1. PREIS (9.000 EURO)

Begleitetes Wohnen e.V. aus Dresden
Projektziel ist die Förderung der Lebensqualität von Menschen, die auf Grund ihres Alters und/oder von Erkrankungen oder Behinderungen auf Unterstützung angewiesen sind.

2. PREIS (6.000 EURO)

Trägerverbund Demenz im Kreis Minden-Lübbecke
Dabei handelt es sich um einen Netzwerkverbund zur Koordination und umfassender psychosozialer Unterstützung für demenzerkrankte Menschen im Kreis Minden-Lübbecke.

EHRENPREIS

AOK Niedersachsen
Das Projekt „Gesund Älter Werden" zielt darauf ab, die Selbstständigkeit von älteren Menschen im häuslichen Umfeld zu erhalten, den Gesundheitsstatus und die Lebensqualität älterer Menschen zu verbessern.

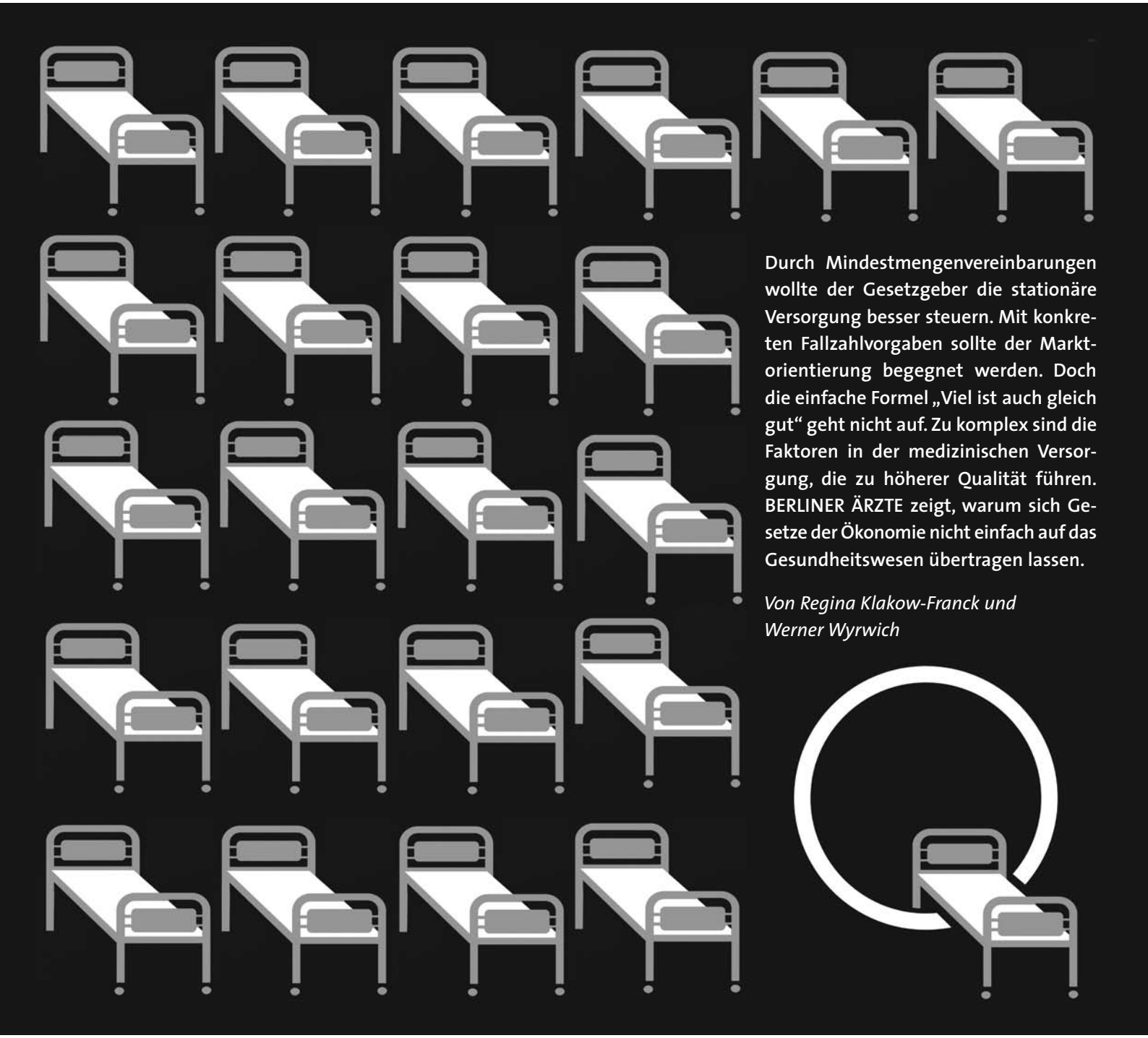
Weitere Informationen zum Berliner Gesundheitspreis 2006 und den ausgezeichneten Projekten finden Sie im Internet unter:

www.aerztekammer- berlin.de

www.aok-bv.de/aok/termine/preis/index_07690.html

Einen ausführlichen Bericht über eines der prämierten Projekte können Sie in der nächsten Ausgabe von BERLINER ÄRZTE lesen.

Masse gleich Klasse?



Durch Mindestmengenvereinbarungen wollte der Gesetzgeber die stationäre Versorgung besser steuern. Mit konkreten Fallzahlvorgaben sollte der Marktorientierung begegnet werden. Doch die einfache Formel „Viel ist auch gleich gut“ geht nicht auf. Zu komplex sind die Faktoren in der medizinischen Versorgung, die zu höherer Qualität führen. BERLINER ÄRZTE zeigt, warum sich Gesetze der Ökonomie nicht einfach auf das Gesundheitswesen übertragen lassen.

Von Regina Klakow-Franck und Werner Wyrwich

Mindestmengen – schwache Evidenz, fragliche Wirkung

Von Regina Klakow-Franck

Die 80. Gesundheitsministerkonferenz vom 8. März 2007 hat bekräftigt: Die mit der Einführung des DRG-Systems und weiteren begleitenden Maßnahmen beabsichtigten Ziele, wie die Reduktion von Krankenhauskapazitäten und eine stärkere wettbewerbliche Entwicklung der stationären Versorgungseinrichtungen, sollen konsequent weiterverfolgt werden. Um zu verhindern, dass die Fallpauschalen ausschließlich als „business case" betrachtet werden, hat der Gesetzgeber bereits im Vorfeld der Einführung des neuen stationären Vergütungssystems verschiedene Qualitätssicherungs- beziehungsweise Qualitätsmanagement-Instrumente als von den Krankenhäusern verpflichtend durchzuführende Maßnahmen in das Sozialgesetzbuch V aufgenommen. Hierzu zählt insbesondere die Pflicht zur Einführung von einrichtungsinternem Qualitätsmanagement sowie die Pflicht zur Teilnahme an einrichtungsübergreifender vergleichender Qualitätssicherung, dem so genannten BQS-Verfahren, im Zuge des GKV-Reformgesetzes 2000. In den folgenden Jahren bzw. Gesundheitsreformen wurde der Regelungsinhalt des für die stationäre Qualitätssicherung zentralen § 137 SGB V sukzessive erweitert: Unter anderem um die Pflicht zur Veröffentlichung von Qualitätsberichten, um die Regelung zum Nachweis der Fortbildungspflichten der Krankenhausärzte und um einen Katalog „planbarer Leistungen, (...) bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist".

Mit diesem Gesamtpaket von Qualitäts- und Mengensteuerungsinstrumenten hofft der Gesetzgeber, mögliche Fehlanreize der von ihm selbst gewollten stärkeren Marktorientierung des Gesundheitswesens in Schach halten zu können. In diesem Gesamtszenario wurde und wird die Einführung von Mindestmengen nicht nur als Gewährleistung eines Qualitätsstandards, sondern sogar als Steigerung der Versorgungsqualität beworben.

Dabei ist sich die Fachöffentlichkeit einig: Die Beziehungen zwischen Fallzahl und Ergebnisqualität, aber auch zwischen Fallzahl und Wirtschaftlichkeit [1], sind im Gesundheitswesen komplexer, als die Skalenökonomie nahelegt. Hiernach sollten bei steigender Betriebsgröße und Produktionsmenge nicht nur die Produktionskosten sinken, sondern automatisch auch die Qualität der Produkte steigen. In der Medizin – und nicht nur hier – besteht jedoch kein monokausaler Zusammenhang zwischen „Stückzahl" und Qualität.

Zahlreiche Faktoren

Medizinische Ergebnisqualität ist von zahlreichen Faktoren abhängig: Von unterschiedlichen Risiken auf Seiten der Patienten (Komorbiditäten, soziodemographischen Unterschieden bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen etc.) sowie von unterschiedlichen Struktur- und Prozessqualitätsmerkmalen auf Seiten der Ärzte und der Versorgungseinrichtungen (Spezialisierungsgrad der behandelnden Ärzte, Qualifikationsgrad des medizinischen Personals, Stellenschlüssel, Vorhalten von Intensiveinheiten etc.). Auch die Art der Methode, die zum Nachweis eines Zusammenhangs zwischen Fallzahl und Ergebnisqualität eingesetzt wird, ist von nicht zu unterschätzender Bedeutung: Statistische Analysen ohne angemessene Risikoadjustierung oder ohne Berücksichtigung des „Clustering"-Phänomens, dass sich nämlich die Patienten eines Krankenhauses in ihren Merkmalen unerwartet ähnlicher sein können als die Patienten eines anderen Krankenhauses, können zu einer Überschätzung des Zusammenhangs zwischen der Fallzahl eines definierten Leistungserbringers und der von ihm abgelieferten Ergebnisqualität führen [2].

Die meisten Mindestmengen-Empfehlungen halten deshalb einer kritischen Überprüfung nicht stand. Dies gilt auch für die in Deutschland von Mindestmengen-Befürwortern gern zitierten LEAPFROG-Zahlen: „Numerous reports have documented a volume-outcome-relationship (...), although many such studies are compromised by the use of discharged abstract data, inadequate risk adjustment, and problematic statistical methodology (...) Because valid outcome measurements are unavailable for many procedures, volume-based referral strategies have been advocated as an alternative approach to healthcare quality improvement (...) The Leapfrog Group has established a minimum volume requirement of 500 procedures for coronary artery bypass grafting. In view of the questionable basis of this recommendation, we suggest that it be reevaluated."[3].

Ernüchternde Zahlen

Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass auch die Expertengruppen des Gemeinsamen Bundesausschusses bei den Literaturanalysen, die im Zusammenhang mit den Anträgen der Spitzenverbände der Krankenkassen

auf Einführung von Mindestmengen für Knie-Totalendoprothesen, koronarchirurgischen und anderen Leistungen durchgeführt wurden, jeweils keine Cut-off-Points abgeleitet werden konnten. Daraufhin erhielt das IQWiG den Auftrag, anhand deutscher Daten aus der extern vergleichenden Qualitätssicherung Schwellenwerte für Knie-TEP und Koronarchirurgie im Modell zu berechnen. Die Ergebnisse waren ernüchternd: In der Mindestmengenstudie zur Knie-Totalendoprothese ergaben sich für die beiden ausgewählten Ergebnisqualitätsindikatoren Infektion und postoperative Beweglichkeit widersprüchliche Ergebnisse; der nur für den Indikator „Infektion" darstellbare positive Zusammenhang zwischen Qualität und Menge war zudem so schwach ausgeprägt, dass die klinische Relevanz dieser allein durch die Menge ableitbaren „Qualitätssteigerung" in Frage gestellt sein dürfte [4]. In der Mindestmengenuntersuchung zu den koronarchirurgischen Eingriffen konnte das IQWiG überhaupt keinen kausalen Zusammenhang zwischen Menge und Qualität nachweisen [5].

In Anbetracht dieser „kontraintuitiven" Ergebnisse über die Zusammenhänge zwischen Fallzahl und Qualität wurde daraufhin von nicht wenigen Mindestmengen-Befürwortern die Validität der vom IQWiG zugrunde gelegten BQS-Daten in Zweifel gezogen. Dabei bestätigen die – methodisch hochwertigen – Mindestmengenstudien des IQWiG lediglich die im Mutterland der Mindestmengen-Kultur längst akzeptierte Erkenntnis: „Perfecting outcomes will require more than simply directing patients to providers with the most cases." [6].

Unerfüllte Erwartungen

Die Erwartungen insbesondere der Spitzenverbände der Krankenkassen, durch die Schwellenwertberechnungsmodelle des IQWiG endlich die Evidenz für möglichst hohe Mindestmengen beziehungsweise Schwellenwerte nachgeliefert zu erhalten, die die Literaturanalysen der zuständigen Arbeitsgruppen des Gemeinsamen Bundesausschusses schuldig geblieben waren, konnten nicht erfüllt werden. In Anbetracht der IQWiG-Resultate ist es nur folgerichtig, dass in der aktuellen Mindestmengenvereinbarung die Forderung nach einem evidenzbasierten Nachweis eines kausalen Zusammenhangs zwischen einer bestimmten Fallzahl und der Ergebnisqualität als Voraussetzung für die Einführung einer Mindestmenge gestrichen wurde. Die Anträge auf Einführung von Mindestmengenvereinbarungen gehen seither gegen Null.

Neuen Auftrieb beziehungsweise öffentliches Interesse hat die Mindestmengendiskussion jedoch durch die Hintertür der Strukturqualitätsvereinbarungen für Krankenhäuser, wie es zum Beispiel die so genannte NICU-Vereinbarung darstellt, erhalten. Strukturqualitätsvereinbarungen drohen geradezu zum Tummelplatz für neue Mindestmengenforderungen aus Sicht einzelner Fachgesellschaften und anderer Interessenvertreter zu werden. Befürworter großer Zentren sprechen kleineren Zentren wegen geringerer Fallzahlen eine ausreichende praktische Erfahrung ab und fordern die Verankerung von Mindestmengen in den Strukturqualitätsvereinbarungen. Für Kenner des jeweiligen Umfelds ist darin oft der Wunsch nach Ausbau der Marktposition erkennbar. Kleinere Häuser berufen sich auf ihre vergleichbar guten Ergebnisse, wollen vom Markt nicht ausgeschlossen werden und bewerben sich um die Anerkennung für die höchste Versorgungsstufe. So wiederholt sich zurzeit im zuständigen Unterausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Diskussion, die eigentlich ausgestanden schien: Produzieren High-Volume-Krankenhäuser automatisch eine bessere Versorgungsqualität beziehungsweise Low-Volume-Krankenhäuser automatisch eine schlechtere? Im Interesse der Versorgungsqualität sollte statt der gespenstischen Wiederholung einer wissenschaftlichen Argumentation nicht Stand haltenden Mindestmengendiskussion ein ganz anderer Weg beschritten werden.

Frühchen und andere intensivpflichtige Neugeborene sollten selbstverständlich dort versorgt werden, wo optimale Strukturen vorgehalten werden und die meiste Erfahrung vorliegt. Um an einen solchen Ort zu gelangen, sollten sie nach Möglichkeit noch intrauterin dorthin verlegt werden. Die gegenwärtige Strukturqualitätsvereinbarung fördert jedoch offensichtlich eher die Abschottung der verschiedenen Versorgungsstufen gegeneinander, anstatt Anreize für die eigentlich zwingend erforderliche einrichtungsübergreifende Kooperation zu schaffen. Diese nicht nur für die Neugeborenenintensivversorgung drohende Fehlentwicklung lässt sich nicht durch die Implementierung von Mindestmengen in Strukturqualitätsvereinbarungen heilen, sondern bedarf der Umlenkung hin zu einem integrierten, gemeinsam verantworteten Versorgungskonzept.

Verfasserin:

Dr. med. Regina Klakow-Franck
Leiterin Dezernat III, Bundesärztekammer

Literatur

[1] NHS Centre for Reviews and Dissemination. Concentration and choice in the provision of hospital services. The relationship between volume and the scope of activity and hospital costs. CRD Report 8 (part III) University of York; 1996

[2] Laine C, Sox HC. Does Practice Really Make Perfect? Annals of Internal Medicine 2003; 139: 696-697.

[3] Shahian DM,Normand S-LT. The volume-outcome relationship: from LUFT to LEAPFROG. Annals of Thoracic Surgery 2003; 75: 1048-1058.

[4] IQWiG. Entwicklung und Anwendung von Modellen zur Berechnung von Schwellenwerten für die Knie-Totalendoprothese. Abschussbericht vom 05.12.2005.

[5] IQWiG. Entwicklung und Anwendung von Modellen zur Berechnung von Schwellenwerten für die Koronarchirurgie. Abschlussbericht vom 20.06.2006.

[6] Laine C, Sox HC. Does Practice Really Make Perfect? Annals of Internal Medicine 2003; 139: 696-697

Abrechnungs-Rechtfertigung statt Qualitätssteigerung

Von Werner Wyrwich

Markige Formulierungen sind in. „Weniger ist mehr“ war beispielsweise das griffige Oxymoron, welches zum Leitthema des 111. Deutschen Chirurgenkongresses gewählt wurde. Allerdings vor dem Hintergrund der sich gerade durchsetzenden Minimal-Invasiven-Operationsverfahren. Das war 1994.

„Krankes Gesundheitssystem“ klingt auch nicht schlecht und ist zudem hochaktuell. Der innere Widerspruch eines Oxymorons ist gewollt und gibt Doppelbödiges pointiert wieder. Wen wundert es also, dass sich der Direktor des IGKE zu Köln, SPD-Gesundheitsexperte und Bundestagsnovize, Professor Dr. Dr. (Harvard) Karl W. Lauterbach, beim diesjährigen 6. Nationalen DRG-Forum in Berlin zum Thema „Wieder Streit um Mindestmengen“ mit einem Oxymoron zu Wort meldete: „Durch Masse zu Klasse?“

Dies ist eine These. Und sie passt irgendwie in unsere Zeit. Erreicht man Klasse aber denn wirklich durch Masse, frei nach dem Grundsatz: „Nur Übung macht den Meister“? – Nicht immer. Man denke dabei nur an die in China hastig gefertigten Massen von neuen Unikat-Kopien phantastischer Gemälde-Klassiker großartiger Künstler wie Renoir, Monet oder van Gogh. Dort fertigt ein gut trainierter Berufsmaler ein und dasselbe Motiv in Serien von mehr als 50 Stück – pro Woche! Und doch entsteht am Ende bei diesen Fertigungen ein Massenprodukt und kein Meisterwerk, selbst wenn die Bilder farbenfroh sind.
Wie steht es mit dem Mindestmengen-Massenphänomen im deutschen Gesundheitswesen? Seit mehreren Jahren wird bereits über das Für- und Wider von Mindestmengen-Regelungen leidenschaftlich sach- und fachkundig diskutiert, nachdem der gesetzliche Rahmen mit der Erneuerung der Sozialgesetzgebung gesteckt worden war. Auf der Basis des § 137 Abs. 1 Nr. 3 SGB V hat der Gesetzgeber die Voraussetzungen dafür geschaffen, für „planbare Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, Mindestmengen je Arzt oder Krankenhaus“ festlegen zu können.

Idee aus der Ökonomie

Der Grundgedanke ist der Ökonomie entlehnt und von der Politik sicherlich als Instrument zur Qualitätssteigerung einerseits und Kostensenkung andererseits gedacht gewesen. Nämlich unter der Prämisse, dass die Qualität einer medizinischen Leistung steigt und gleichzeitig die Kosten dafür sinken, wenn sie häufig erbracht wird. Die hier vertretenen Effekte der „Economy of Scales“ wurden in den vergangenen Jahren in medizinischen Publikationen für unterschiedliche Diagnosen berichtet.
Der deutsche Gesetzgeber hat mit der Formulierung im SGB V zwischen den Begriffen Qualität, Behandlungsergebnis und Menge eine Beziehung hergestellt, aus der sich für die Gesundheitspolitiker die Forderung ableiten lässt, Gesundheitsleistungen zu zentralisieren und damit die Krankenhauslandschaft umzubauen. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWIG) wurde beauftragt, evidenzbasiert Schwellenwerte für die entsprechenden Mindestmengen zu errechnen. Grundlage der Berechnung sollten dabei die Daten der BQS sein, die sich auf die Krankenhaus-Fallzahl beziehen. In der Koronarchirurgie sollten zum Beispiel die zu betrachtenden Parameter „Infektion“ und „Letalität“ als Indikatoren für die Ergebnisqualität verwendet werden. Ein Zusammenhang zwischen diesen Parametern und der Fallzahl konnte durch das IQWIG nicht nachgewiesen werden, so dass auch die erwartete Schwellenwert-Berechnung nicht möglich war. Aus dem Blickwinkel eines Patienten müsste, neben der Frage nach der intraoperativen und krankenhausassoziierten Letalität, die Ergebnisqualität im Sinne eines guten Langzeitergebnisses einer Behandlung der wesentliche und wichtigste Parameter sein. Langzeitergebnisse im Sinne einer Longitudinalbeobachtung mit Rückschlüssen auf Mindestmengen geben die in Deutschland verfügbaren Daten der BQS nicht her. Wäre eine die Sektoren der Gesundheitsversorgung übergreifende Datenbetrachtung möglich, würde das vielleicht der Diskussion eine andere Richtung geben. Thompson und Mitarbeiter konnten nachweisen, dass bei Betrachtung des Parameters Langzeitüberleben bei operierten Patienten mit Magen- und Ösophaguskarzinomen kein Unterschied zwischen Kliniken mit hohen und niedrigen Fallzahlen bestand. [1] Zur gleichen Aussage kam auch die Gruppe um Enzinger. [2]

Tendenz Patientenselektion

Das Problem bei der Beurteilung der Abhängigkeit von Masse (Fallzahl) und Qualität des Behandlungsergebnisses liegt bei der vergleichenden Betrachtung in den Variablen Patient (beispielsweise mit den Kovarianten Alter, Geschlecht, ASA-Klassifikation, subjektives Beschwerdebild, Voroperationen, spezifische Individualrisiken), Operateur (beispielsweise mit den Kovarianten Berufserfahrung, Spezialisierungsgrad, eigenes „Case-load“) Prozessorganisation und

Logistik der jeweiligen Klinik. Direkte Schlussfolgerungen auf den Parameter Masse wären dann zulässig, wenn in Kliniken unterschiedlicher Größen und unterschiedlicher Fallzahl auch ein vergleichbares Krankengut operiert würde.

Dies ist jedoch nicht der Fall. Als bedrückende Lektüre ist in diesem Zusammenhang das Ergebnis einer Studie aus dem letzten Jahr von Liu und Kollegen zu nennen, die bei der Prüfung von über 700.000 Fällen (in zehn betrachteten komplexen Operationen) feststellen konnten, dass die Verfügbarkeit oder Gewährung von Gesundheitsleistungen in „High-Volume"- Kliniken in den USA nicht für alle Patienten bestand. Ethnische Zugehörigkeit und Versicherungsstatus bedingten dort eine Selektion von Patienten. [3] Auch wenn Deutschland nicht mit den USA zu vergleichen ist, die Tendenz zur Patientenselektion ist aber inzwischen auch hier erkennbar.

Wichtige Erfahrungen

Dass die Erfahrung des Chirurgen und sein persönliches Case-load und nicht die Mindestmenge einer Klinik und darüber hinaus die Spezialisierung des Operateurs einen wesentlichen Erfolgsfaktor für das Behandlungsergebnis darstellen, konnten Arbeiten von Billingsley et al. bei kolorektaler Tumorchirurgie [4] und von Killeen bei gefäßchirurgischen Eingriffen [5] belegen. Jeder länger im Beruf stehende weiß, dass Erfahrung die gewonnene Erkenntnis aus der Summe der gemachten Fehler ist.

Die Prozessorganisation und eine entsprechende unterstützende Logistik sind nicht nur aus ökonomischer Sicht wichtige Erfolgsparameter einer Behandlung. Diese beiden Größen werden bei der Diskussion um Mindestmengen nicht hinreichend bewertet. Holt und Mitarbeiter berichteten, dass bei planbaren Eingriffen Kliniken mit einer hohen Fallzahl gefäßchirurgischer Eingriffe eine bessere Ergebnisqualität im Indikator operative Letalität hatten, als Kliniken mit geringer Fallzahl. Im Notfall bestand aber kein Unterschied mehr. [6]

Falsche Anreize

Billingsley schließt aus den Ergebnissen seiner Untersuchung, dass niedrigere postoperative Mortalitätsraten nicht aus der Menge an Fällen abzuleiten sind, sondern aus der Verfügbarkeit des gesamten Spektrums an klinischem Service, der die schnelle Erkennung und Behandlung von Komplikationen erleichtert. [4]

Generell ist bei der Diskussion um Mindestmengen auch immer zu berücksichtigen, dass hierdurch falsche Entwicklungen gebahnt werden können. Der eigentliche Hintergrund einer qualitativen Verbesserung einer Behandlung ist ein Ansatz dem man sich nicht verschließen darf. Mindestmengen als Knock-out-Kriterium sind jedoch nicht zielführend, zum Beispiel ist es der falsche Anreiz, Mindestmengen erbringen zu müssen, um eine Leistung überhaupt, oder weiterhin abrechnen zu dürfen. Beispielsweise nannte Dr. Andreas Köhler (Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung) die Abrechenbarkeit einer Koloskopie im Rahmen einer ambulanten Operation. Hier muss laut Dr. Köhler der Arzt nachweisen, dass er pro Jahr 200 Darmspiegelungen vornimmt. Sonst ist die Koloskopie (auch wenn sie sinnvoll, richtig und erforderlich ist) „unbezahlbar".

Massive Auswirkungen

Die politische Entscheidung, durch die Verpflichtung zu Mindestmengen Gesundheitsleistungen zu zentralisieren, hat Auswirkungen auf die Krankenhauslandschaft, die in der ganzen Breite noch nicht abschätzbar sind. Während Berlin und jede andere Großstadt in Deutschland sicherlich Kompensationsmöglichkeiten besitzen, zeichnen sich Risiken für strukturschwache Regionen ab, selbst wenn Professor J.R. Siewert, Leitender Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Heidelberg, dieses Problem für nicht existent erachtet, da man in Deutschland innerhalb von 30 Minuten die nächste Spezialklinik erreichen könne. Allerdings sprach er dabei von Flugzeit...

Weiterhin sind durch Mindestmengenvorgaben Auswirkungen auf die fachärztliche Weiterbildung zu erwarten, insbesondere dann, wenn die Mindestmengen je Arzt greifen.

Zusammenfassung

Mindestmengen werden als indirekte klassifikatorische Surrogat-Parameter für Ergebnisqualität angesehen. Tatsächlich gestaltet sich die Darstellung der Ergebnisqualität schwieriger, nicht zuletzt deshalb, weil die zu bestimmenden Indikatoren für Ergebnisqualität nicht geeignet waren, einen Zusammenhang mit der Fallzahl zu belegen. Der Schwellenwert ist nicht aufgrund evidenzbasierter Kriterien festgelegt. Mindestmengen-Regelungen dienen unter den genannten Umständen primär der Lenkung von Patienten und der Abrechnungs-Rechtfertigung und nicht der Qualitätsverbesserungen in der Behandlung.

Verfasser:
Dr. med. Werner Wrywich
Mitglied des Vorstandes der Ärztekammer Berlin

Literatur

[1] Thompson AM, Rapson T, Gilbert FJ, Park KG. : Hospital volume does not influence long-term survival of patients undergoing surgery for oesophageal or gastric cancer. Br J Surg. 2007; 94(5):578-84

[2] Enzinger PC, Benedetti JK, Meyerhardt JA, McCoy S, Hundahl SA, Macdonald JS, Fuchs CS.: Impact of hospital volume on recurrence and survival after surgery for gastric cancer. Ann Surg. 2007; 245(3):426-34

[3] Liu JH, Zingmond DS, McGory ML, SooHoo NF, Ettner SL, Brook RH, Ko C.Y.: Disparities in the utilization of high-volume hospitals for complex surgery. JAMA 2006; 296(16):1973-80

[4] Billingsley KG, Morris AM, Dominitz JA, Matthews B, Dobie S, Barlow W, Wright GE, Baldwin LM.: Surgeon and hospital characteristics as predictors of major adverse outcomes following colon cancer surgery: understanding the volume-outcome relationship. Arch Surg. 2007; 142(1):23-31

[5] Killeen SD, Andrews EJ, Redmond HP, Fulton GJ.: Provider volume and outcomes for abdominal aortic aneurysm repair, carotid endarterectomy, and lower extremity revascularization procedures. J Vasc Surg. 2007; 45(3):615-26

[6] Holt PJ, Poloniecki JD, Loftus IM, Michaels JA, Thompson MM.: Epidemiological study of the relationship between volume and outcome after abdominal aortic aneurysm surgery in the UK from 2000 to 2005. Br J Surg. 2007; 94(4):441-8. Does Practice Really Make Perfect? Annals

„Arzt – Deutsch / Deutsch – Arzt“

Dr. med. Eckart von Hirschhausen: Langenscheidt Sprachführer „Arzt – Deutsch / Deutsch – Arzt“, Lachen, wenn der Arzt kommt ISBN 978-3-468-73177-8, Euro 9,95 (D), Langenscheidt Verlag München

„Als Kabarettist hat man ja auch den Job, die wunden Punkte anzutippen“, sagte Eckart von Hirschhausen BERLINER ÄRZTE (9/2006). Mit kräftiger, erfrischend unakademischer Sprache stochert er gerade mal wieder humorvoll unter dem Verband des modernen Gesundheitssystems. Diesmal treibt er seinen ärztlichen Aufklärungsschabernack jedoch nicht als Solokabarettist auf Bühnenerfolgstour, sondern als Autor der Langenscheidt-Verständigungshilfe im Sprachführerformat: „Arzt – Deutsch / Deutsch – Arzt“. Leider lassen sich die gelungensten Erklärungen medizinischer Fachbegriffe nur wiedergeben, wenn man den Rahmen des Schicklichen sprengt. Gewisse bekannte Tatsachen bekommen durch den komödiantischen Sonderbeauftragten von Hirschhausen nämlich eine ganz neue Perspektive. („Anus praeter: Künstlicher Darmausgang. Danach geht einem buchstäblich alles am Arsch vorbei“ oder „Eine frohe Botschaft aus der Forschung: Masturbation schützt nachweislich vor Prostatakrebs! Endlich eine Gesundheitsmaßnahme, für die man auch Jugendliche begeistern kann!“)

Dr. med. und Wissenschaftsjournalist von Hirschhausen, der sich weder als Nestbeschmutzer, noch als schwarzes Schaf, dann schon eher als bunten Hund des ärztlichen Standes sieht, richtet sich an alle: „Gesunde und Kranke, Ärzte, Patienten und Hypochonder“. Letztere scheinen sich gerne angesprochen zu fühlen, denn wie der Entertainer Jürgen von der Lippe über das witzige Buch zum heiklen Thema Gesundheit meint: „Für jeden bekennenden Hypochonder ein ‚must‘“. Spitzen werden jedoch an alle verteilt, gerecht und flächendeckend:

Patienten: gerne mit Hilfe des Hirschhausen-Schnelltests für Hypochonder, für Arztverweigerer und den Symptom-Check für zu Hause näher zu klassifizieren.

Hausärzte oder Welcher Arzt passt zu meinem Symptom? Mit einem Punktesystem kann der Patient dem Niedergelassenen eine so genannte Ferndiagnose stellen, dabei spielt unter anderem das Personal eine Rolle: 1. Die Sprechstundenhilfe spricht Deutsch, kann lesen und schreiben und telefonieren. 2. Die Sprechstundenhilfe kann lesen und schreiben. 3. Die Sprechstundenhilfe kann gerade nicht. 4. Ihr Arzt empfängt Sie selber und zieht sich dafür ein Schwesternkostüm an.
Auch die Form des Aufrufens ist wichtig: 1. Persönlich vom Arzt mit Namen. 2. Von der Sprechstundenhilfe mit Namen. 3. Über Lautsprecher mit Namen. 4. Über Lautsprecher mit Diagnose „Der Analabzess bitte in die 3“.

Fachärzte: wie zum Beispiel Radiologen „Eure Durchleucht!“, Urologen „Herrscher der Harnwege“, Gynäkologen, verschreiben unter anderem „Orale Kontrazeptiva“; rezeptfrei zählen dazu auch starker schwäbischer oder sächsischer Dialekt. Fachärzte fürs Innere „Herz, Lunge, Darm und Drüsen“, fürs Äußere „Haut und Haare“ und „Alles was nervt“ Psychiater und Neurologen.

Halbgötter & Halbengel: Wer ist wer in der Klinik? Stichwort Wundinfektion: „Drei Gruppen kämpfen im Krankenhaus ums Überleben: Das Personal, die Patienten und die Bakterien. Die erfolgreichste Gruppe sind leider die Bakterien!“

Apotheker: Ärzte haben für den einzelnen Patienten nur begrenzt Zeit. „Der Apotheker kann aber bis Ladenschluss nicht weglaufen.“

Beipackzettel: Lassen Sie sich von keinem Beipackzettel abschrecken, wenn Ihnen das Medikament aus gutem Grund verordnet wurde. „Auch wenn der sich liest wie das Tagesprotokoll einer ganzen Intensivstation.“

Die Geheimsprache der Ärzte – wenn der Unkundige wissen möchte, bei welchem Problem es sich lohnt zu behaupten, dass käme vom vielen Stehen oder welchen Preis man letztlich wirklich für ein Zäpfchen zahlt und was der Chirurg beim Stripping macht, dann sei ihm die Lektüre empfohlen. Für Insider können von Hirschhausens Herleitungen eine willkommene Abwechslung sein, dem bitteren Ernst der menschlichen Unpässlichkeiten für einige Momente zu entgehen. Doch Vorsicht: Die theoretischen Grundlagen gepaart mit Vermutungswissen können beim Konsumenten zu kurzen, aber heftigen Lachschüben führen. Die Illustrationen des bekannten Cartoonisten Erich Rauschenbach sind Wirkungsverstärker. Deshalb bietet es sich an, das neue Standardwerk für den „mündigen“ Arzt und den „mündigen“ Patienten nur bei Einplanung folgender Konsequenz in der Öffentlichkeit zu lesen: Lachen verbindet!

Ulrike Hempel
Medizinjouranlistin

ANZEIGEN

Allgemeiner Hinweis

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 Informationen 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
Semesterbegleitende Fortbildungsreihe **14-tägig dienstags;** **NEU:** **jeweils 19:00 – 20:30 Uhr**	**Interdisziplinäre Fortbildungsreihe der Ärztekammer Berlin** 05.06.: Wenn Arbeit krank macht 19.06.: Sportmedizin 03.07.: Das rote Auge (Mit der Veranstaltung am 3.7.2007 endet die semesterbegleitende Fortbildungsreihe des Sommersemesters 2007; die Veranstaltungstermine und -themen der Interdisziplinären Fortbildungsreihe des Wintersemesters 2007/2008 werden frühzeitig an dieser Stelle bekanntgegeben.)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1200 E-Mail: fobi-zert@aekb.de Teilnahme kostenlos, Anmeldung nicht erforderlich	3 P pro Veranstaltungstermin
Semesterbegleitende Veranstaltungsreihe jeweils donnerstags; 20:00 - 21:30 Uhr	**Semesterbegleitende Fortbildungsreihe: Innere Medizin / Allgemeinmedizin; Schwerpunktthema im Sommersemester 2007: Ernährungstherapie versus Pharmakotherapie** 07.06.: Metabolisches Syndrom / Diabetes mellitus Typ 2 - Klinik / Ernährung / Pharmakotherapie 14.06.: Hypertonie - Klinik / Ernährung / Pharmakotherapie 21.06.: Fettstoffwechselstörungen: Klinik / Ernährung/ Pharmakotherapie 28.06.: Lebensmittelallergien im Erwachsenenalter: Klinik / Ernährung Pharmakotherapie 05.07.: Alter: Was bedeutet Alter? Ernährung und Pharmakotherapie	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1202 E-Mail: fobi-zert@aekb.de Teilnahme kostenlos, Anmeldung nicht erforderlich	3 P pro Veranstaltungstermin
Veranstaltungsreihe, **jeweils 18:00 – 20:00 Uhr**	**Geschlechtsspezifische Aspekte in der medizinischen Diagnostik und Therapie** Veranstaltungsreihe im Sommersemester 2007 12.06.: Pharmakologie: Rosa Pillen für Frauen, blaue Pillen für Männer – welche Unterschiede gibt es in der Pharmakotherapie? 26.06.: Rheumatologie: Rheumatische Erkrankungen – alles nur Erkrankungen alter Frauen? 10.07.: Psychiatrie: Weinerliche Frauen, aggressive Männer?	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1207 E-Mail: fobi-zert@aekb.de Teilnahme kostenlos, Anmeldung nicht erforderlich	2 P pro Veranstaltungstermin
11. - 13.06.2007	**Grundkurs im Strahlenschutz**	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1301 E-Mail: aag@aekb.de Gebühr: 230 €	21 P
13. - 15.06.2007	**Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik**	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1301 E-Mail: aag@aekb.de Gebühr: 200 €	17 P
15.06.2007	**Spezialkurs im Strahlenschutz bei CT**	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1301 E-Mail: aag@aekb.de Gebühr: 50 €	5 P
22.06. - 24.06.2007 **31.08. - 02.09.2007** **12.10. - 14.10.2007** **23.11. - 25.11.2007** jeweils Freitag bis Sonntag; freitags jeweils 16-19 Uhr, samstags und sonntags jeweils ganztägig	**80-Stunden-Kurs „Spezielle Schmerztherapie" 2007 zum Erwerb der Zusatzbezeichnung** Der Kurs wird in 4 Bausteinen à 20 Unterrichtsstunden angeboten.	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1206 E-Mail: d.buenning@aekb.de Anmeldung erforderlich! Gebühr: 850 €	80 P
27.08. - 01.09.2007 **08.10. - 13.10.2007** **26.11. - 01.12.2007**	**Weiterbildungskurs „Ärztliches Qualitätsmanagement" nach dem Curriculum der Bundesärztekammer**	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information/Anmeldung: Tel.: 40806-1400, -1207 E-Mail: QM-Kurs2007@aekb.de	50 P pro Modul

Kursteil 1: 06. – 08.09.2007 **Kursteil 2: 27. – 29.09.2007** (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) (Weiteres s. Textkasten unten)	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 €	40 P
Modul I: 30.11./01.12.2007 **Modul II.: 25./26.01.2008** **Modul IV: 22./23.02.2008** **Modul III: 04./05.04.2008** freitags jeweils 15 – 20 Uhr, samstags jeweils 9 – 13 Uhr	**„Grundlagen der medizinischen Begutachtung" in 4 Modulen, basierend auf dem Curriculum der Bundesärztekammer** (Weiteres s. Textkasten unten)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1203 E-Mail: begutachtung@aekb.de Anmeldung erforderlich! Gebühr: Module I–IV insgesamt 400 € (100 € pro Modul)	10 P pro Modul

Fortbildungsangebot: Qualitätsbeauftragter in der Hämotherapie

(40-Stunden-Kurs)

Die Bundesärztekammer hat gemäß den §§ 12 und 18 des Transfusionsgesetzes (TFG) eine Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie) erlassen.

Nach dieser Richtlinie müssen sowohl Einrichtungen, in denen Blut und Blutbestandteile gewonnen werden (Spendeeinrichtungen) als auch Einrichtungen, in denen Blutprodukte angewendet werden (Einrichtungen der Krankenversorgung) Qualitätssicherungssysteme betreiben. Einrichtungen mit Anwendung von Blutkomponenten und/oder Plasmaderivaten für die Behandlung von Hämostasestörungen (außer Fibrinkleber) müssen im Benehmen mit der zuständigen Ärztekammer einen ärztlichen Ansprechpartner zur Überwachung des Qualitätssicherungssystems (Qualitätsbeauftragter) benennen.

Voraussetzung für die Tätigkeit als Qualitätsbeauftragter ist die Approbation als Arzt und eine mindestens dreijährige ärztliche Tätigkeit sowie eine der folgenden Qualifikationen:

- Erfüllung der Voraussetzung für die Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement" oder
- 40 Stunden theoretische, von einer Ärztekammer anerkannte Fortbildung „Qualitätsbeauftragter Hämotherapie"

Wer zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Richtlinie als Qualitätsbeauftragter tätig ist, darf diese Tätigkeit weiter ausüben unter der Bedingung, dass eine der genannten Qualifikationen innerhalb von zwei Jahren nach Inkrafttreten der Richtlinie nachgewiesen wird.

Die Ärztekammer Berlin und die Landesärztekammer Brandenburg werden die qualifizierende Fortbildung „Qualitätsbeauftragter Hämotherapie" künftig im Wechsel anbieten. Nachfolgend finden Sie das nächste bevorstehende Kursangebot.

Kursangebot der Ärztekammer Berlin:

Teil I: 06.09. – 08.09.2007
Teil II: 27.09. – 29.09.2007
(jeweils Donnerstag ab 15 Uhr, Freitag ganztägig,
Samstag in der 1. Woche: 9-18 Uhr,
Samstag in der 2. Woche: 9-14 Uhr)

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Teilnehmergebühr: 700,- €

Information: Telefon: 030 40806-1400 (Inhalte)
030 40806-1202 (Anmeldung)
E-Mail: fobi-zert@aekb.de

Anmeldeschluss: 20.07.2007

Wissenschaftliche Gesamtleitung: Dr. med. Elke Gossrau (Berlin)

Der jeweils vollständige Besuch der jeweiligen Kursangebote ist mit 40 Fortbildungspunkten für das Fortbildungszertifikat anrechenbar.

40-Stunden-Curriculum „Grundlagen der medizinischen Begutachtung"

4 Module, basierend auf dem Curriculum der Bundesärztekammer

Termine: **Modul I: 30.11./01.12.2007**
Modul II: 25./26.01.2008
Modul IV: 22./23.02.2008
Modul III: 04./05.04.2008
freitags jeweils 15 – 20 Uhr, samstags jeweils 9 – 13 Uhr

Ort: **Konferenzsaal der Ärztekammer Berlin**

Die Erstellung von medizinischen Gutachten gehört zur ärztlichen Berufsausübung. Beauftragt werden Gutachter von privaten und gesetzlichen Versicherungsträgern sowie Gerichten. Bereits im Rahmen ihrer Weiterbildung sind von Ärztinnen und Ärzten Gutachten anzufertigen.

Basierend auf dem Curriculum der Bundesärztekammer bietet die Ärztekammer Berlin ab November 2007 für alle in Weiterbildung befindlichen Kolleginnen und Kollegen und für Interessierte aus Klinik und Praxis das Curriculum „Grundlagen der medizinischen Begutachtung" an. Allgemeine Grundlagen zur Begutachtung und Anforderungen an Gutachten sowie spezielle Fragestellungen der Versicherungs- und Sozialleistungsträger bilden Schwerpunkte des Curriculums. Dabei werden nicht nur medizinisch-fachliche Fragen, sondern auch juristische, sozialversicherungsrechtliche und rechtsmedizinische Aspekte der Begutachtung in deren Grundlagen behandelt. Anhand von Fallvorstellungen diskutieren ausgewiesene Experten fachspezifische Fragen der Begutachtung. In den freien Intervallen zwischen den Präsenzveranstaltungen erstellen die Teilnehmer zwei Gutachten; die Ergebnisse werden im Plenum zusammengefasst.

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

Bei Teilnahme an allen 4 Modulen wird das Zertifikat „Curriculäre Fortbildung" ausgestellt. Das Zertifikat „Curriculäre Fortbildung" ist ankündigungsfähig.

Auf das Fortbildungszertifikat werden insgesamt 40 Fortbildungspunkte (10 pro Modul) angerechnet.

Die Teilnehmergebühr für die Module I-IV beträgt insgesamt 400,00 € (100,00 € pro Modul).

Weitere Informationen erhalten Sie unter der E-Mail: begutachtung@aekb.de

Rund 850 Millionen Menschen weltweit leiden an Hunger und Unterernährung. Wir setzen uns in den Ländern des Südens für eine nachhaltige, sozial- und umweltverträgliche Landwirtschaft ein.

Brot für die Welt

Postbank 500 500-500
BLZ 370 100 50
www.brot-fuer-die-welt.de

Europäische Fachtagung
"Zerebralparesen im Erwachsenenalter"
21. / 22. September 2007, Potsdam

Veranstaltungsort:
Universität Potsdam · Haus II · Am Neuen Palais 10 · 14469 Potsdam

Teilnahmegebühr:
Tagung (mit Workshops)
Ärztinnen/Ärzte: 150 Euro, Physiotherapeutinnen/-therapeuten: 75 Euro
1 Tag
Ärztinnen/Ärzte: 80 Euro, Physiotherapeutinnen/-therapeuten: 40 Euro
Gesellschaftsabend (21. September): 25 Euro

Anmeldeschluss: 15. Juli 2007

Veranstalter:
Bundesarbeitsgemeinschaft Ärzte für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung e.V. und European Association of Intellectual Disability Medicine

Anmeldung und weitere Informationen:
Dr. med. P. Martin · Tel. 07851 84-252 · Fax 84-602 · pmartin@epilepsiezentrum.de

ANZEIGEN

„Inländerdiskriminierung“ bei der Berliner Ärzteversorgung?

Zur Vorgeschichte: In letzter Zeit wird zunehmend von Ärztinnen oder Ärzten, die älter als 45 Jahre sind, eine Aufnahme in die Berliner Ärzteversorgung (BÄV) beantragt, teilweise wurde sogar versucht, sich in die Berliner Ärzteversorgung einzuklagen. Nachdem aufgrund des Europarechts EU-Ärzte, die Kammermitglieder sind, seit dem 1.1.2006 in der BÄV pflichtversichert werden, geht das böse Wort von der „Inländerdiskriminierung“ um! Wie verhält es sich damit?

Mit dem Tag der Wiedervereinigung, 3. Oktober 1990, wurde der Geltungsbereich des Kammergesetzes Berlin auf das ehemalige Gebiet Ost-Berlins erweitert. Damals wurde auf Vorschlag von Verwaltungs- und Aufsichtsausschuss eine nachträgliche Aufnahme der „Ostberliner“ Ärztinnen und Ärzte durch eine Satzungsänderung ermöglicht. Diese wurde (wie rechtlich geboten und immer praktiziert) von der Delegiertenversammlung der neuen Gesamtberlin umfassenden Ärztekammer verabschiedet und im Gesetzblatt und Kammerblatt veröffentlicht. Die Kriterien für eine Mitgliedschaft wurden in der geänderten Satzung vergleichbar wie bei der Gründung 1966 geregelt. Das heißt: Pflichtmitglied wurde, wer zum Stichtag am 3.10.1990 das 45. Lebensjahr nicht vollendet hatte. Mitglied konnte auf Antrag auch werden, wer am 3.10.1990 das 45. Lebensjahr erreicht, aber das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hatte. Der Antrag musste bis zum 31.3.1992 gestellt werden. Es war also ab Wiedervereinigung eineinhalb Jahre Zeit! In Folge dieser Satzungsänderung hat das Versorgungswerk 2500 zusätzliche Mitglieder bis 45 Jahre aufgenommen und über 200 Mitglieder aus der Altersgruppe der 45- bis 60-Jährigen auf eigenen Antrag.

Falsche Beratung?

Heute wird immer wieder der Vorwurf der Falschberatung durch die damals Tätigen erhoben. Wie verhält es sich damit? Zunächst muss die damalige Situation in Erinnerung gerufen werden. Im Ostteil der Stadt gab es die Sozialversicherungsrente und für Ärzte zusätzlich die AVI (so genannte „Intelligenzrente“). Ferner gab es eine freiwillige Zusatzrente, FZR. Beides sind Renten, die im weiteren Verlauf letztendlich additiv zur Sozialversicherungsrente, also heute von der BfA oder neuerdings Deutsche Rente Bund, ausgezahlt werden. Diese Zusatzrenten sind vielleicht am ehesten mit unserer VBL vergleichbar. Es war damals durchaus klar, dass die „Grundrente“ in die gesetzliche Rentenversicherung (GRV) der Bundesrepublik überführt werden würde. Es war zum damaligen Zeitpunkt aber nicht klar, wie mit den Zusatzrenten verfahren werden würde. Die Beratung war auch geprägt bei den Kollegen in der ersten Zeit des Umbruches von der Sorge und der Frage „Was passiert bei Arbeitslosigkeit?“ Das Thema wurde vielfach unter dem Sicherheitsaspekt gesehen, dass bei Arbeitslosigkeit die weiterlaufende Beitragszahlung zur BfA gesichert war, während die Beitragszahlung zur Ärzteversorgung nicht klar war. Auch wollten Arbeitgeber oft den Arbeitgeberanteil bei Eintritt ins Versorgungswerk nicht zahlen. Es gab in der Anfangszeit auch hier in Berlin zu diesem Thema Auseinandersetzungen mit dem Senat, die sich sehr lange hinzogen.

Individuelle Gründe

Vor dem Hintergrund der Unterschiede zwischen beiden Sicherungssystemen gab es aber individuell durchaus gute Gründe, in der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) zu bleiben. Die damals über 45-jährigen Kollegen bekamen nicht die so genannten Hinzurechnungsjahre für die Berliner Ärzteversorgungsrente, acht Jahre, die bei Gründung des Versorgungswerkes auch nur den damals jungen Kollegen zugestanden worden waren. Ferner ist bei Vergleich der beiden Systeme damals der Berufsunfähigkeitsschutz bei der BfA wesentlich umfangreicher gewesen, als der enger definierte, eingeschränkte Berufsunfähigkeitsschutz der Berliner Ärzteversorgung. Bei den Vergleichen, die bei der Beratung im Versorgungswerk vielfach gemacht wurden, war auch ein Argument zu Gunsten der GRV/BfA, dass eventuelle Reha dort zu 100 Prozent finanziert wurde aber im Versorgungswerk im Regelfall nur zu 50 Prozent.

Soziale Wohltaten

Ein besonders wichtiger Grund für die Kolleginnen und Kollegen war, dass damals noch eine vorgezogene Altersrente bei der GRV ohne Abschläge möglich war bei Arbeitslosigkeit (§ 38 SGB VI). Diese „soziale Wohltat“ existierte in der BÄV nie! Ferner war es speziell für Frauen interessant, dass die vorgezogene Altersrente ohne Abschläge als gesetzliche Rente mit dem 60. Lebensjahr gezahlt wurde (§ 39 SGB VI), dafür musste zum damaligen Zeitpunkt bei der BÄV ein Abschlag von 36 Prozent der Rente hingenommen werden; sechsunddreißig Prozent Reduktion! Ferner gab es für langjährig GRV-Versicherte die Möglichkeit der vorgezogenen Altersrente ohne Abschläge ab dem 62. Lebensjahr (§36 SGB VI); dies entspricht einem wirtschaftlichen Vorteil von 14,4 Prozent. Denn das ist die Minderung der Rente, wenn man dasselbe bei der BÄV in Anspruch nehmen will. Außerdem gab es damals die Möglichkeit der vorgezogenen Altersrente ab dem 60. Lebensjahr ohne Abschläge für Schwerbehinderte (§ 37 SGB VI). Eine weitere „soziale Wohltat“, die in der BÄV nie existierte, inzwischen freilich so auch nicht mehr in der GRV gegeben ist. Dies alles zusammen sind jedoch erhebliche Vorteile der GRV gewesen, die dazu führten, dass viele Kollegen, unter Abwägung der Situation, den Schritt zur Berliner Ärzteversorgung nicht gemacht haben.

Leistungskürzungen / -abbau

Nun haben sich die Zeiten geändert. Die Altersgrenzen in der GRV wurden schrittweise (und werden immer noch weiter) angehoben. Die Vertrauensschutzregelung gilt komplett eigentlich nur für die Geburtsjahrgänge vor 1940. Das Rentenzugangsalter wurde für Frauen von 60 auf 65 Jahre erhöht und wie bekannt steigt es noch in den nächsten Jahren für alle bis auf 67 Jahre. Dies ist bereits Gesetz und greift stufenweise ab Geburtsjahrgang 1947.
Dazu kommt als versteckte Rentenkürzung für die 40er Geburtsjahre (und jünger), dass in der GRV die früheren „Ausfallzeiten" (z.B. Schul- und Studienjahre) jetzt in „Anrechnungszeiten" umgemünzt wurden. Im Einzelfall, je nach Erwerbsbiographie, können das bis zu 13 Jahre sein, die faktisch für die Berechnung der Rentenhöhe drastisch abgewertet werden. Das sind die so genannten „Rentenreformen" der letzten 15 Jahre, die im Kern immer Kürzungen von Rentenanwartschaften waren, die aber weder vom Versorgungswerk noch natürlich von den betreffenden Kolleginnen und Kollegen vorhergesehen werden konnten. Zusätzlich wurden in der GRV Rentenabschläge eingeführt bei Rentenvorziehungen, die annähernd auf der Höhe liegen wie bei der BÄV.

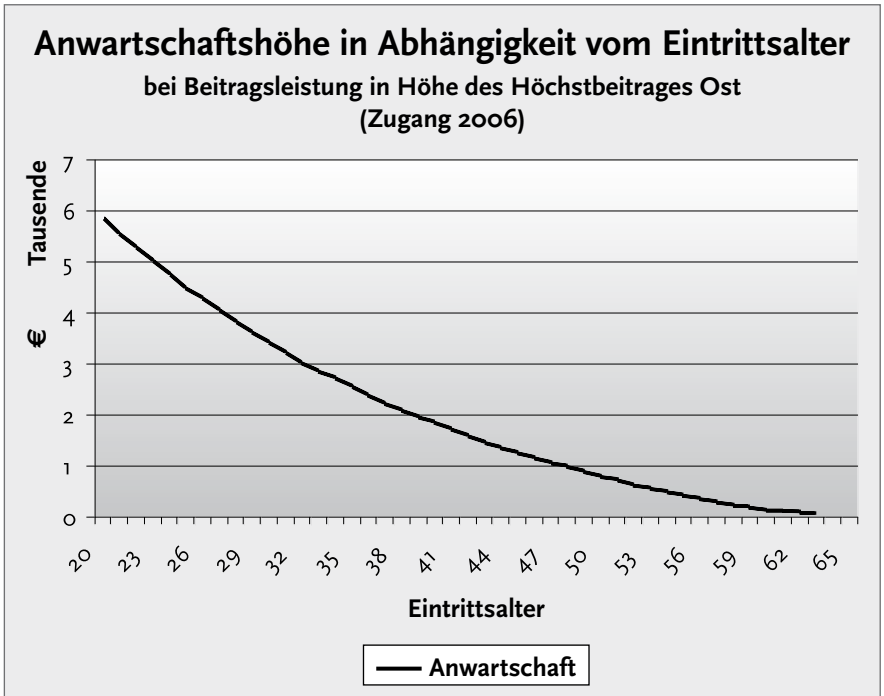
Bei dieser deutlichen Verschlechterung in der GRV bei gleichzeitiger Verbesserung in der BÄV, ist es sehr verständlich, dass zunehmend ältere ehemalige Ostberliner Ärztinnen und Ärzte 15 Jahre nach Schließung des Berliner Versorgungswerkes Mitglied unserer Versorgung werden wollen. Aber lohnt es sich für diesen Personenkreis noch im Alter von 55 bzw. 59 Jahren Mitglied der BÄV werden? Insbesondere wenn eine lange Versicherungszeit in der GRV besteht?

Ein Fallbeispiel

Nehmen wir den Beispielfall einer 55-jährigen Kollegin, die zum 1.7.2007 von der GRV zur BÄV wechselt. Bei Höchstbetrag West und 9,6 Beitragsjahren würde eine Altersrente von knapp 500 €/Monat erworben werden, dagegen bei der GRV auf der Basis heutiger Zahlen sogar eine geringfügig höhere Altersrente. Wie erklärt sich das? Die GRV (ein Umlagesystem: Junge zahlen für Ältere, keine Rücklagen!) zahlt Renten, die sich in der Höhe an den Beiträgen der Versicherten orientieren, aber auch an verschiedenen anderen volkswirtschaftlichen und demographischen Daten sowie, sehr wichtig, einer politischen Gestaltung unterliegen (auch hier gibt es vergleichbar dem KV-System: „Punktwerte"). Die BÄV jedoch (ein Kapital gedecktes System) verspricht – grob vereinfacht – einen so genannten Rechnungszins von 4 Prozent auf das eingezahlte Kapital. Das heißt, zu der höheren Rente der BÄV kommt es besonders dann, wenn eine längere Zinslaufzeit (= Beitragszeit) vorliegt, besonders in jüngeren Jahren gezahlte Beiträge führen im Vergleich zur GRV zu recht stattlichen Renten.

Es bestehen aber falsche Erwartungen, wenn erst spät ein Eintritt beziehungsweise Wechsel ins Versorgungswerk erfolgt. Genährt wird diese zu optimistische Rechnung offensichtlich von Vergleichen, die zum Beispiel in Arztfamilien die Antragsteller/Eintrittswilligen machen, wenn die jährliche Anwartschaftsmitteilung des Versorgungswerks verglichen werden mit den seit einiger Zeit auch von der GRV versendeten Informationen. Die in Frage stehende Gruppe von Kolleginnen und Kollegen würde von einem so späten Wechsel des Alterssicherungssystems je nach Geburtsjahr und individueller Erwerbsbiographie nicht oder nur gering profitieren, im Einzelfall sogar verlieren!

Das heutige Berechnungssystem (im Jahr 2007) der Renten in der GRV („Deutsche Rente Bund") honoriert, das wird viele überraschen, die letzten Beitragsjahre sehr ordentlich. Soweit ist das erfreulich für die Kolleginnen und Kollegen, die einen Arbeitsplatz haben und gut verdienen – aber natürlich andererseits bedrückend, weil für Millionen „alte" Arbeitslose der letzten Jahre massiv Renten reduzierend. Nun wird von Kolleginnen und Kollegen, die das Desaster der GRV verstanden haben, gefragt, ob nicht eine „Zusatzversorgung" bzw. freiwillige Mitgliedschaft möglich sei?



Die Grafik stellt schematisiert die voraussichtliche Rentenhöhe eines im Jahr 2006 in die Berliner Ärzteversorgung eingetretenen Mitgliedes in Abhängigkeit vom Eintrittsalter zum Zeitpunkt der Begründung der Mitgliedschaft unter der Prämisse dar, dass vom Eintritt in das Versorgungswerk bis zum Rentenbeginn dauerhaft der höchste Pflichtbeitrag (Ost) entrichtet wurde. Bei dauerhafter Zahlung des höchten Pflichtbeitrages (West), würde die Rentenerwartung entsprechend höher ausfallen.

Diese Lösung ist leider wettbewerbs- und steuerrechtlich sehr problematisch, würde doch die BÄV in Konkurrenz zu Privatversicherungen/Lebensversicherungen „am Markt“ auftreten und damit ihre Steuerbefreiung (die sie wie alle gesetzlichen Rentenversicherungsträger genießt) verlieren.
Festzuhalten bleibt, dass unser eintrittsaltersabhängiges Verrentungssystem mit voller Kapitaldeckung eine der Verweildauer der Beiträge entsprechende äquivalente („gerechte“) Verrentung (Verzinsung) gewährt. Es erfolgt keine (politisch determinierte) Umverteilung von jungen zu alten Mitgliedern.

Aus der übrigen EU kommende Ärzte (seit dem 1.1.2006 bis zum 60. Lebensjahr) erhalten ebenfalls eine vom Eintrittsalter abhängige „gerechte“ Rente, die nicht zu Lasten der Alt-Mitglieder (= Inländer) der BÄV subventioniert wird. Die geringen Verrentungssätze bei Begründung der Mitgliedschaft erst im höheren Lebensalter (egal ob Inländer oder Ausländer), verhindern intergenerationelle Kapitaltransfers, sie orientieren sich an der „Äquivalenzrente“.

In der BÄV werden Solidarleistungen (Transfers) für Berufsunfähigkeit, für Witwen/Witwer und Waisen erbracht. Geringe Kosten fallen für die Verwaltung an (ca. 1,5 % der Beitragseinnahmen). Ansonsten wird als Altersrente der gesamte Beitrag mit dem Gewinn (4 % Rechnungszins plus evtl. „Überzins“) ausgezahlt, statistisch normale, sprich durchschnittliche Lebensdauer unterstellt.

Fazit

Eine Inländerdiskriminierung ist für die jetzt 50- bis 60-Jährigen bezüglich der zu erwartenden Rentenleistung für die letzten Jahre Berufstätigkeit nicht erkennbar. Aufgrund der Unterschiede im System führen die Beiträge in den letzten Berufsjahren zurzeit zu ähnlich hohen Rentenleistungen in GRV und BÄV, in deutlichem Gegensatz für die länger zurückliegenden Beitragszeiten, die im Versorgungswerk deutlich höhere Renten bewirken.

Die insgesamt sehr großen Leistungsdifferenzen waren so ausgeprägt 1990/91 noch nicht gegeben und sind nachträglich im Rahmen der allgemeinen Sozialgesetze vom Bundestag fortlaufend verschärft bis heute in die GRV implementiert worden. Zur gleichen Zeit hat die BÄV ihre Leistungen verbessert, zum Beispiel verringerte Abschläge für vorgezogene Altersrente, verlängerte Zahlung von Kinderzuschlägen zur Altersrente usw. Es gilt zu beachten, dass wir nur auf das Versorgungswerk als Teil der Ärztekammer gestaltend einwirken können.

Dr. med. Elmar Wille
Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der Berliner Ärzteversorgung und Vizepräsident der ÄKB

Aufbereitung von Medizinprodukten in der Arztpraxis

In den letzten Monaten ist das Thema Aufbereitung von Medizinprodukten verstärkt in den Mittelpunkt geraten, meist im Zusammenhang mit kontroversen Diskussionen und Verunsicherung bei den Praxisinhabern. Das Thema ist auch äußerst vielschichtig, deshalb soll an dieser Stelle einiges erklärt und auf weitere Informationsmöglichkeiten hingewiesen werden. So ist zum Beispiel vorgesehen, ab Herbst dieses Jahres fachgruppenorientierte Informationsveranstaltungen für die Praxisinhaber durchzuführen. Die Ärztekammer Berlin wird Termine und Inhalte in BERLINER ÄRZTE und auf ihrer Homepage veröffentlichen. Die ersten beiden Termine sind am 26. September und 7. November vorgesehen, gegebenenfalls folgen weitere. Für die Arzthelferinnen sind spezielle Fortbildungen bei MUT gGmbH geplant (www.mut-gesundheit.de), die erste Veranstaltung „Aufbereitung von Medizinprodukten in der Arztpraxis“ soll am 3. November 2007 stattfinden.

Zum Hintergrund: Das Medizinproduktegesetz stellt die nationale Umsetzung der europäischen Richtlinie dar. Mit dieser Richtlinie wird der europäische Medizinproduktemarkt geregelt, in dem freier Warenverkehr und Sicherheit der Produkte zum Schutz von Patienten und Anwendern in einem ausgewogenen Verhältnis stehen sollen.
Zur Ausformung des Gesetzes wurden Verordnungen sowohl bezüglich des Betreibens von Medizinprodukten als auch zum Inverkehrbringen erlassen. Zum Betreiben von Medizinprodukten gehören auch Regelungen, die die sichere erneute Anwendung von Medizinprodukten nach einem Einsatz gewährleisten. Dazu ist im § 4a der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) ein Hinweis auf die gemeinsame Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert-Koch-Institut (RKI) und des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte enthalten. Bei Einhaltung dieser Empfehlung wird eine ordnungsgemäße Aufbereitung vermutet.
Sie wurde im November 2001 veröffentlicht, danach erschienen evidenzbasierte Richtlinien für spezielle Fachgebiete, wie das ambulante Operieren, die Aufbereitung flexibler Endoskope und zuletzt die spezielle Empfehlung für Zahnarztpraxen. Diese Empfehlungen sind auf

den Web-Seiten des RKI zu finden und auch herunterzuladen.

Die Erfüllung der gesetzlichen Vorschriften wird von der zuständigen Behörde, dem Landesamt für Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz und technische Sicherheit kontrolliert.

Grundsätzliche Forderungen

1. Bereits in der MPBetreibV ist festgelegt, dass die mit der Aufbereitung von Medizinprodukten beschäftigten Personen aufgrund ihrer Ausbildung und praktischen Tätigkeit über die erforderlichen Sachkenntnisse und über die hierfür erforderlichen Räume einschließlich deren Beschaffenheit, Größe, Ausstattung und Einrichtung verfügen müssen.

2. Medizinprodukte, die erneut verwendet und dafür aufbereitet werden sollen, sind zunächst auf der Basis einer Risikobewertung einzustufen.

Die Bezeichnungen unkritisch, semikritisch und kritisch charakterisieren dabei das potenzielle Infektionsrisiko und die Buchstaben A, B und C unterscheiden die Schwierigkeit der Aufbereitung:

Art der Anwendung des Medizinprodukts	Einstufung
Berührung mit intakter Haut	Unkritisches Medizinprodukt
Berührung mit Schleimhaut oder krankhaft veränderter Haut	Semikritisches Medizinprodukt **semikritisch A** ohne besondere Anforderungen an die Aufbereitung **semikritisch B** mit erhöhten Anforderungen an die Aufbereitung
Haut- oder Schleimhautdurchdringung, zur Anwendung von Blut, Blutprodukten, sterilen Arzneimitteln	Kritisches Medizinprodukt **kritisch A** ohne besondere Anforderungen an die Aufbereitung **kritisch B** mit erhöhten Anforderungen an die Aufbereitung **kritisch C** mit besonders hohen Anforderungen an die Aufbereitung

Diese Risikoeinstufung, individuell für die in der Praxis benutzten Instrumente vorgenommen, ist Basis für das anzuwendende Aufbereitungsverfahren und damit auch für den benötigten Sterilisator. Zur Unterstützung bei der Einstufung hat die Deutsche Gesellschaft für Sterilgutversorgung e.V. einen „Entscheidungsbaum“ veröffentlicht, der von deren Web-Seite (www.dgsv-ev.de) auch heruntergeladen werden kann.

3. Weiterhin ist es notwendig, vom Hersteller der Medizinprodukte Angaben über das zu ihrer Aufbereitung geeignete Verfahren zu erhalten. Diese müssen in der Gebrauchsanweisung vorhanden sein. Gegebenenfalls sind sie vom Hersteller anzufordern. Medizinprodukte der Kategorie kritisch A oder B dürfen sonst nicht aufbereitet werden. Sind diese Angaben auch vom Hersteller nicht zu erhalten, so liegt hier ein Mangel im Sinne der Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung vor, der der zuständigen Bundesoberbehörde (BfArM) gemeldet werden muss. Vom Verantwortlichen, also dem Praxisinhaber, kann dann ein standardisiertes beziehungsweise validiertes Aufbereitungsverfahren festgelegt werden.

4. Im § 4 Abs. 2 der MPBetreibV ist gefordert, dass „die Aufbereitung von bestimmungsgemäß keimarm oder steril zur Anwendung kommenden Medizinprodukten...mit geeigneten validierten Verfahren so durchzuführen ist, dass der Erfolg dieser Verfahren nachvollziehbar gewährleistet ist...“

Was ist nun ein „validiertes Verfahren“? Die Validierung ist ein dokumentiertes Verfahren zum Erbringen, Aufzeichnen und Interpretieren von Ergebnissen, mit denen gezeigt wird, dass der fragliche Prozess dauerhaft mit den vorgegebenen Spezifikationen übereinstimmt. Das bedeutet, dass einmal für eine bestimmte Beladung festgelegte Parameter (Temperatur, Druck, Zeit) regelmäßig und dauerhaft den Sterilisationserfolg gewährleisten.
Die Validierung besteht aus zwei Teilen, der Kommissionierung und der Leistungsbeurteilung. Der erste Teil betrifft die technische Ausstattung und Installation, der zweite das mit der vorhandenen „hard ware“ ermöglichte Erbringen und Belegen akzeptabler Produkte.

Dies betrifft sowohl den Reinigungs- und Desinfektionsprozess als auch die Sterilisation. Es ist unschwer zu erkennen, dass manuelle Reinigungsprozesse nicht validierbar sind. Nicht für jede Praxis wird sich jedoch ein Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG) rentieren. Deshalb hat der Gesetzgeber hier die Möglichkeit gelassen, mit Hilfe von standardisierten Arbeitsanweisungen die dafür erforderlichen Arbeitsschritte möglichst genau und nachvollziehbar zu beschreiben und zu dokumentieren. Wenn jedoch ein RDG vorhanden ist, dann muss der Prozess auch validiert werden.

Anforderungen an die Durchführung der Aufbereitung nach RKI-Empfehlung

Zur Aufbereitung von Medizinprodukten gehören die folgenden Schritte:

- das sachgerechte Vorbereiten (Vorbehandeln, Sammeln, Vorreinigen und gegebenenfalls Zerlegen der angewendeten Medizinprodukte) und deren zügigen, sicher umschlossenen und Beschädigungen vermeidenden Transport zum Ort der Aufbereitung,
- die Reinigung, Desinfektion, Spülung und Trocknung,
- die Prüfung auf Sauberkeit und Unversehrtheit (z.B. Korrosion, Materialbeschaffenheit), gegebenenfalls Wiederholung des vorhergehenden Schritts und die Identifikation, z.B. zum Zwecke der Entscheidung über eine erneute Aufbereitung bei deren zahlenmäßiger Begrenzung
- die Pflege und Instandsetzung,
- die Funktionsprüfung und, je nach Erfordernis,
- die Kennzeichnung, sowie
- das Verpacken und
- die Sterilisation.

Die Aufbereitung endet mit der dokumentierten Freigabe des Medizinproduktes zur Anwendung.

Die Kette dieser einzelnen Maßnahmen muss so optimiert sein, dass im Ergebnis ein funktionsfähiges, steriles Medizinprodukt zur erneuten Anwendung bereit steht. Schwachpunkte in einem Einzelschritt können dagegen den Gesamterfolg in Frage stellen.
Deshalb ist auch für die Reinigung, Desinfektion, Spülung und Trocknung den maschinellen Verfahren gegenüber den manuellen der Vorzug zu geben.

Eine sichere Sterilisation kann nur bei sauberen Medizinprodukten erfolgen. Die Reinigung und Desinfektion hat deshalb eine besondere Bedeutung für den Gesamterfolg des Aufbereitungsprozesses.

Reinigung und Desinfektion

Die wirksame Reinigung und Desinfektion aller äußeren und inneren Oberflächen muss rückstandsfrei erfolgen, gegebenenfalls unter Anwendung von Ultraschall. Dabei muss berücksichtigt werden, dass es nicht zu einer Fixierung von Rückständen (Blut, Gewebereste) kommt. Besonders die alkalische Reinigung ist hochwirksam zur Lösung von Protein- und Fettresten. Dafür ist allerdings die Materialbeständigkeit gegenüber alkalischen Reinigern vorher zu ermitteln.

Die Desinfektionsverfahren müssen nachweislich bakterizid, fungizid und viruzid sein. Es sollten deshalb nur Mittel verwendet werden, die auf der Liste der geprüften Desinfektionsmittel und -verfahren des Robert-Koch-Instituts oder der DGSV aufgeführt sind.

Für eine effektive Reinigung und Desinfektion ist unbedingt die Gebrauchsanweisung zu beachten, insbesondere muss die Konzentration und die Einwirkzeit berücksichtigt werden. Reinigungs- und Desinfektionsmittel müssen anschließend sorgfältig mit geeignetem, entmineralisierten Wasser oder mit Wasser höherer Qualität entfernt werden.

Prüfung auf Sauberkeit und Funktionsfähigkeit

Für das sichere Anwenden des Medizinproduktes ist der Betreiber verantwortlich. Insbesondere nach Reinigung, Desinfektion, Spülung und Trocknung müssen technisch-funktionelle Prüfungen durchgeführt werden, um eventuelle Instandsetzungsmaßnahmen zu veranlassen. Dieses ist in jedem Fall vor der Sterilisation erforderlich. Da Umfang und Art der Prüfung vom Medizinprodukt abhängig ist, muss diese in der Standardarbeitsanweisung beschrieben sein, (beispielhaftes Download einer Standardarbeitsanweisung, z.B. Stadtgesundheitsamt Frankfurt, ÄK Hamburg).
Mit der Prüfung auf Sauberkeit sollen eventuell noch vorhandene Rückstände auf den Produkten erkannt werden.

Unmittelbar vor der Anwendung sind ebenfalls einfache, sicherheitsrelevante Funktionsprüfungen vom Anwender nochmals durchzuführen.

Verpackung

Eine Rekontamination des Medizinproduktes soll bis zu seiner Anwendung ausgeschlossen werden. Deshalb braucht es eine geeignete Verpackung und Lagerung.
Die Verpackung besteht in der Regel aus mechanischer Schutzverpackung, Sterilverpackung und gegebenenfalls einer Umverpackung (für Lagerung und Transport).
Die Sterilverpackung muss die Sterilisation ermöglichen und die Sterilität bis zur Anwendung gewährleisten.

Sterilisation

Die in der Praxis angewendeten Medizinprodukte müssen mit einem für diese Produkte geeigneten, geprüften und validierten Verfahren sterilisiert werden.

Das gebräuchlichste Verfahren dafür ist die Sterilisation mit Sattdampf, in der Regel bei 121 °C oder 134 °C.
Dabei ist es wichtig, dass das Sterilisiermittel Zugang zu allen äußeren und inneren Oberflächen hat. Insbesondere stellen lange und enge Lumina hier Probleme dar und bedürfen einer besonderen Beachtung. Bereits bei der Anschaffung der Medizinprodukte sollte das berücksichtigt werden!

Für den Erfolg der Sterilisation ist neben der Art des Sterilguts auch die Art der Verpackung und die Beladungskonfiguration von Bedeutung.

Kennzeichnung

Ist die Anzahl der möglichen Aufbereitungen vom Hersteller festgelegt, muss die Anzahl der durchgeführten Aufbereitungen erkennbar sein.

Auf der Verpackung muss weiterhin erkennbar sein

- Bezeichnung des Medizinproduktes für nutzungsrelevante Identifizierung (Modell, Größe)
- Chargenkennzeichnung der erfolgten Sterilisation, Sterilisierdatum, Verfallsdatum
- Sterilgutlagerfrist

Freigabe

Die Prozessparameter und die Entscheidung zur Freigabe sind mit Bezug zur freigebenden Person und zur Charge zu dokumentieren. Damit wird bestätigt, dass die Aufbereitung entsprechend den Standardarbeitsanweisungen unter Einhaltung der im Validierungsprotokoll niedergelegten Parameter erfolgt ist, was bei entsprechender Dokumentation und Aufbewahrung später jederzeit nachweisbar ist.

Sollten weitere Fragen zu konkreten Problemen bestehen, sei hier nochmals auf die eingangs erwähnten Informationsveranstaltungen im Herbst hingewiesen, aber auch auf die zuständige Aufsichtsbehörde, das Landesamt für Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz und technische Sicherheit mit der Tel-Nr. 030/9021 5658 und seiner Website: www.lagetsi.berlin.de

Cornelia Olbertz
Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz

ANZEIGE

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

„Der Anblick des Menschen von innen“

Interview mit Professor Dr. med. Dieter Janz

Professor Dr. med. Dieter Janz war Schüler Viktor von Weizsäckers, dem Begründer der modernen Psychosomatik. BERLINER ÄRZTE sprach mit Janz über den Einfluss Weizsäckers auf die aktuelle Medizin, über das Arzt-Patienten-Gespräch und über die Widerstände vieler Ärzte gegen Weizsäckers Modelle.

Wann und wie ist Ihnen Viktor von Weizsäcker begegnet?

Das war im Juni 1945. Ich war 25 Jahre alt, hatte das Staatsexamen schon hinter mir und war in Hamburg. In Eppendorf absolvierte ich mein halbes Jahr Pathologie, unbezahlt natürlich. Vom Hamburger ASTA wurde ich nach Heidelberg geschickt, um in Erfahrung zu bringen, warum die Heidelberger Universität sich schon hatte öffnen können, während die Hamburger Universität noch geschlossen war.

Von Freunden habe ich in Heidelberg von Alexander Mitscherlich gehört. Ich besuchte ihn, und wollte nun in die Innere Medizin gehen. Mir begegnete ein junger, sich elastisch bewegender und leicht von amerikanischem Flair umwehter, lebhafter, geistig anregender Mensch. Ihm sagte ich, dass ich mir einen Lehrer suchen möchte. Mitscherlich sagte, der einzige Lehrer, von dem er sich wirklich eine Erneuerung der Medizin verspreche, sei Viktor von Weizsäcker, der aber noch in amerikanischer Gefangenschaft sei. Dann erzählte er mir von Weizsäcker als einem geistigen Mediziner. Ein Neurologe, der nicht nur vom Internismus herkommender Naturwissenschaftler sei, sondern auch tiefenpsychologisch denke und der den Arztberuf als eine geistige Aufgabe ansehe. Ich fragte ihn, wer diese Aufgabe während seiner Abwesenheit weitertrage. Und Mitscherlich nannte mir Paul Vogel, Professor für Neurologie in Heidelberg, ein Schüler von Weizsäcker. Zu dem bin ich dann auch gegangen. Gegangen ist gut gesagt, das war ja nicht so einfach.

Sie besuchten die Vorlesungen Viktor von Weizsäckers. Wie erinnern Sie sich an diese Vorlesungen nach so vielen Jahren?

Es war so, dass von Weizsäcker einmal in der Woche abends gegen sechs Uhr eine Vorlesung im großen Hörsaal in einer uns benachbart liegenden Klinik hielt. Wir haben uns darauf immer gefreut. Wir, das waren einige Assistenten der Neurologischen Abteilung. Viktor von Weizsäcker regte uns unglaublich an. Er stellte uns in seiner Vorlesung einen kranken Menschen vor. Das begann immer mit einem sehr lockeren, zugleich aber sehr konzentrierten Gespräch mit dem Kranken. Die Fragen riefen oft ganz erstaunliche Reaktionen und Antworten bei dem Patienten hervor, die nicht bloß das zeigten, was man auf der Fieberkurve notierte. Viktor von Weizsäcker fragte so einfach, schlicht und offen, dass man als Zuhörer frappiert war, was dabei herauskam: „Was führt sie zu uns, erzählen Sie mal! Wie hat das angefangen? Was ist das für eine Krankheit? Was glauben Sie, wo das herkommt?“ Von Weizsäcker hat das Medizinische im engeren Sinne dabei nie vergessen, denn er hat auch erläutert, was die Fieberkurve und die anderen medizinischen Daten wie der Urin oder das Blut oder die Leber sagten. So, dass man ein klares medizinisches Bild von der Krankheit hatte. In der darauf folgenden Vorlesung hat er dann über diesen Kranken gesprochen und die Krankengeschichte vertieft. Das war im Grunde eine ganz konventionelle Krankenvorstellung, aber das Erstaunliche war, was bei dem Gespräch herauskam, das er mit dem Kranken führte.

Worin bestand das Erstaunliche des Gesprächs?

Es ging eben nicht nur um die rein medizinischen Fragen. Der Kranke ließ sich

ANZEIGE

Sucht, Depression, Angst, Burn-out

Zurück ins Leben

Beratung und Information
0800 32 22 32 2
(kostenfrei)

Unsere privaten Akutkrankenhäuser:
Schwarzwald, Weserbergland,
Berlin/Brandenburg
www.oberbergkliniken.de

Sofortaufnahme – auch im akuten Krankheitsstadium.
Hochintensive und individuelle Therapien für Privatversicherte und Beihilfeberechtigte.
Wir helfen bei der Klärung der Kostenübernahme.

Oberberg
Psychotherapie · Psychiatrie · Psychosomatik

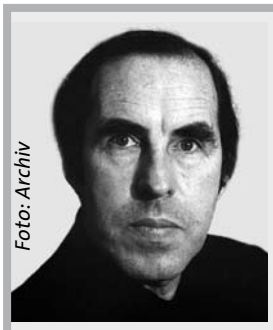


Foto: Archiv

Zur Person

Professor Dr. med. Dieter Janz, geb. 1920 in Speyer/Rhein, Studium der Medizin in Marburg/Lahn, Frankfurt/Main, Prag, Freiburg/Breisgau. 1946 Assistent an der Nervenabteilung der Ludolf-Krehl-Klinik (Medizinische Universitäts-Klinik) bei Paul Vogel (Heidelberg), 1955 Habilitation für Neurologie, Weiterbildung in Psychiatrie bei Kurt Schneider (Heidelberg), in Epileptologie bei F. Braun (Zürich) und in der Neurologie bei McDonald Critchley (London). 1973 Berufung auf den neurologischen Lehrstuhl am Klinikum Charlottenburg der Freien Universität Berlin, seit 1988 emeritiert. Hauptwerk: Die Epilepsien – Spezielle Pathologie und Therapie. Stuttgart: Thieme 1969, 2. Aufl. 1998. Zusammen mit Peter Achilles, Martin Schrenk und Carl Friedrich von Weizsäcker Herausgeber der Gesammelten Schriften Viktor von Weizsäckers.

ansprechen. Er sagte Dinge, die man nie erfahren hätte, wenn man ihn nicht auch so teilnehmend danach gefragt hätte. Von Weizsäcker stellte immer ein besonderes Problem heraus. Also zum Beispiel die Frage, warum der Mann gerade zu diesem Zeitpunkt krank geworden ist. Jahrelang war er gesund gewesen, aber gerade jetzt wurde er krank.

Diese Frage stellte er auch dem Patienten: „Warum haben Sie gerade jetzt eine Angina bekommen?“. Da gab es dann zum Teil sehr abwehrende Äußerungen wie etwa „Das weiß ich nicht“ oder „Da muss ich mich wohl erkältet haben“. Von Weizsäcker fragte, mit einem „So?!“ oder „Meinen Sie?“ nach. Durch diese knappe Rückfrage brachte er den Kranken zum Nachdenken. „Na ja, es war nicht mehr alles in Ordnung“, erwiderte dann der Patient. „So?“, fragte von Weizsäcker wieder zurückhaltend und fordernd zugleich. Und plötzlich fing der Kranke an, eine Geschichte zu erzählen. Diese Geschichte ließ von Weizsäcker dann laufen. So kam heraus, dass der Kranke erzählend sehr viel mehr von seiner Krankheit wusste. Er gab wichtige Hinweise über sein Kranksein. Aber es kam eben erst heraus, wenn es erfragt und hervorgelockt wurde.

Das Weizsäckersche Gespräch bedeutete also eine besondere Begegnung zwischen dem Arzt und dem Kranken, durch das ein bestimmtes Wissen hervorgelockt wurde?

ANZEIGE

Wöhlermann • Lorenz & Partner
Rechtsanwälte

Sebastian Loewe
Rechtsanwalt
Tätigkeitsschwerpunkte:
Arzthaftungsrecht, Handels-/ Gesellschaftsrecht Arbeitsrecht

Dr. Philipp Kadelbach
LL. M. (Cape Town)
Rechtsanwalt
Tätigkeitsschwerpunkte:
EDV-Recht Wettbewerbsrecht Medienrecht

Robin Klatt
LL. M. (Houston)
Rechtsanwalt
Attorney at Law, New York
Tätigkeitsschwerpunkte:
Gewerbliches Mietrecht Praxisübernahmerecht Insolvenzrecht

Berlin Leipzig Magdeburg Torgau Herzberg Jessen Poznan Barcelona Mallorca
Dircksenstraße 40 · 10178 Berlin-Mitte · Tel.: 030 288830-0 · Fax: 030 288830-90

Dieses Wissen war kein direktes, unmittelbares Wissen, sondern ein verborgenes. Es wunderte den Kranken oft selbst, weil er vor dem Gespräch nicht wusste, dass er es wusste. Dieses verborgene Wissen fanden wir aufregend. Uns hat interessiert, wie von Weizsäcker mit Kranken sprach. Wir versuchten, unseren Kranken ähnlich zu begegnen. Wenn jemand schon in einer Situation ist, die krank macht, warum bekommt er dann eine Halsentzündung, warum bekommt er eine Gelbsucht oder Zahnschmerzen? Warum ist dann dieses Organsystem und kein anderes betroffen? Von Weizsäcker hat versucht, dieses Warum – „warum gerade jetzt“ und „warum gerade hier“ – des Krankwerdens ohne Vorwissen und Vorurteil beim Kranken selbst entstehen zu lassen. Danach erst hat er aus dem reichen Schatz seines medizinischen Wissens ähnliche Vorkommnisse und Lokalisationen berichtet. In Weizsäckers Gesprächsmethode vereint sich Unvoreingenommenheit mit solider medizinischer Kenntnis.

Wie hat denn ihrer Meinung nach Weizsäckers biografische Methode die Medizin verändern können?

Von Weizsäcker hat gezeigt, dass es wichtig ist, viel mehr zu wissen, als das, was man in der Schule lernt. In der medizinischen Ausbildung gibt es ein bestimmtes Raster, das man abfragt. Etwa die Fragen nach Krankheiten in der Familie, nach Kinderkrankheiten usw. Das wurde abgefragt, vom Kranken beantwortet und vom Arzt notiert. Deshalb kannte man als Assistent den Begriff der Krankengeschichte immer nur als Formular. Von Weizsäcker hat diesen Begriff aber wörtlich genommen. Indem er die Entstehung und das Krankwerden im geschichtlichen Leben des Menschen und damit auch in seinen familiären und gesellschaftlichen Zusammenhängen ernst nahm. Er brachte in die Medizin, dass Krankheiten immer Krankengeschichten sind.
Akademisch gesprochen gilt es nach von Weizsäcker Generalist zu sein. Der Arzt muss im Grunde für die gesamten Lebenszusammenhänge und somit für alle Lebensaspekte des Kranken offen sein. Aber Weizsäcker wollte, dass man

sich im Fachlichen konzentriere und sich in den allgemein menschlichen Zusammenhängen erweitere. Das war für meine Generation beim Neubeginn nach 1945 das Anziehende bei von Weizsäcker und seiner Medizin.

Also die Forderung der medizinischen Anthropologie?

Wir verwenden den Begriff anthropologisch immer dann, wenn wir die Beschreibung dieses Werdens, Entstehens und Vergehens von Krankwerden und Kranksein oder des Gesundens nicht rein körperlich und nicht rein psychisch vornehmen wollen. Und vor allem, wenn wir den Begriff der Ganzheit vermeiden wollen. Von Weizsäcker stand dem Begriff der Ganzheit sehr skeptisch gegenüber. Einmal deshalb, weil er sagte, man könne das Ganze gar nicht denken, ferner könne man das Ganze gar nicht kennen. Und dann auch, weil er meinte, wenn man behaupte, dass man den ganzen Menschen behandle, behaupte man auch zu wissen, was ein ganzer Mensch sei. Aber das sei Hochmut und Anmaßung. Darum schätzte von Weizsäcker den Begriff des ganzen Menschen ebenso wenig wie den der Ganzheitsmedizin.

Der medizinische Weg seines Schülers Paul Vogel scheint sich zwischen der Frage der medizinischen Lokalisation einer Krankheit und der Frage ihrer Geschichte im Sinne von Weizsäckers zu bewegen. Vogel schreibt: „Die Symptome gleichen der Sprache des Organs. Dieses kann sich nur in bestimmten Redewendungen äußern. Aber in diesen spricht es von dem, was ihm widerfahren ist. Und das ist eine Geschichte."[1]

Eine triviale Anekdote mag dies zunächst beleuchten. Mein Chef Vogel war mit einem Theologen befreundet, den er am Sonntag oft besuchte. Günther Bornkamm, so hieß der Theologe, fand Vogel eines Tages in seinem Haus im Gespräch mit dem Sohn, der ihm gerade die Fußballnachrichten aus dem Radio wiederholte. Der Theologe wunderte sich, dass sein so zarter und feingliedrig organisierter und auch feinsinniger Nachbar sich für Fußball interessierte. Vogel hat ihm daraufhin erklärt: „Wenn ich am Montag Visite auf der Männerstation mache, dann muss ich wissen, wie VfR Mannheim gespielt hat, sonst kann ich mit meinen Patienten gar nicht umgehen". Aus der Schule Weizsäckers kommend, war und ist man als Mediziner eben nicht bloß Mediziner. Durch von Weizsäcker wird man hineingestellt in den gesamten Lebenszusammenhang, wegen der Patienten, die sehr verschieden sind. Man muss als Arzt bereit sein, ihre Welt und Sprache zu verstehen.

Warum hat sich das Weizsäckersche Denken letztlich in der Medizin nicht durchgesetzt? Wo lagen und liegen die Widerstände?

Ich verstehe das auch nicht. Wenn man eine Klinik leitet, so wie ich das hier in Berlin viele Jahre lang durfte, dann begegnet einem gar kein Widerstand. Ich habe bei jeder Visite, bei jeder Patientenbegegnung, bei jeder Anamnese, bei der Krankenvorstellung versucht, bei Weizsäcker zu bleiben. Es gab kaum Widerstand. Auch bei den Studenten nicht, die einen ja in der Zeit nach 1968 in der Vorlesung und auch sonst direkt unterbrochen haben und sehr direkte Fragen stellten. Gut, die Krankenschwestern fanden die Gespräche mit den Kranken manchmal mühsam, weil es für sie zeitraubend war und sie bei den langen Visiten nicht ihr Pensum schafften. Aber in der Sache fanden Sie es einleuchtend. Und sie waren auch alle stolz darauf einbezogen zu sein. Denn es ist wichtig einzubeziehen, was Krankenschwestern als Krankenschwestern sehen und sagen. Wenn eine Klinik sich insgesamt als ein aneinander interessierter Organismus darstellt, dann hat das alles einen gewinnenden Charakter und überhaupt nichts Widerständiges.

Was verstehen Sie unter dem Krankenhaus als Organismus?

Ein Arbeitsfeld, das alle Mitwirkenden als einen sinnvollen Lebensraum empfinden, in dem sie von der Küchenfrau bis zum Chefarzt einander bestätigen, um ihre gegenseitige Abhängigkeit wissen und täglich die Erfahrung machen, dass ihr Tun Sinn macht und Sinn gibt.

Unter dem Aspekt des Ökonomischen und dem der Zeitersparnis muss eine Vorstellung vom Krankenhaus als Organismus unter der Ärzteschaft immer Widerspruch erregen. Daraus ergibt sich doch Widerstand?

Der stärkere Widerstand kommt durch die aus der Weizsäckerschen Denkweise hervorgehende Konsequenz, dass der Patient seine Krankheit nicht nur hat, sondern auch macht. Der Bandscheibenvorfall ist ein sehr klassisches Beispiel, bei dem sich oft ein Zusammenhang zwischen Krankengeschichte und Lebensgeschichte in Erfahrung bringen lässt. Dieser Mensch ist etwa durch familiäre Umstände in eine An- und Verspannung hineingeraten und fühlt sich seit Jahren überfordert. Wir haben das immer daran gemerkt, dass die Leute ins Krankenhaus kamen, dringend eine Spritze verlangten, um dann sofort wieder weitermachen zu können. Manchmal mussten wir sie zwingen, sich ins Bett zu legen. Dann mussten sie unbedingt ein Telefon haben. Vom Bett aus haben sie dann weitergearbeitet. Es hat einen geschwindelt, was diese Bandscheibenpatienten alles zu machen hatten und in welcher Spannung sie stets waren. Die anderen Mediziner sagen vielleicht: „Ach was, der hat sich nur verhoben". Wir behaupten, dass es kein Zufall ist, wenn er sich genau in dem Moment am Koffer verhoben

ANZEIGE

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

1 *Paul Vogel: Grundfragen der klinischen Neurologie, in: Viktor von Weizsäcker, Arzt im Irrsal der Zeit, eine Freundesgabe zum siebzigsten Geburtstag am 21.4.1956, hg. v. Paul Vogel, Göttingen 1956, S. 185.*

hat, auch das hat eine Vorgeschichte. Man muss doch fragen, warum gerade zu diesem Zeitpunkt? Und was hat ihn so vulnerabel gemacht? Das ist das, was man unter Psychogenese versteht. Er war doch selbst an dieser Vorgeschichte beteiligt. Und da muss er wieder herauskommen, unter Umständen mit Opfern. Die Betrachtung einer aktiven Mitwirkung am Krankwerden wie am Gesundwerden führt in der Medizin immer zu einem Widerstand.

Sie haben als Begründung, warum sich die Weizsäckersche Methode nicht durchsetzt, den ökonomischen Druck und das Verhalten des Patienten genannt. Was ist mit dem ärztlichen Kollegen?

Das ist sehr richtig, was Sie sagen. Es wäre mir lieber, etwas anderes zu behaupten, aber es hängt ein bisschen mit der Unbildung vieler Ärzte zusammen. Nur, was heißt in diesem Zusammenhang Bildung? Bildung heißt Interesse an allen Lebensäußerungen des Menschen. Ich finde immer erstaunlich, wie wenig davon vorhanden ist. Wenn man danach fragt, wird man allerdings mit Problemen konfrontiert. Der Arzt ist aber erzogen, auf Beschwerden zu reagieren, das heißt Beschwerden zu beseitigen. Da kommen wir an einen ganz wesentlichen Punkt. Die banale Art ist, dass er zum Rezeptblock greift und sagt: „Dann nehmen Sie mal das". Aber die Weizsäckersche Art wäre, nach den Beschwerden zu fragen: „Wo kommen sie her? Seit wann haben Sie sie?" Durch diese Fragen nähert man sich den Problemen, die, wenn man genauer hinsieht, oft nicht lösbar sind. In dem Moment hilft kein Rezept, keine Operation und auch kein „Lassen Sie doch mal!" und erst recht kein Mitleid. Es ist ganz falsch, sich einen Arzt vorzustellen, der vorher alles weiß. Es ist eine gemeinsame Arbeit von Arzt und Patient. Und damit verändert sich etwas, auch im Arzt selber. Bei Weizsäcker ist das Verhältnis von Arzt und Patient und von Patient und Arzt immer ein gegenseitiges. Genau das, wird in der Medizinschule nicht gelernt. Da ist der Arzt der Wissende und der Könnende und der Patient ist der Hilfebedürftige. Der Arzt ist der, der helfen kann. Aber, dass er mit dem Patienten daran arbeitet und die Situation umfassender zu begreifen sucht, das ist etwas, was viele noch scheuen.

Warum weicht der Arzt aus?

Ich denke, es liegt an der Bildung, dem Interesse, einer gewissen Angst. Diese nicht fragende Medizin fragt eben deshalb nicht, weil sie Angst hat vor Problemen. Wenn Sie das psychologisch sehen, hat die nicht fragende Medizin Angst vor dem Patienten. Vor dem Menschen als Mensch, nicht vor dem Menschen als Fall. Als Fall kann man mit ihm umgehen, da weiß man, wo er hingehört und hat das entsprechende Rezept. Wenn aber die Krankheit mit dem Menschen im Zusammenhang steht, dann muss man als Arzt eben auch dem Menschen begegnen.

Hat der Arzt Angst vor dem Patienten, weil er die Sorge haben muss, seine Autorität einzubüßen, wenn er ein Problem nicht lösen kann?

Ja, das könnte ich mir denken. Aber das hat ein bisschen nachgelassen. Das haben die Achtundsechziger erreicht, dass dieses Potenzgehabe des Arztes, der vorgibt, alles zu wissen, nicht mehr so eklatant ist. Die Halbgötter in Weiß sind kein Thema mehr. Aber trotzdem glaube ich, dass eine gewisse Angst eine Rolle spielt. Alle Krankheiten, die zum Tode führen – im Grunde ist jede Krankheit ein Lehrstück auf dem Weg zum Tode – konfrontieren den Arzt damit, dass auch er sterblich ist.

Reflektiert der Arzt viel zu selten, dass er für seine Kenntnisse, für sein Wissen sein Gegenüber braucht?

Braucht, aber nicht hat. Ich finde das interessant, weil ich gerade mit einem Phänomen zu tun habe. Ein Patient erfährt etwas in seiner Krankheit, was er nicht benennen kann. Dadurch, dass der Arzt es benennt, aber nicht treffend benennt, nicht genau das trifft, was der Patient hatte, unterdrückt er das, was der Patient meint. Gerade im Bereich der Epilepsie gibt es eine Erfahrung des Unbeschreiblichen. Der Arzt fragt: „Ist das ein Schwindel oder ein Schmerz oder eine Schwäche oder haben Sie Angst?" Dann ist der Patient ratlos, weil er kein Wort dafür hat, was er erlebt. Der Arzt bietet ihm verschiedene Worte an, bekommt aber keine befriedigende Antwort und reagiert mit Missmut. Daraufhin verstummt der Patient ganz. Er wird einfach stumm. Und der Arzt erfährt nicht, dass er etwas berührt hat, was überhaupt nicht beschreibbar ist. Das Unbeschreibliche ist aber diagnostisch in diesem Fall das Wesen der Sache. So ist das, wenn man meint, man müsse alles in Begriffe fassen können. Auch Unbeschreibliches kann eine medizinische Bedeutung haben, die nur herauskommt, wenn der Arzt die Äußerung des Patienten unverändert gelten lässt.

Das Innere des Patienten und den Patienten von innen kennen lernen?

Das finde ich eine gute Sache. Daran leuchtet ein, dass es den Patienten von innen und das Innere des Patienten gibt. Das ist ein schönes Ergebnis unseres Gesprächs.

Herzlichen Dank.

Das Gespräch mit Professor Janz führte Ulrike Hempel.

ANZEIGE

Moina Beyer-Jupe
Rechtsanwältin

Tätigkeitsschwerpunkte
· *Arztrecht*
· *Vertragsarztrecht*
· *Arzthaftungsrecht*

§

Claudio Jupe
Rechtsanwalt & Notar

Tätigkeitsschwerpunkte
· *Arbeitsrecht*
· *Praxisverträge*
· *Gewerbemietrecht*

10625 Berlin-Charlottenburg · Goethestraße 47 · Telefon: 0 30-3 18 61 00 · Fax: 0 30-3 13 53 13 · Internet: www.beyer-jupe.de

Per Datenbank zur passenden Patientenschulung

Forscherteam der Universität Würzburg sichtet Schulungsprogramme

Patientenschulung gehört heute zum Standard in der Behandlung und Rehabilitation chronisch Kranker. Doch nicht alle Angebote entsprechen dem aktuellen Erkenntnisstand. „Gute Programme sind noch nicht genug verbreitet. Der traditionelle Arztvortrag muss um Schulungskonzepte erweitert werden, die eine Aktivierung und Mitwirkung der Patienten fördern", sagt der Würzburger Mediziner und Psychologe Hermann Faller. Mit seinem Team hat er eine „Datenbank Patientenschulung" entwickelt. „Wir wollen mit der Datenbank einen Service für Praktiker bieten, die ein Schulungsprogramm suchen. Sie können sich so aufwendige Recherchen und Entwicklungskosten ersparen", erläuterte der Forscher im März auf dem Rehablitationswissenschaftlichen Kolloquium der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund in Berlin, zu dem rund 900 Reha-Forscher, Ärzte, Therapeuten und Fachleute der Kostenträger gekommen waren.

Den Grundstock des Internetangebots hat das Team aus Literaturrecherchen und Anfragen bei Reha-Einrichtungen und medizinischen Fachgesellschaften im Rahmen des Forschungsprojekts „Zentrum Patientenschulung" gewonnen, einem „Umsetzungsprojekt" der Rehahabilitationsforschung. Derzeit sind 56 Trainingsprogramme in der Datenbank zu finden. Da sich interaktive Schulungsmethoden als besonders wirksam erwiesen haben, gelten sie als wichtiges Qualitäts- und Auswahlkriterium. Voraussetzung dabei ist, dass ein ausgearbeitetes Manual vorliegt. Das Programm muss mindestens zwei Termine umfassen und unterschiedliche Vermittlungsmethoden (Vortrag, Diskussion, Fertigkeitentraining und Rollenspiel, Kleingruppenarbeit) vorsehen. 15 Teilnehmer gelten als Obergrenze für die Gruppengröße. Aus Expertensicht zeichnen sich gute Schulungen zusätzlich dadurch aus, dass die Patientengruppe geschlossen ist, Lernerfolge überprüft und Nachsorgeangebote und Angehörige mitberücksichtigt werden. Auch sollten Programme von multiprofessionellen Teams stammen.

ANZEIGE

Wir haben die

TOP-Systeme der Marktführer...

z.B. TOSHIBA Medical Systems

famio 8

Die neuesten Entwicklungen der Ultraschalltechnik in einem kompakten System

SONORING®

Die Nummer 1 im Ultraschall

SONORING
Medizintechnik Jendreyko

Sonothek Berlin
Paul-Junius-Str. 70
10369 Berlin
Tel. 030 - 9714030
www.mtjendreyko.de - email: info@mtjendreyko.de

Partner weltweit führender Hersteller:
GE Healthcare · TOSHIBA · ANALOGIC
Sunlight · SONY · MINDRAY

Foto: DRV Bund

Qualitätskriterium Gruppengröße: Das Gespräch in einem überschaubaren Kreis stärkt die Mitwirkung.

Ein Raster gibt jeweils einen Überblick über Inhalte, Zielgruppen und didaktische Kategorien wie Wissenserwerb, Fertigkeitentraining, Motivation zur Lebensstiländerung, Angstreduktion und soziale Kompetenzen. Darüber hinaus findet man Hinweise auf Evaluationsergebnisse, Fortbildungsangebote und Bezugsquellen. Anhand von Suchfunktionen lassen sich die Programme nach einzelnen Merkmalen filtern, zum Beispiel nach Indikationen: Das sind derzeit Adipositas, Allergien und Asthma, Bluthochdruck und koronare Herzkrankheit, Diabetes, Epilepsie, Hauterkrankungen, Neubildungen, Parkinsonkrankheit, Rheuma und Polyarthritis, Pankreatitis, Leber- und Darmerkrankungen, Neurodermitis und chronischer Rückenschmerz. Die Datenbank soll kontinuierlich erweitert werden.

Dass die Praxis den hohen Qualitätsanforderungen teilweise hinterherhinkt, verdeutlichte Andrea Reusch aus demselben Forschungsteam. Sie stellte eine bundesweite Bestandsaufnahme vor. Die Antworten von 424 Rehabilitationseinrichtungen ergaben, dass von den beschriebenen Schulungen nur die Hälfte standardisiert und jede dritte auf eine Veranstaltung beschränkt ist. Methodisch dominieren Vortrag und Diskussion, nur jede zweite Schulung können Patienten in Kleingruppen und mit mehrfach abwechselnden Vermittlungsformen erleben. Eine Ausnahme bildet der Indikationsbereich Rheuma, in dem nach Angaben der Einrichtungen dreiviertel der Schulungen die Qualitätsstandards eines multimodalen, interaktiven Angebots erfüllen und auch manualisiert sind. In der Dermatologie, Allergologie und Pneumologie sind die Verhältnisse ähnlich, jedoch sind seltener Manuale vorhanden. In der Endokrinologie ist es umgekehrt.

Welche Fallstricke die Praxis außerdem bereithält, ließ ein Beitrag aus Bad Eilsen in Niedersachsen erkennen. Anhand der Erfahrungen von drei Rheumakliniken zeigte die Psychologin Angelika Bönisch auf, dass oft nicht genügend Patienten mit gleicher Diagnose zeitgleich zur Behandlung kamen oder Diagnosen nach der Ankunft revidiert werden mussten, so dass Schulungen zum Teil nur in großen Abständen und selten in geschlossenen Gruppen zustande kamen. Durch Personalmangel und -fluktuation fielen zudem wiederholt Schulungsmodule aus. Die Schlussfolgerungen des Forscherteams: Anzusetzen wäre bei einer optimierten Zuweisung durch die Kostenträger und aufgestocktem psychologischem Personal. Ein verantwortlicher „Kümmerer" in der Klinik wird für die Koordination empfohlen. Einen wichtigen Stützpfeiler bilden darüber hinaus die verordnenden Ärzte und eine Klinikleitung, die Schulungen aktiv unterstützt und bei organisatorischen Hindernissen Hilfestellung gibt.

Leonie von Manteuffel
Fachjournalistin

Datenbank:
www.zentrum-patientenschulung.de/datenbank
Kontakt:
kontakt@zentrum-patientenschulung.de

Literatur:

– *V. Ströbl., A. Friedl-Huber, R. Küffner, A. Reusch, H. Faller (Hrsg.), Qualität in der Patientenschulung, Themenschwerpunkt, Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, Heft 75, 2007*
– *Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), 16. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, DRV-Schriften Band 72, März 2007*

Eine standardisierte Patientenschulung kennzeichnet folgende Qualitätsmerkmale:

- Manualisiertes Konzept
- Curricularer Aufbau
- Interdisziplinäre Durchführung
- Zielsetzung der Mitwirkung und Eigenverantwortung
- Abwechselnde Vermittlungsmethoden
- Gruppen mit höchstens 15 Personen (bzw. 9 Personen für Lehrküchen und 4 Personen bei praktischen Übungen)

(vgl. Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung Bund [Hrsg.], Berlin 2007, Kap. 4 C)

Schmerz – ausgestellt

Das kleine anatomische Wachsmodell entstand im 18. Jahrhundert, ist aufklappbar und zeigt die Brust- und Bauchorgane. Dies ist nicht irgendeine Figur, sondern der Gekreuzigte – nicht nur das Haupt voll Blut und Wunden. Eine Respektlosigkeit der Aufklärungsära? Eher wohl eine volkstümlich krasse Darstellung des leidenden, weil fleischgewordenen und grausam hingerichteten Gottes. Dieses Objekt (eine Leihgabe des Berliner Arztes und Kunstkenners Ekkehard Vaubel) vereint in sich die Vielgestaltigkeit der Ausstellung „Schmerz“, die sich auf einen „Grenzgang zwischen Kunst, Medizin und Kulturgeschichte“ begeben hat.

Der Grenzgang ist auch buchstäblich erlebbar. Zwischen den veranstaltenden Häusern, dem Berliner Medizinhistorischen Museum (BMM) auf dem alten Charité-Campus und dem Hamburger Bahnhof (Gegenwartsmuseum der Nationalgalerie) wurde ein direkter Verbindungspfad gebahnt. Da geht man also auf einem von Plakaten gesäumten modernen Kreuzweg
am Kanal entlang (einst Ort der Mauer) und über die Sandkrugbrücke die 400 Meter vom ersten zum zweiten Teil.

Das heißt aber nicht unbedingt: von der Wissenschaft zur Kunst, denn deren Dialog findet in beiden Häusern statt. Viel Platz haben auf zwei Etagen des BMM zwei der vier Schwerpunkte: „Ausdruck des Schmerzes“ mit historischen und modernen Patientenbriefen, mit einem Sterbenden Krieger Schlüters oder Gonzáles‘ Montserrat-Maske und „Zeit des Schmerzes“, zum einen individuell, zum anderen historisch verstanden. Und dabei gibt es ausnahmsweise auch was zu lachen.
An einem Berliner Zoo-Bären war die Star-Operation unter Chloroform gelungen, aber: Patient tot, und diesen Tierversuch von 1860 machte der Bildhauer Wilhelm Wolff sieben Jahre später zum Thema einer satirischen Bronzegruppe, in der die Charité-Ärzte selber Tierköpfe haben. Im Präparatesaal ist eine Vitrine leergeräumt für Beuys. („Zeige deine Wunde“. – „Notfalls leben wir auch ohne Herz.“) Dafür steht im Hamburger Bahnhof eine von Virchows Originalvitrinen mit pathologischen Präparaten, und zwischen ihnen hindurch blickt man auf Francis Bacons grausig-surreales Kreuzigungs-Triptychon. Die beiden Schwerpunkte im Hamburger Bahnhof heißen „Ansichten des Schmerzes“ und „Reiz des Schmerzes“; die gesamte Doppelausstellung ist außerdem in 15 Kapitel gegliedert, mit Titeln wie „crux“, „compassio“ (da gibt‘s Fotos aller Charité-Schmerzspezialisten), „incarnatio“ oder „ecstasis“ – etwas gesucht und nicht durchweg schlüssig. Im Raum „pharmakon“ zum Beispiel keine einzige Tablette; ein riesiger Pillenteppich ist anderswo ausgebreitet.

Man kann das Ausstellungskonzept aber einfach ignorieren und sich an die sicht- und auch hörbaren Objekte halten, die den – höchst subjektiven – Schmerz facettenreich beleuchten: Kunstwerke wie der Salzburger Gnadenstuhl, Tiepolos Agathen-Martyrium oder auch Micol Assaëls schier unerträgliche Lärm-Folterkammer; Gegenstände der Volksmedizin wie Körpervotive und Amulette (auch essbare); Dokumente wie Gottfried Benns Sektionsprotokolle, Nietzsches Fragment über die Schmerzlust oder die Versuchsanordnung eines amerikanischen Forschers, der einen Assistenten zur Schmerzgradermittlung ans Kreuz hängte.

Zu sehen sind aber auch Schmerztagebücher und Serien von Körperumrissen, in welche die Patienten den Sitz ihrer Schmerzen einzeichneten. Da vermisst man das berühmte historische Pendant, Dürers Federzeichnung seines nackten Körpers, in der er auf eine Stelle links oberhalb des Nabels deutet: „Do der gelb fleck ist vnd mit dem finger drawff dewt ist mir we.“ Der Leiter des Hamburger Bahnhofs, Eugen Blume, betrachtet die Zeichnung allerdings nicht als Bericht an einen Arzt, sondern stellt sie – wegen des alten Symbolgehalts der Milz – in die Nähe von Dürers „Melancholie“.

Foto: Thomas Bruns

Er tut dies in einem Begleitbuch, das zwar eine Reihe interessanter Essays und guter Illustrationen zum Thema Schmerz enthält, aber leider alles andere als ein Katalog ist. Bis auf die (nicht nummerierten) Bildtafeln hat es kaum einen Bezug zur Ausstellung und trägt wenig zum besseren Verständnis der Objekte bei. Wegen einer ästhetizistisch-augenpulvrigen und fragmentarischen Paginierung sowie des fehlenden Namensregisters sind Texte und Bilder obendrein schwer erschließbar.

Rosemarie Stein

Noch bis zum 5. August,
Di bis Fr 10 – 18, Sa 11 – 20, so 11 – 18 Uhr.

IMPRESSUM

BERLINER ÄRZTE

6/2007 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@aekb.de

Redaktion:

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

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

Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruner-Straße 62,
04107 Leipzig
Telefon 0341 710039-90, FAX -99
Internet: www.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 Leseranalyse Medizinischer Zeitschriften e.V.

ISSN: 0939-5784