

# Warum wir eine Alumni-Kultur brauchen



Foto: privat

„Alumni“ – dieses Wort ist in Deutschland leider viel zu wenigen Personen bekannt. Wer wurde auch schon während des Studiums mit diesem Begriff vertraut gemacht? Kaum eine Medizinische Fakultät hat ihre Studierenden neben der Vermittlung von Fachwissen auch noch auf die nachuniversitäre Zeit vorbereitet, den Kontakt zu den Absolventen gesucht oder Verbindungen unter den Ehemaligen gefördert.

Die Wochenzeitung „DIE ZEIT“ bezeichnete die Ehemaligen als den „vergessenen Schatz“ der Hochschulen, der „alles verspricht, was ihnen weitgehend fehlt: Verbindungen zum Berufsalltag, Praktika und Jobangebote für Studenten, größere Reputation – und langfristig Geld.“ (DIE ZEIT Nr. 42, 2001)

Im Moment verlassen circa 750 Absolventen jedes Jahr die Charité, ohne dass ein weiterer Bezug oder eine Bindung dieser großen Gruppe untereinander oder zu ihrer „Alma Mater“ bestehen bleibt. Weder während des Studiums noch danach existieren nennenswerte Projekte zur Schaffung einer Bindung der Studierenden bzw. der Absolventen an ihre Fakultät, zur Kreation eines „Ehemaligengefühls“ oder zur Stiftung einer Identität des Einzelnen als Teil der 2003 zur größten Medizinischen Fakultät Europas fusionierten „Charité – Universitätsmedizin Berlin“.

Die Potenziale, die in der Kontaktpflege der Fakultät zu ihren Ehemaligen sowie in

**Christian Buschkow**  
von der Geschäftsstelle  
Alumni-Club der Charité

der Verbindung und Vernetzung zwischen den zu Alumni gewordenen Absolventen untereinander bestehen, werden nicht gesehen bzw. bleiben völlig ungenutzt. Wirtschaftswissenschaftliche, Technische und Juristische Fakultäten zeigen mit ihren Erfolgen, wie erfolgreich und für alle Beteiligten Gewinn bringend Alumni-Arbeit sein kann.

Der Alumni-Club der Charité versucht mit einer Vielzahl von Initiativen hier Abhilfe zu schaffen.

So wurde zum Beispiel ein Internet-Portal eingerichtet, eine Kommunikationsplattform, über die sich die weltweit miteinander vernetzten Charité-Alumni austauschen können. Die Möglichkeiten dieses Portals sind vielseitig, werden aber noch zu wenig genutzt. Es ist geplant, durch den Verkauf von Werbeflächen und Inseraten finanzielle Mittel für die Alumni-Arbeit zu erwirtschaften.

Veranstaltungen wie Absolventenfeiern, Jahrgangsfeiern, Vortragsreihen und Stammtische bringen die Charité-Alumni wieder zusammen. Aktuell treffen sich 2009 die 59er- und 2010 die 62er-Absolventen. Im September 2010 wird aus Anlass des 300-jährigen Bestehens der Charité ein großes Homecoming aller Ehemaligen in Berlin stattfinden. Aber warum sollen sich die abgewanderten Charité-Alumni in Zukunft nicht auch in New York, London oder Paris treffen?

Ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit des ACDC ist der Career-Service. So bieten zum Beispiel Karriere-Messen und -Seminare Studierenden und jungen Medizinerinnen Kontakte zu potenziellen Arbeitgebern und dienen als Informationsveranstaltungen zur Beantwortung von Fragen zum Berufsleben. Diese Aufgabe können wir aber nur gemeinsam mit engagierten Partnern aus der Wirtschaft und aus den Ärzteverbänden meistern.

In wirtschaftlich schwierigen Zeiten stellt sich in besonderem Maße die Frage nach der Finanzierung der Alumni-Arbeit, deren Aufbau ohne eine Anschubfinanzierung durch die Universität nicht möglich ist. Bevor durch die Alumni erwähnenswerte Einnahmen für die Universität zu erwarten sind, bedarf es eines intensiven „FRIENDRAISINGS“. Neidisch blicken wir in Deutschland auf die Zahlen aus den USA und Großbritanniens, wo die Alumni ihre Universitäten in nicht unwesentlichem Maße finanziell unterstützen. Häufig aber werden die Anstrengungen übersehen, die dort seit Generationen unternommen wurden, um die Alumni-Arbeit derart erfolgreich zu gestalten. Wir stehen erst am Anfang und müssen uns engagiert um eine Alumni-Kultur bemühen.

*Chr. Buschkow*

**Kontakt:** Alumni-Club der Charité,  
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin,  
Tel.: 030/450-570277,  
Mail: [alumniclub@charite.de](mailto:alumniclub@charite.de),  
web: [www.alumni.charite.de](http://www.alumni.charite.de)

# Wenn Mediziner töten

## Sonderausstellung „Tödliche Medizin. Rassenwahn im Nationalsozialismus“ im Jüdischen Museum Berlin

**Reste eines Rasierers, verfärbte Rosenkranzperlen, ein Stück Kamm: Exponate aus der Asche eines Krematoriums, die nebeneinander in der Vitrine liegen.**

**E**in Film, der zeigt wie eine Vergasungsmethode an Psychiatriepatienten im Herbst 1941 getestet wurde, später ein Beweismittel während der Nürnberger Prozesse im Jahr 1946. Das Deutsche Ärzteblatt, Ausgabe vom 1. Juli 1933, auf dem Titelbild ein fettes Hakenkreuz.

Die Ausstellung „Tödliche Medizin“ dokumentiert die Rassehygiene-Politik der

Nazis und die Rolle, die Ärzte und Wissenschaftler bei den Programmen zur Vernichtung von „unwertem Leben“ gespielt haben. Über 210.000 geistig behinderte und psychisch kranke Menschen wurden von 1933 bis 1945 allein in Deutschland und Österreich ermordet, 400.000 Frauen und Männer zwangssterilisiert, zahllose Patienten für medizinische Versuche missbraucht und getötet.

Die Schau, die im Holocaust Memorial Museum Washington erarbeitet wurde und bereits in Dresden zu sehen war, präsentiert sich in Berlin in erweiterter und

überarbeiteter Form. Insgesamt 130 Originale und rund 600 Repros visualisieren die Entwicklung von der Eugenik in der Weimarer Republik über die NS-Rassenideologie und die Politik der Vernichtung bis hin zur Strafverfolgung, Flucht und vielfach nahtlosen Fortsetzung der Karrieren der Täter nach 1945. Im Gästebuch: „Erschütternde Dokumente – insbesondere, weil die damals Verantwortlichen nach dem Krieg nie strafrechtlich zur Rechenschaft gezogen wurden. Beschämend bis zum heutigen Tag!“

Ulrike Hempel

**„Tödliche Medizin – Rassenwahn im Nationalsozialismus“ bis 19. Juli 2009:**  
Jüdisches Museum, Lindenstraße 9-14,  
10969 Berlin-Kreuzberg.  
Öffnungszeiten: Täglich von 10-20 Uhr,  
montags 10-22 Uhr.

ANZEIGE



TITELTHEMA .....

**Weg von der Gardinenpredigt**

Adherence – Wie bringt man Patienten zu mehr Eigenverantwortung und Therapietreue? BERLINER ÄRZTE stellt das Thema des Berliner Gesundheitspreises 2008 genauer vor.

Von Sybille Golkowski..... 14

MEINUNG .....

**Warum wir eine Alumni-Kultur brauchen**

Von Christian Buschcow..... 3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*..... 6

**Japanische Enzephalitis: Prophylaxe für Reisende**

Informationen des Instituts für Tropenmedizin..... 11

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK .....

**Wenn Mediziner töten**

Die Sonderausstellung „Tödliche Medizin“ im Jüdischen Museum  
Von Ulrike Hempel..... 4

**Mädchen mit Forschergeist**

Bericht vom Girls' Day in der Charité  
Von Ulrike Hempel..... 23

**Aufklärung statt Marketing**

Die »Berliner Erklärung zur HPV-Impfung« will eine heiße Diskussion versachlichen  
Von Sascha Rudat..... 26

**Gründe, die für eine HPV-Impfung sprechen**

Von Martin Löning..... 29

**Gründe, die gegen eine HPV-Impfung sprechen**

Von Ingrid Mühlhauser..... 30

**Aus Fehlern gemeinsam lernen**

Guter Start des Netzwerkes CIRS-Berlin  
Von Angelika Mindel-Hennies und Andrea Sanguino..... 31

**Evaluation der Weiterbildung stößt auf großes Interesse**

Bericht von der Informationsveranstaltung zur jetzt gestarteten bundesweiten Online-Befragung  
Von Sascha Rudat..... 33

**Bestandene Facharztprüfungen März/April 2009..... 21**

FORTBILDUNG .....

**Sicherer verordnen..... 10**

**Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin..... 24**

FEUILLETON .....

**Berlins gotische Hospitalkapelle**

Die Heilig-Geist-Kapelle der Humboldt-Universität  
Von Rosemarie Stein..... 35

## Mein Essen zahle ich selbst (MEZIS)

BERLINER ÄRZTE 4/2009, S.3

Zur Initiative einiger Kollegen gegen die von der Pharmaindustrie unterstützten wissenschaftlichen Veranstaltungen möchte ich wie folgt Stellung nehmen:

Seit der Gründung der Vereinigung Deutsch-Ausländischer Ärzte in Berlin e.V. vor 18 Jahren und der Vereinigung iranischer Ärzte in Berlin e.V. finden bei uns regelmäßig wissenschaftliche Fortbildungen mit kompetenten Referenten aus der Klinik und der Praxis statt. Im Rahmen der Fortbildungsordnung (FBO) der Ärztekammer wird die Neutralität eingehalten und die Fortbildungen auch von der Ärztekammer Berlin zertifiziert. Solche Fortbildungen werden nicht nur in Deutschland, sondern weltweit von der Pharmaindustrie unterstützt. Eine Beeinflussung von der Pharmaindustrie findet bei unseren Veranstaltungen nicht statt und wird von uns auch nicht toleriert. In der Zeit, in der wir unsere Fortbildung auch nachweisen müssen, wäre dies ohne die Unterstützung der Pharmaindustrie nur schwer möglich.

Ich denke, wir Ärzte sind mündig genug und können uns auch bei evtl. tendenziellen Fortbildungen unser eigenes Bild machen.

Es ist sehr zweifelhaft, dass Kollegen durch ein gesponsertes Essen in Ihrer Verordnung beeinflusst werden. Wenn die Schwelle zur Beeinflussung bei den MEZIS jedoch so niedrig ist, sollten sie ihr Essen selber zahlen. Ich denke, dass die Mehrzahl der Kollegen dies eher in einem gesunden Rahmen sieht und durch kritisches Zuhören und die anschließenden Diskussionen einen persönlichen Vorteil davon hat.

*Dr. med. Ahad. Fahimi  
1. Vorsitzender, 10961 Berlin*



*Leserbrief zur Informationsveranstaltung der Weiterbildung am 6. Mai in der ÄKB*

## ÄrztInnen in Weiterbildung nicht beteiligt

Am 06. Mai 2009 fand in der Berliner Ärztekammer eine groß angelegte Informationsveranstaltung zu der bundesweit geplanten Evaluation der Weiterbildung statt. (...) Der dritte Vortrag der Vertreterin der Bundesärztekammer stellte die für die-

ses Jahr erstmalig geplante bundesweite Evaluation der Weiterbildung nach Vorbild der Schweizer FMH vor und warb mit viel Fingerspitzengefühl um das Vertrauen der anwesenden WeiterbilderInnen. Derer waren da viele im gut gefüllten Konferenzraum. Leider kaum zwei Hand voll ÄrztInnen in Weiterbildung. Dieses Bild der ungleichen Verteilung erscheint mir bezeichnend für die Situation insgesamt: Die Generation von zukünftigen ÄrztInnen ist nicht beteiligt!

Wie jetzt bei dieser Berliner Veranstaltung waren die ÄrztInnen in Weiterbildung, da ihr Status bisher nicht registriert wurde, nicht direkt, sondern nur über ihre WeiterbilderInnen zu kontaktieren. Ähnlich ist die so genannte Evaluation geplant: Nur über ihre WeiterbilderInnen erhalten ÄrztInnen in Weiterbildung Zugang zur Teilnahme. Sie sollen 100 Fragen beantworten, die WeiterbilderInnen lediglich 30. Die Offenlegung der Resultate ist jedoch nur gegenüber den WeiterbilderInnen geplant, die nach ihrem Belieben die Ergebnisse mit den eigenen AssistentInnen besprechen können. Andere haben keinen Zugang und können somit die Daten nicht – wie

in der Schweiz üblich – z.B. zur Stellensuche nutzen. (Es wurde bereits über die Vor- und Nachteile wie z.B. fehlende Transparenz berichtet.)

Was soll die Motivation der ÄrztInnen in Weiterbildung sein, an einer von vornherein nicht ausbalancierten Befragung teilzunehmen? Die Hoffnung, dass sich – bei bisher nur zwei geplanten Durchgängen – beim nächsten Mal sicher alles zum Guten wendet?

Ich wünsche mir, dass auch wir ÄrztInnen in Weiterbildung mit oben erwähntem Fingerspitzengefühl wahrgenommen werden; dass zukünftige Veranstaltungen zum Thema „Evaluation der Weiterbildung“ nicht mehr ohne unsere Anwesenheit und input stattfinden; und dass wir gemeinsam das Vertrauen aufbauen zu einem gleichberechtigten Dialog, zu dem essenziell gehört, dass alle Beteiligten alle verfügbaren Informationen erhalten, damit wir zukünftig auch in Deutschland zu einer Weiterbildungskultur, geprägt von Respekt und Angstfreiheit, finden.

*Dr. med. Verena Dicke  
Ärztin in Weiterbildung zur  
Allgemeinmedizin, Berlin  
Mitglied der WABe  
[www.wabeonline.de](http://www.wabeonline.de)*

Leserbrief zur Informationsveranstaltung am 6. Mai in der ÄKB

## Anmerkungen

von Dr. med. Werner Wyrwich,  
Vorstandsmitglied der  
Ärztekammer Berlin:

Frau Dicke stellt in ihrem Leserbrief korrekter Weise fest, dass bei der Veranstaltung am 06.05.2009 tatsächlich die Weiterbildungsbefugten in der Mehrzahl waren. Dennoch ist die von Frau Dicke geäußerte Vermutung falsch, dass die Generation von zukünftigen ÄrztInnen nicht beteiligt werden sollte! Auf die Veranstaltung war in BERLINER ÄRZTE hingewiesen worden, alle Interessierten waren dabei eingeladen. Darüber hinaus wurden auch Assistentensprecher/innen sowie die Fraktionen innerhalb der Delegiertenversammlung über die Veranstaltung informiert, so dass tatsächlich weitere Wege der Informationsverbreitung genutzt wurden.

Richtig an Frau Dickes Schreiben ist weiter, dass das Verfahren, welches von der Bundesärztekammer koordiniert wird,

1. nicht den direkten Weg zur Befragung der Assistenten und Assistentinnen in Weiterbildung begeht, sondern die Weiterbilder als primäre Ansprechpartner nutzt und
2. das Ergebnis der Evaluation zunächst den Weiterbildern zugänglich ist und von einer Ver-

öffentlichung z.B. im Internet bei diesem Durchgang Abstand genommen wurde.

Ersteres ist sowohl der engen Anlehnung an das Schweizer Verfahren geschuldet, als auch der Tatsache, dass eine bundeseinheitliche Evaluation vorgenommen wird, bei der nicht in allen Landesärztekammern der Status „Mitglied in Weiterbildung“ bekannt ist. Der zweite Kritikpunkt wurde von Mitgliedern des Vorstands der Ärztekammer Berlin ebenfalls bereits vor der hier erfolgten Veranstaltung sowohl in der Ständigen Konferenz Weiterbildung deutlich gemacht, als auch direkt Vertretern der Bundesärztekammer zur Kenntnis gebracht. Die Erhebung über die ärztliche Weiterbildung sollte direkt bei den Assistentinnen und Assistenten ansetzen, statt den Zwischenschritt über den Weiterbilder zu gehen. Um den über alle Ärztekammern konsentierten Prozess der Weiterbildungs-Evaluation nicht anzuhalten und perspektivisch sogar eine überregionale Vergleichbarkeit der Bewertung der Weiterbildung zu erreichen, hat sich der Vorstand der Berliner Ärztekammer entschlossen, die begonnene Aktivität der Bundesärztekammer nicht durch ein Ausscheren aus der Riege der Landesärztekammern zu torpedieren.

Gleichwohl wurde und wird eine lebhaft diskutierte Diskussion um die Weiterbildung und ihre Evaluation in Berlin geführt. Das Transparentmachen der Evaluationsergebnisse wird vom Vorstand der Berliner Ärztekammer nicht nur gefordert, sondern aktiv gefördert, was durch den aus Berlin eingebrachten Antrag beim 110. Dt. Ärztetag in Münster (Dr. Wyrwich und Dr. Albrecht) belegt werden kann und spiegelt sich auch in dem fraktionsübergreifenden Konsens der letzten Delegierten-Versammlung wider, die einstimmig das Einbringen eines weiteren Berliner Entschließungsantrags beim diesjährigen 112. Ärztetag in Mainz verabschiedet hat, womit nochmals ein klares Signal zur Transparentmachung der Ergebnisse gegeben wird.

Die Vermutung, dass die nachfolgende Generation von Ärztinnen und Ärzten nicht an der Gestaltung der Zukunft beteiligt werden, ist sicherlich falsch. Es bieten sich jeder Kollegin und jedem Kollege, die tatsächlich und ernsthaft an der Gestaltung der Zukunft mitwirken wollen, zahlreiche Möglichkeiten. Dass dies aber eine aktive Beteiligung in den Gremien und Ausschüssen der Ärztekammer bedeutet, die durchaus zeitintensiv ist und in der Regel abends stattfindet und nicht finanziell vergütet wird, darf dabei aber nicht verschwiegen werden...

Dr. med. Werner Wyrwich

Lesen Sie dazu auch den Bericht „Evaluation der Weiterbildung stößt auf großes Interesse“ auf Seite 33.

ANZEIGE

## Personalie

### Fitzner bleibt Vorsitzender des Hartmannbundes



Foto: Käse

Kammervorstandsmitglied Dr. med. Rudolf Fitzner ist erneut zum Vorsitzenden des Hartmannbundes Landesverband Berlin gewählt worden. Die Delegierten der Landesversammlung votierten am 24. April einstimmig für den stellvertretenden Leiter des Instituts für Labormedizin an der Charité/CBF. Fitzner bedankte sich nach der Wahl: „Besonders freue ich mich aber, wieder einen Vorstand zu haben, der sich durch großartige Exzellenz und Kompetenz auszeichnet.“

## Chefarztwechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



**Helios Klinikum Berlin-Buch** Priv. Doz. Dr. Christian Wrede, bisher Oberarzt in der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I sowie Leiter der internistischen Intensivmedizin und interdisziplinären Notaufnahme des Universitätsklinikums Regensburg, ist seit April Chefarzt des interdisziplinären Notfallzentrums mit Rettungsstelle des Helios Klinikums Berlin-Buch. Die Rettungsstelle wurde zu einem Notfallzentrum ausgebaut und unter Leitung eines eigenen Chefarztes gestellt.

### CharitéCentrum für Frauen-, Kinder- und Jugendmedizin mit Perinatalzentrum und Humangenetik

Die Leitung des Sozialpädiatrischen Zentrums hat seit Januar kommissarisch Dr. Theodor Michael übernommen. Nach vorheriger gemeinsamer Tätigkeit trat Michael somit die Nachfolge von Prof. Annette Grüters-Kieslich an, die nunmehr der medizinischen Fakultät als Dekanin vorsteht.

**Malteser-Krankenhaus** Seit Januar ist Dr. Ralf Jelkmann, ehemals Chefarzt der Geriatrie und Rheumatologie am St. Josef-Krankenhaus in Leverkusen, Chefarzt der Allgemeinen Inneren Medizin und Rheumatologie. Er trat die Nachfolge von Dr. Michael Braun an, der in den Ruhestand verabschiedet wurde.

Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Chefarztpositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause.

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

## World Doctors Orchestra spielt in der Philharmonie

Das World Doctors Orchestra lädt am 4. Juli, dem letzten Abend vor der philharmonischen Sommerpause, zu seinem dritten Benefizkonzert ein. Mit Mozarts Sinfonia Concertante und der 5. Symphonie von Gustav Mahler stehen zwei der schönsten und intensivsten Werke der europäischen Klassik auf dem Programm. Wenn die rund 100 Ärzte – alleamt ausgebildete Orchestermusiker – an diesem Abend statt zu Tupfer und Skalpell zu Klarinette und Geige greifen, engagieren sie sich gleich doppelt für den guten Zweck: Die in über 20 Nationen als Ärztinnen und Ärzte praktizierenden Ensemblemitglieder zahlen die Kosten für Anreise und Unterbringung aus eigener Tasche. Dadurch können die von ihnen eingespielten Eintrittsgelder in voller Höhe an zwei humanitäre Projekte gespendet werden.

So bietet das Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin (bzfo) den Opfern organisierter staatlicher Gewalt Hilfe bei körperlichen Leiden, seelischen Langzeitschädigungen und psychosomatischen Störungen. Weil die Arbeit der Dolmetscher nicht über die Krankenkassen oder Sozialämter finanziert wird, ist das Behandlungszentrum auf Spenden angewiesen.

Bereits zum dritten Mal geht eine Hälfte der Spendensumme an die Hugo-Tempelman-Stiftung, die im südafrikanischen Township Elandsdoorn die einzige Klinik für über 160.000 Menschen fördert. Das neueste Projekt der Tempelman-Stiftung ist das im September 2008 eröffnete Kulturzentrum „The Miracle“. Dank der finanziellen Unterstützung durch das World Doctors Orchestra stehen dem Kinder- und Jugendchor Unterrichtsmaterialien und ein professioneller Chorleiter zur Verfügung. Mit den Spendengeldern der diesjährigen WDO-Konzertsaison sollen nun erstmalig auch Musikinstrumente für „The Miracle“ angeschafft werden.

Eintrittskarten für das nächste Konzert des World Doctors Orchestra am 4. Juli 2009 um 20 Uhr in der Berliner Philharmonie sind an allen Vorverkaufsstellen erhältlich. Die Preise liegen zwischen 26 Euro und 45 Euro (zzgl. Vorverkaufsgebühren).

Kontakt und Infos zum WDO:  
[www.world-doctors-orchestra.org](http://www.world-doctors-orchestra.org)



Foto: WDO

## Bundessozialgericht: Fachliche Fragen Sache des G-BA

Das Bundessozialgericht (BSG) hat die Kompetenzen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in zwei grundlegenden Punkten gestärkt – und damit auch klar die Selbstverwaltung gegenüber staatlicher Einmischung. Nach dem Urteil des BSG vom 6. Mai (Az.: B 6 A 1/08 R) können auch Leistungen im Krankenhaus von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen ausgeschlossen werden, wenn ihre Wirksamkeit nicht hinreichend durch Studien belegt ist. Weil ein dementsprechender Ausschluss zur Protonentherapie bei Brustkrebs (Mammakarzinom) rechtmäßig war, muss sie auch künftig nicht von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bezahlt werden.

Auslöser war eine Beanstandung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG). Dagegen hatte der G-BA im Jahr 2004 geklagt. In der mündlichen Urteilsbegründung hieß es, es sei nicht zu beanstanden, wenn der G-BA eine Behandlungsmethode von der Leistungspflicht der GKV ausschließe, weil zu wenig aussagekräftige Studien vorliegen. Insbesondere können aus Unterschieden der gesetzlichen Bestimmungen für die Bewertung im ambulanten sowie im stationären Bereich keine unterschiedlichen Kriterien für die Bewertung der Methoden durch den G-BA abgeleitet werden. Das BMG könne seine fachliche Beurteilung nicht durch eigene Zweck-

mäßigkeitserwägungen ersetzen, solange die Entscheidung des G-BA fachlich vertretbar und rechtmäßig beschlossen worden ist, hieß es weiter. „Wir sind nicht gegen Fortschritt“, sagte der G-BA-Vorsitzende Dr. Rainer Hess, „aber wir wollen keine Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten mit unerforschten und damit fragwürdigen Methoden“.

Auch in der zweiten Grundsatzfrage zeigte das höchste deutsche Sozialgericht dem BMG klar seine Grenzen auf: Fachliche Fragen sind Sache des G-BA. Der Gesetzgeber habe nämlich mit der Möglichkeit zur Beanstandung dem BMG nicht einräumen wollen, eigene politi-

sche Zweckmäßigkeitserwägungen an Stelle der wissenschaftlichen Bewertung durch den G-BA zu stellen. Eine solche Fachaufsicht stehe auch im Konflikt mit der Verfassung, denn die Artikel 80 und 87 Abs. 2 des Grundgesetzes trennten klar zwischen unmittelbarer Staatsverwaltung, für die das BMG stehe, und der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung in Gestalt des G-BA. Aufgabe des Ministeriums sei es deshalb, die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben zu kontrollieren und ein ordnungsgemäßes Verfahren zu sichern, nicht aber aus politischen oder sonstigen Erwägungen Entscheidungen des G-BA zu korrigieren, welche die rechtlichen Vorgaben beachten.

ANZEIGE

*Sildenafil*

## Verhinderung sexueller UAW von SSRI

Die Therapie unerwünschter Wirkungen (UAW) von Arzneimitteln mit einem anderen Arzneimittel ist nicht unumstritten, kann jedoch sinnvoll sein (z.B. die zusätzliche Gabe Protonenpumpenhemmern zur Verhinderung von Ulzera bei längerer Einnahme von nicht-steroidalen Antiphlogistika). Bekannte UAW von selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) wie Fluoxetin (Fluctin®, viele Generika) sind sexuelle Dysfunktionen bei beiden Geschlechtern. Bei männlichen Patienten ist die Wirkung von Sildenafil (Viagra®) gegen diese UAW bekannt. Nach einer Studie scheint jedoch auch bei Frauen mit Depressionen, die unter der Einnahme eines SSRI unter Libidoverlust, Erregbarkeits- und Orgasmusstörungen litten, die zusätzliche Einnahme von Sildenafil wirkungsvoll zu sein. Bekannte,

überwiegend dosisabhängige UAW von Sildenafil (u.a. Kopfschmerz, Flush, Sehstörungen, Schwindel, Synkopen) traten auch in der Studienpopulation auf. Die Kontraindikationen von Sildenafil (u.a. Herz-Kreislaufkrankungen, instabile Angina pectoris, Schlaganfall/Herzinfarkt in der Anamnese) müssen bei einem Therapieversuch bei Frauen ebenfalls strikt beachtet werden.

Quelle: Brit. med. J. 2008; 337: 256

### Lokale Glukokortikoide

## UAW

In einer Übersichtsarbeit werden die Risiken einer lokalen Therapie mit Glukokortikoiden zusammengefasst. Dosis, Art des Glukokortikoids, Anwendungsdauer und Applikationsort sind die bestimmenden Faktoren für das Auftreten von UAW. Hautatrophien, maskierte Infektionen, erhöhter Augeninnendruck, Kontaktallergie gegen Steroide oder Zusatzstoffe (vier Gruppen kreuzallergener

Glukokortikoide A, B, C, D1 und D2), bei chronischer Verabreichung: Steroidabhängigkeit und Reboundphänomen, auch bekannte systemische UAW wie Cushing-Syndrom (cave: z.B. Applikationsort Skrotum: circa 35 % der Steroide werden resorbiert, erhöhte Resorption auch bei Kindern und alten Menschen). Zusätzliche lokale UAW: Steroidakne, Steroidrosacea, Hirsutismus, Pigmentierungsstörungen, verzögerte Wundheilung.

Die Autoren empfehlen u.a. für die Praxis:

- Auswahl der Stärkeklasse nach Diagnose, Lokalisation und Ausdehnung der Dermatose, Zustand der Hornschicht
- bei Kindern und älteren Menschen in der Regel schwächere Steroide

- Kontraindikation der Steroide der Klasse III und IV im Gesicht und der Genitalregion sowie bei Kleinkindern

- bei chronischen Dermatosen: Intervalltherapie

- Anwendung nur einmal pro Tag

- Ausschleichen der Steroidtherapie bei ausgeprägten Dermatosen (Reboundphänomen).

Trotz der Vielzahl der Warnhinweise weisen die Autoren zu Recht darauf hin, dass die lokale Anwendung von Glukokortikoiden in der Dermatologie zum Standard von Hauterkrankungen gehört und durch die jahrzehntelange Erfahrungen mit dieser Substanzklasse die Risiken bei sorgfältiger Anwendung überschaubar sind.

Quelle: pharma-kritik 2008; 30: 29

Anregungen, Vorschläge und insbesondere kritische Anmerkungen aus der Praxis und Klinik zu den Artikeln dieser Serie sind ausdrücklich erwünscht.  
Telefon: 0211/4302-1560, Fax: 0211/4302-1588, E-Mail: dr.hopf@aekno.de  
Dr. Günter Hopf, ÄK Nordrhein, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf

ANZEIGE

## Japanische Enzephalitis: Prophylaxe für Reisende

**Die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) hat Anfang April einer neuen Impfung gegen die Japanische Enzephalitis (JE) die Zulassung erteilt. Bislang standen in Europa nur Impfstoffe zur Verfügung, die nicht regulär zugelassen waren.**

Die JE ist mit 30-50.000 Fällen die häufigste virale Enzephalitis. Diese nur in Asien vorkommende Infektionskrankheit wird v.a. durch Stechmücken der Gattung Culex übertragen, die sich typischerweise in gefluteten Reisfeldern vermehren, aber auch andere, stehende Wasserstellen für die Eiablage nutzen können. Neben den Einheimischen sind auch Reisende betroffen. Überall dort, wo Schweine gehalten werden, die neben Reihern und anderen Wasservögeln das Reservoir für das Virus bilden, besteht eine Gefahr der Virusübertragung durch diese Mücken.

Die Mehrzahl der Infektionen verläuft asymptomatisch. Von 250 Fällen erscheint nur einer als klinisch manifeste JE-Infektion – typischerweise als Enzephalitis. Aufgrund fehlender Immunität sind Kinder häufiger betroffen als Erwachsene, aber die Krankheit scheint mit zunehmendem Alter schwerer zu verlaufen. Etwa 30% der Erkrankten überleben die Infektion nicht und über ein Drittel leiden an den neurologischen Folgesymptomen der Erkrankung.

Auch Reisende können betroffen sein. Zwischen 1978 und 2006 wurden 34 Fälle bei Reisenden und Expatriats gemeldet, wobei auch Touristen in beliebten Zielen wie Bali betroffen waren. JE ist vor allem in China, Japan, Korea, Russland, Taiwan, Philippinen, Indonesien, Singapur, Malaysia, Vietnam, Kambodscha, Laos, Thailand, Burma, Bangladesh, Nepal, Indien und Sri Lanka verbreitet. Arbeitnehmer, die planen, ihre berufliche Tätigkeit in fernen Ländern auszuüben, in denen

sie besonderen klimatischen und gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind, müssen fristgerechte Vorsorge-Untersuchungen absolvieren. In diesem Zusammenhang gehört in Deutschland die so genannte Tropentauglichkeitsuntersuchung nach dem Grundsatz G-35 zu den Pflicht-Untersuchungen, die vom Arbeitgeber zu veranlassen sind. Bestandteil der G-35-Untersuchung ist auch die Beurteilung und Aufklärung über die jeweils zu erwartende Gefährdungslage durch vor Ort mögliche Infektionskrankheiten.

Institut für Tropenmedizin



Die Aufklärung zur Vakzination gegen Japanische Enzephalitis ist Pflicht bei Arbeitnehmern, die sich in Endemiegebiete im asiatischen Ausland begeben.

Auch Reisende in Endemiegebiete sind bei der reisemedizinischen Beratung darüber zu informieren, dass sie bei jeder Art und Dauer der Reise an JE erkranken können. Bei der Prophylaxe nimmt die Verhinderung von Insektenstichen insbesondere am Abend und in der Nacht eine zentrale Rolle ein. Auch wenn ein theoretisches Risiko für jeden einzelnen Reisenden besteht, sind die Aufenthaltsdauer und der Reisestil in ländlichen Gebieten und natürlich die besuchte geographische Region im Einzelfall für die Indikation einer JE-Impfung relevant. Bei der Impfakzeptanz spielt zwar auch die Risikoperzeption des Reisenden eine Rolle, sie ist jedoch für die individuelle Gefährdung nicht entscheidend. Reisenden aus Europa kann zukünftig mit einem neuen JE-Impfstoff eine regulär zugelassene, gut wirksame und verträgliche Impfung angeboten werden.

Dr. med. Christian Schönfeld  
Institut für Tropenmedizin  
Spandauer Damm 130  
14050 Berlin  
[www.charite.de/tropenmedizin](http://www.charite.de/tropenmedizin)

Harding Center eröffnet

## Mit Risiken kompetent umgehen

Jeder Mensch wägt bei seinem Tun tagtäglich die Risiken ab, um Entscheidungen zu treffen – manchmal bewusst, manchmal unbewusst, aber vor allem oft falsch. Risiken hingegen richtig einzuschätzen lernen – das ist das erklärte Ziel des kürzlich neu gegründeten Harding Centers für Risk Literacy (Risiko-kompetenz) unter Professor Dr. Gerd Gigerenzer. Das Center ist angesiedelt beim Max-Planck-Institut für Bildungsforschung in Dahlem. „Mit Risiken und Unsicherheiten informiert und entspannt umzugehen“, so Gigerenzer, dabei wolle das Center Ärzten, Juristen, Journalisten oder auch Lehrern helfen. Ziel sei es, statistisches Denken und Risikokompetenz als zentrale Bildungsinhalte zu verankern. Einer der Forschungsschwerpunkte des Centers sind Medizin und Gesundheit. In einer im Rahmen der Eröffnungsfeier am 23. April stattfindenden Podiumsdiskussion sprachen neben Gigerenzer Kammerpräsident

Dr. med. Günther Jonitz, Professor Dr. med. Peter Sawicki (Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen – IQWiG), Simone Wejda (Sprecherin der Patienten im Unterausschuss Methodenbewertung beim Gemeinsamen Bundesausschuss) und Dr. med. Gundula Schneidewind vom Impfstoffhersteller Sanofi Pasteur MSD über die Frage „Wer will mündige Patienten?“. Jonitz zeigte sich hocheifrig über die Gründung des Harding

Centers: „Wir als Ärztekammer versuchen, Ärzte zu sensibilisieren, Propaganda von Wissenschaftlichkeit zu unterscheiden.“ Dabei könne das Harding Center große Hilfe leisten, indem es die Rolle „des guten Aufklärers“ übernehme. Als Paradebeispiel der Desinformation nannte Jonitz die Darstellung der Pharmaindustrie zur HPV-Impfung (lesen Sie dazu „Aufklärung statt Marketing“ auf S. 26). Zu diesem Thema hatte die Ärztekammer Berlin zusammen mit neun weiteren Institutionen am Vortag eine Pressekonferenz veranstal-

tet. Gundula Schneidewind von Sanofi Pasteur MSD (Gardasil®) hat bei der Diskussionsrunde im Harding Center hingegen die Gelegenheit genutzt, um auf Schwierigkeiten der Pharmafirmen hinzuweisen, über neue Produkte informieren zu dürfen. Jonitz kritisiert, es werde in diesem Zusammenhang Angst erzeugt und Hoffnung verkauft. Das Harding Center könne aber den Menschen künftig helfen, solche Mechanismen zu durchschauen.

Weitere Informationen unter: [www.mpib-berlin.mpg.de](http://www.mpib-berlin.mpg.de)



Teilnehmer der Podiumsdiskussion waren Hausherr Gerd Gigerenzer, Gundula Schneidewind (Sanofi Pasteur MSD), Kammerpräsident Günther Jonitz, Simone Wejda (Patientensprecherin beim G-BA) und Peter Sawicki (IQWiG) (v.l.n.r.)

Fortbildung

## Sachkunde zur Aufbereitung von Medizinprodukten in der Arztpraxis

Die Implementierung des Sachkundekurses in das Qualitätssicherungssystem des niedergelassenen Arztes hilft mit, das Gefahrenpotenzial durch Hygienemängel auf das für den Patienten und das Personal unvermeidbare Restrisiko zu vermindern. Bundesweit und auch in Berlin werden in zunehmendem Maße Praxisbegehungen durch staatliche Behörden (LAGetSi, Gesundheitsämter) durchgeführt. Es geht um die Kontrolle

der Einhaltung der Qualitätsstandards. Ziel ist und muss immer die Minimierung von Gefahrenpotenzial (Infektionsrisiko) für Patienten und Personal sein. Nachdem der am 9. Mai 2009 durchgeführte Kurs „Sachkunde zur Aufbereitung von Medizinprodukten in der Arztpraxis“ auf so großes Interesse gestoßen war, hat die MUT Gesellschaft für Gesundheit in Zusammenarbeit mit der Senatsverwaltung für Gesundheit und dem Deutschen Interessenverband zur Förderung der Qualität bei der Aufbereitung von Medizinprodukten (DIAM) für den 5. September 2009 den nächsten Sachkundekurs geplant. Der

Lehrgang vermittelt die gemäß MPBetreibV und RKI-/BfArM-Empfehlung zu den Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten geforderten Grundkenntnisse zur Sterilgutversorgung.

Der nächste Lehrgang findet am 5. September 2009 statt. Anmeldeschluss ist der 24. August 2009

Weitere Informationen: [www.mut-gesundheit.de/fo\\_aufbereitung.htm](http://www.mut-gesundheit.de/fo_aufbereitung.htm).

Telefon: 030/293302-25  
E-Mail: [michael.biertuempel@mut-gesundheit.de](mailto:michael.biertuempel@mut-gesundheit.de)  
E-Mail: [regina.pischel@mut-gesundheit.de](mailto:regina.pischel@mut-gesundheit.de)

Fixpunkt

## Ärzte für Drogenprojekt gesucht

Der gemeinnützige Verein Fixpunkt e.V. sucht für die basismedinische Versorgung von i.v. Drogengerauchern ambitionierte Ärztinnen und Ärzte auf Honorarbasis. Dabei sind Erfahrungen in der „Kleinen Chirurgie“ erwünscht. Das Projekt ist einer der Preisträger des Berliner Gesundheitspreises 2008 (lesen Sie dazu auch das Titelthema).

Weitere Informationen:  
Internet: [www.fixpunkt.org](http://www.fixpunkt.org)  
E-Mail: [k.dettmer@fixpunkt.org](mailto:k.dettmer@fixpunkt.org)

Patientensicherheit

## Kammerpräsident neuer APS-Vorsitzender

Der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Günther Jonitz, ist zum 1. Vorsitzenden des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V. (APS) gewählt worden. Neue stellvertretende Vorsitzende wurde Hedwig Francois-Kettner, Pflegedirektorin der Charité. Geschäftsführer bleibt Dr. Jörg Lauterberg, der gleichzeitig kommissarischer Direktor des neugegründeten Instituts für Patientensicherheit an der Universität Bonn ist. Der bisherige 1. Vorsitzende, Professor Dr. med. Matthias Schrappe, bleibt weiterhin als Beisitzer Mitglied im Vorstand, hatte sich jedoch nicht mehr zur Wahl für den Vorsitz zur Verfügung gestellt. Die Wahl fand im Rahmen der APS-Mitgliederversammlung am 8. Mai in Bonn statt.

Zur Gründungsfeier des Instituts für Patientensicherheit (IfPS) war auch Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt gekommen. „Die Eröffnung eines eigenen Instituts ist ein Meilenstein für die Patientensicherheit“, hob sie hervor. Das Institut ist Teil der Medizinischen Fakultät der Uni Bonn. Das Institut mit einer Stiftungsprofessur wird in den ersten fünf Jahren mit 2,5 Millionen Euro anteilig durch Fördermittel des BMG als auch Spendengelder von rund 30 Förderern des APS getragen. Schmidt würdigte zugleich die Verdienste des APS: „Das Aktionsbündnis hat große Pionierarbeit auf dem Gebiet der Patientensicherheit geleistet.“

Jonitz war bereits seit der Gründung des APS im Jahr 2005 stellvertretender Vorsitzender. Der Gründung des Netzwerkes mit Vertretern aller Gesundheitsberufe und -institutionen, Patientenorganisationen und Interessierten

waren zahlreiche Berliner Initiativen vorausgegangen. 1995 gab es einen ersten Appell an die Gutachter- und Schlichtungsstellen zur systematischen Aufarbeitung von Behandlungsfehlern. 1999 folgte ein Schwerpunktthema BERLINER ÄRZTE. „Fehlervermeidung in Medizin und Pflege“ war im Jahr 2002 das Thema des Berliner Gesundheitspreises, das maßgeblich auf Initiative der Ärztekammer Berlin zurückgeht. In der Folge einigte man sich 2004 auf einem Expertenworkshop mit der AOK in der Kammer auf die Gründung einer Netzwerkorganisation. Ein Jahr später wurde dann das Aktionsbündnis ins Leben

gerufen. In Arbeitsgruppen, Gremiumssitzungen, Jahrestagungen und auf Fachkongressen fördert das APS den gegenseitigen Austausch und erarbeitet



anwendungsorientierte Handlungsempfehlungen, die ihren Niederschlag in der Versorgungspraxis finden. Mit seiner hohen Akzeptanz und seiner Vielzahl an Aktivitäten zur Steigerung der Patientensicherheit wird das APS zwischenzeitlich auch international als Initiative mit Vorbildcharakter wahrgenommen. Zahlreiche EU-Länder haben inzwischen ebenfalls Netzwerke entsprechend dem APS gegründet bzw. sind in Vorbereitung einer solchen Initiative.

Weitere Informationen im Internet unter:

[www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de](http://www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de)



*Krankenhaushygiene*

## Aktion Saubere Hände großer Erfolg

Die 2008 ins Leben gerufene Aktion Saubere Hände kann mit 522 Einrichtungen, die sich zwischenzeitlich beteiligen, bereits eine große Akzeptanz aufweisen. Das unter der Schirmherrschaft von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt durchgeführte Projekt vereint 27 Universitätskliniken, 203 akademische Lehrkrankenhäuser und 248 andere Krankenhäuser. Hinzu kommen wegen der großen Nachfrage auch 21 Rehaklinken, 8 Altenpflegeheime, 4 Rettungsdienste und drei Dialyseeinrichtungen. Die über 500 Einrichtungen erfassen den Verbrauch von Handdesinfektionsmitteln als Indikator für die Handhygiene. Trotz dieser hohen Beteiligung gebe es noch viel zu tun, betonte Projektkoordinatorin Dr. med. Christiane Reichardt vom Institut für Hygiene und Umweltmedizin der Charité bei der Vorstellung der Ergebnisse am 29. April. Anlass war der weltweite Aktionstag Handdesinfektion am 5. Mai. „Es gibt große Unterschiede zwischen den Krankenhäusern und den Fachbereichen“, erklärte Reichardt mit Blick auf den Händedesinfektionsmittelverbrauch als Parameter für die Compliance. Erste Beobachtungen in 64 Krankenhäuser hätten als Ergebnis eine durchschnittliche Compliance von rund 60 Prozent auf Intensivstationen und knapp 63 Prozent auf Nicht-Intensivstationen gezeigt. „Es gibt also ein hohes Verbesserungspotenzial“, unterstrich die Projektkoordinatorin.

Um den Kenntnisstand der Mitarbeiter abzufragen, wurde an den beteiligten Häusern eine Fragebogenaktion durchgeführt. Die Rücklaufquote war mit 42 Prozent gut. „Das Problembewusstsein ist da“, zeigte sich Reichardt überzeugt. Als Hauptgründe für ungenügende Hygiene wurden Zeitmangel und Unverträglichkeit der Desinfektionsmittel genannt. Zu den Maßnahmen, zu den die beteiligten Häuser gegriffen haben gehören: Mehr und anders platzierte Spender, mobile Spender und Kitteltaschenflaschen, sowie die Einführung farb- und duftstofffreier Mittel.

Die Kampagne wird getragen vom Nationalen Referenzzentrum für die Surveillance nosokomialer Infektionen, dem Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) und der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V. (GQMG).

Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz, der für das APS an der Pressekonferenz teilnahm, hob den positiven Ansatz der Kampagne hervor: „Hier wird nicht mit Kontrolle und Sanktionen gearbeitet, sondern mit Wissen, Überzeugung und freiwilliger Verhaltensänderung der Beteiligten.“



# Adherence - Wie bringt man Patienten zu

## Weg von der Gardinenpredigt

Wie schafft man es, dass Patienten ein Risikoverhalten aufgeben, ihren Lebensstil ändern und Therapien durchhalten, die auf Dauer in ihren Alltag eingreifen und ihr Leben stark verändern? Appelle allein sind keine Lösung – der Königsweg ist vielmehr eine partnerschaftliche Kommunikation und eine gemeinsam getroffene Therapieentscheidung auf Basis einer optimalen Patienteninformation. Das Zauberwort heißt „Adherence“-Steigerung. Dahinter verbirgt sich eine entscheidungsoffene Patientenkommunikation, die den Patienten systematisch in die Eigenverantwortung führt. Wie das funktioniert, zeigen wir hier.

*Von Sybille Golkowski*



# mehr Eigenverantwortung und Therapietreue?

**P**atienten, die sich nicht an das halten, was ihr Arzt ihnen rät, sind nicht nur eine frustrierende Erfahrung für Ärzte, ihr Verhalten ist auch ein immenser Kostenfaktor. Bundesweit rund 2,3 Milliarden Euro für von Ärzten verschriebene und von Krankenkassen finanzierte Arzneimittel wandern jährlich in den Müll. Vor allem Mehrfachmedikationen konnten hier als Hauptursache entlarvt werden. Ab mehr als vier Tabletten sinkt die Compliance signifikant. Doch auch wenn es nur ein einziges Medikament ist, das dauerhaft eingenommen werden muss;... die Zahl derer, die innerhalb von 18 Monaten eine notwendige Arzneimitteltherapie absetzen, liegt krankheitsübergreifend zwischen 50 und 70 %.

Und auch der ärztliche Rat, sich mehr zu bewegen, gesünder zu essen oder das Rauchen aufzugeben, wird von vielen Risiko-Patienten in den Wind geschlagen. Obwohl vom Arzt eindringlich empfohlen, schaffen es weniger als 30 %, ihr Verhalten zu ändern und damit Risikofaktoren zu senken. Kurzum: Patienten machen bei weitem nicht immer das, was Ärzte für richtig halten. Zyniker meinen, das sei manchmal lebensrettend. Aber jenseits allen Humors könnten viele chronisch kranke Menschen oder solche mit hohem Krankheitsrisiko gesünder und erfüllter leben, wenn sie wirklich täten, was medizinisch sinnvoll ist.

## Steigerung der Adherence

Doch wie kann man Patienten bei der Stange halten, ihre Therapietreue fördern und erreichen, dass sie Eigenverantwortung für ihre Gesundheit übernehmen? Um dieses Problems Herr zu werden, versucht man seit Ende der 90er Jahre, sich Ergebnisse der Erforschung von Verhaltensände-

rungen zunutze zu machen. Ein Schlüssel zum Erfolg geht zurück auf das transtheoretische Modell der „Stages of Change“ von Prochaska und DiClemente. Es besteht darin, beim Patienten eine Wahrnehmungsver-schiebung von Kosten und Nutzen verschiedener Verhaltensweisen zu erreichen und ihr Selbstwirksamkeitserleben zu steigern. Dies gelingt am ehesten, wenn man die Patienten dort „abholt“, wo sie stehen, ihnen neue Erkenntnisse und Erfahrungen vermittelt, sie an Therapieentscheidungen aktiv beteiligt und ihnen hilft, sich selbst zu kontrollieren.

Ziel ist es, die so genannte Adherence zu steigern. Die Adherence bezeichnet die Einhaltung der gemeinsam von Patient und Arzt gesetzten Therapieziele. Bislang sprach man eher von „Compliance“. Hinter diesem geläufigeren Begriff steht jedoch die eher paternalistische Überlegung „der Arzt sagt, was zu tun ist und der Patient befolgt es“, ein in der Praxis nur in der Akutversorgung hilfreiches Konzept, das gerade im Umgang mit chronisch Kranken wenig fruchtet.

Statt ex cathedra ausgesprochener Verordnungen und Verhaltenstipps, Gardinenpredigten oder appellativer Materialien im Wartezimmer zeigen sich partnerschaftliche Entscheidungen, im Sinne des „Shared-decision-making“ wirkungsvoller. Dabei ist es oberstes Ziel, dass der Patient nicht unbemerkt „aussteigt“, sondern auch lebenslange Therapien durchhält und seinen Lebensstil entsprechend verändert. Ein anspruchsvolles Konzept, das sogar in Kauf nimmt, in einem gemeinsamen Entscheidungsprozess hinter dem aus medizinischer Sicht Sinnvollen zurückzubleiben, wenn dies für den Patienten der bessere Weg ist, eine Therapie durchzuhalten und langfristig anzunehmen. Hier liegt der neue Gedanke des Adherence-

Ansatzes, dem in Zeiten der leitlinien-gestützten und an Grenzwerten orientierten Medizin schon fast ein Hauch von Anarchie anhaftet.

## Der Patient entscheidet? Ein unheimliches Konzept!

In ärztlichen Ohren mag das unheimlich klingen. Doch das Aushalten der Spannung lohnt sich. Der Bremer Allgemeinmediziner Dr. med. Günther Egidi – preisgekrönter Verfechter einer EBM-gestützten und entscheidungs-offenen Patientenaufklärung in der Hausarzt-



*Dr. med. Günther Jonitz,  
Präsident der Ärztekammer Berlin*

„Die Mitentscheidung des Patienten bei der Wahl der Therapie ist für Ärzte mit Aufwand verbunden. Die gemeinsam vereinbarte Therapie bleibt zuweilen auch hinter dem zurück, was Leitlinien fordern und ein Arzt als wünschenswert betrachtet. Aber für Ärzte kann es ein Erfolgserlebnis sein, wenn sie sich nicht in ungehörten Gardinenpredigten verlieren müssen, sondern dem Patienten helfen können, Eigenverantwortung für seine Behandlung zu übernehmen und daran auch zu wachsen.“

praxis – spricht von einem großen Erfolgserlebnis, wenn er spürt, dass Patienten sich über eigene Fortschritte freuen und daran auch persönlich wachsen. Oder wenn sie ihre Ängste verlieren, weil ihnen eine gute Aufklärungsstrategie klarmacht, wie gesund sie letztlich sind und mit wie wenig Aufwand sie es bleiben können. Ist diese Stufe erreicht, wird der Behandlungserfolg besser ausfallen. Und auch die knappen Ressourcen der gesetzlichen Krankenversicherung werden geschont, da sie nur noch dort eingesetzt werden,

wo sie auch wirklich vom Patienten gewünscht sind.

## Handwerklich anspruchsvolle Kommunikation

Um den Patienten jedoch in die Eigenverantwortung zu bekommen, ist von Anfang an eine Gesprächs- und Entscheidungsstruktur nötig, die für Arzt und Patient durchaus anspruchsvoll ist.

Für den Arzt gilt es

- die Aufklärung des Patienten so breit und verständlich wie möglich anzulegen,

- verschiedene Behandlungsoptionen mit ihren Nutzen und Risiken gut verständlich vorzustellen,
- mit dem Patienten ein therapeutisches Ziel zu vereinbaren (und dabei möglicherweise hinter das aus Lehrmeinung Sinnvollste zurückzugehen),
- gemeinsam eine Behandlungsmethode zu wählen, die am besten zu den Lebensumständen des Patienten passt und dadurch überhaupt durchhaltbar wird und
- mit dem Patienten gemeinsam Strategien zu entwickeln, die ihn an den eingeschlagenen therapeutischen Weg erinnern und ihm helfen, sich selbst zu kontrollieren.

## Wir sollten uns davon verabschieden, Menschen zu ihrem eigenen Glück zwingen zu wollen

„Klar kann es sehr unheimlich werden, wenn ein Patient hinter dem aus meiner Sicht wichtigsten Therapieziel zurückbleibt. Je größer das Risiko ist, umso drängeliger werde ich in meiner Kommunikation. Wenn ein Patient richtig gefährdet ist, will ich ihn von meinem Weg überzeugen. Patienten merken das sofort und es gibt welche, die ich darüber verloren habe. Wenn das Risiko aber weniger groß ist, kann ich die Entscheidung des Patienten auch gegen meine ärztliche Meinung gut tolerieren.“

Wenn einer nach einer umfangreichen Aufklärung entscheidet, weiter zu rauchen oder weiter übergewichtig zu bleiben, ist diese Entscheidung bewusst gefällt und o.k. für mich. Wir sollten uns in der Medizin davon verabschieden, die Menschen zu ihrem eigenen Glück zwingen und normieren zu wollen. Der Charme des Adherence-Konzeptes liegt nicht darin, dass dann alle Patienten



*Dr. med. Günther Egidi betreibt mit Kollegen eine Gemeinschaftspraxis in Bremen. Er ist Preisträger des Berliner Gesundheitspreises 2004 zur hausärztlichen Versorgung und saß diesmal mit in der Jury.*

am Ende objektiv gesünder sind (das sind sie nicht unbedingt), sondern dass sie mündig selbst über ihren Weg entscheiden und diese Fixiertheit auf Grenzwerte aufhört. So manche Pille, die sonst verordnet und im Mülleimer gelandet wäre, wird auf dem Wege der gemeinsamen Entscheidungsfindung gar nicht erst verschrieben. Und die Menschen sind zufriedener, wenn sie ihr Verhalten selbst wählen und klar dazu stehen können. Vielleicht leben einige von ihnen damit etwas kürzer, aber sie sind glücklicher. Dieses Identischsein mit sich wiederum macht einen großen Teil von Gesundheit aus. Und ich als Arzt bin dann auch zufriedener“.

Für den Patienten gilt es, Verantwortung für sich selbst und seinen Umgang mit seiner Krankheit zu übernehmen. Er muss sich entscheiden, welche Gesundheitsziele er erreichen möchte und Hürden auf dem Weg dorthin selbst erkennen, benennen und an ihrer Überwindung arbeiten.

## Für die Akutmedizin nicht geeignet

Eines ist klar: Partizipative Entscheidungsfindungsprozesse können nur dort stattfinden, wo es sich nicht um Notfallsituationen handelt, wo der Patient aufgrund seiner kognitiven Fähigkeiten in der Lage zur Mitentscheidung ist, wo keine allzu großen sprachlichen Hürden bestehen und wo der Patient die Mitentscheidung auch wirklich wünscht.

Es gibt durchaus Patienten, die die Verantwortung für die Therapie voll beim Arzt sehen wollen und das Shared-decision-making ablehnen. Aber das sind nicht alle. Professor Ulrich Schwantes, Allgemeinmediziner an der Charité und niedergelassenen in Brandenburg, sieht selbst bei Patienten Veränderungspotenzial, die sich im „Klage-Modus“ befinden und bislang keine eigenen Wünsche zur Veränderung ihrer Lebensgewohnheiten geäußert haben. Auch an sie spielt er den Ball zumeist zurück, um

sie in kleinen Schritten zur Übernahme von Eigenverantwortung zu motivieren. Was wollen Sie erreichen? Was tun Sie dafür? Wo gibt es Probleme? Was können Sie anders machen? Welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht? ...sind Eckfragen, die Schwantes in seiner eigenen Praxis häufig stellt.

## Ärztliche Haltung der Wertschätzung

Grundsätzlich ist bei der Umsetzung Adherence-orientierter Konzepte ein partnerschaftlicher Kommunikationsstil zwischen Arzt und Patient erforderlich:

- Eine verständliche Sprache des Arztes, ergänzt durch gute Aufklärungsmedien,
- eine klare, die absoluten Risiken kommunizierende auf neuesten EBM-Erkenntnissen beruhende Nutzenaufklärung,
- ein aktives Zuhören (was das Ausredenlassen und Zusammenfassen des Gehörten beinhaltet) und
- eine innere Haltung der Wertschätzung, die das Gegenüber mit seinen Entscheidungen erst einmal annimmt, auch wenn diese mit den eigenen Vorstellungen bei weitem nicht übereinstimmen.

Das alles ist leichter gesagt als getan. Das Handwerkszeug für eine solche Patientenkommunikation wird leider in der Medizinerausbildung noch immer nicht ausreichend vermittelt. Sie muss deshalb über entsprechende Fortbildungen erlernt und geübt werden und schleift sich vermutlich erst in jahrelanger praktischer Erfahrung am Patienten „rund“. Vor allem Punkt vier der eben aufgestellten kleinen Liste greift tief in das ärztliche Selbstverständnis ein und impliziert Verhaltensänderungen, die sich nicht über Nacht entwickeln. Und Punkt zwei erfordert die Zuhilfenahme ergänzender Medien. Die mit dem ersten Preis des Berliner Gesundheitspreises ausgezeichnete Software „arriba“ gibt ein Beispiel, wie so etwas aussehen kann (siehe s. 19).

## Wie ist der Aufwand zu bewerten?

Jeder niedergelassene Arzt wird sich spätestens an dieser Stelle die Frage nach dem Aufwand eines solchen Kommunikationskonzeptes stellen. Ist so was praxistauglich? Dauern solche Gespräche mit dem Patienten nicht zu lang? Ärzte, die bereits Erfahrung mit der entscheidungsoffenen Patientenkommunikation gemacht haben, betonen, dass das Shared-decision-making nicht zur Akutversorgung geeignet ist. Vielmehr sollte der Einsatz auf Präventionsgespräche, zum Beispiel im Rahmen der Check-up-35-Untersuchungen oder auf die Beratung von Risikopatienten beschränkt werden.

Es geht vor allem um die chronisch Kranken, die eine langfristige Veränderung ihrer Lebensgewohnheiten errei-

chen oder lernen müssen, eine lebenslange Dauerbehandlung zu akzeptieren“, sagt Ulrich Schwantes. So eingeschränkt hält er den Aufwand einer Adherence-steigernden Kommunikation für überschaubar. Das Erstgespräch ist aufwändig, aber wenn bestimmte Vereinbarungen erst einmal angerollt sind, kann das Augenmerk im Sprechzimmer meist auf nur ein wichtiges Faktum gelegt werden. „Wenn Sie das gut zuschneiden, brauchen Sie dafür etwa 3 Minuten“, sagt Schwantes.

Auch Günther Egidi beschränkt die aufwändigen Gespräche auf wenige Patienten: „Einem Menschen mit geringem Infarktrisiko reicht es, wenn ich alle 10 Jahre hierzu mal eine umfangreiche Beratung beim Check-up betreibe. Einer mit hohem Risiko sollte schon häufiger ausführlich mit mir sprechen. Dafür nehme ich mir dann Zeit.“ Der Berliner

## Wir müssen zu einer ärztlichen Haltungsänderung kommen

„Ich muss dem Patienten mit einer Grundhaltung begegnen, die zunächst eine Akzeptanz des Anderen voraussetzt. Grundsätzlich hat ja erstmal jeder Mensch eine Vorstellung davon, was er für sich tun will. Auch Leute, die einen Weg beschreiten, der aus ärztlicher Sicht falsch ist. An diese Eigenressourcen müssen wir im Beratungsgespräch ran.“



Prof. Dr. med. Ulrich Schwantes, Professor für Allgemeinmedizin an der Charité und niedergelassen in Brandenburg.

Ein guter Einstieg kann zum Beispiel bei einer immer wieder klagenden, aber wenig Veränderungswilligen Patientin sein, sie zu fragen, was sie eigentlich schon selbst dafür getan hat, ihr Leiden erträglicher zu machen. Es kann auch angebracht sein, den Patienten Beobachtungsaufgaben zu stellen. Wir müssen den Leuten helfen, ihre Eigenressourcen zur Selbsthilfe zu erkennen. Denn sie sitzen bei uns ganze vier, bestenfalls 15 Minuten im Sprechzimmer, den Rest Ihrer Zeit müssen sie ohne uns klar kommen. Wir müssen chronisch Kranken und Risikopatienten also zeigen, was sie selbst für sich tun können. Das ist unser hausärztlicher Job.“

Allgemeinmediziner Harald Kamps wendet seit einem Jahr die Beratungssoftware „arriba“ bei allen Check-up-35-Patienten an. „Meine Gespräche sind dadurch viel effizienter geworden“ berichtet er. „Etwa 15 Minuten brauche ich, und ich kann den Patienten die Computerausdrucke dann mitgeben.“

### Problemfeld: Kontrolle

Klar überfordernd ist für niedergelassene Ärzte oft eine engmaschige Kontrolle der Einhaltung von Vereinbarungen. Die kann – wenn überhaupt – nur in größeren Abständen erfolgen. All unsere Gesprächspartner wollen den Patienten durchaus gern Hilfestellung zur Selbstkontrolle an die Hand geben, diese jedoch nicht gänzlich selbst übernehmen. Erst die Zukunft wird zeigen, ob

hier der Pferdefuß oder die Chance des Adherence-Konzeptes liegt. Nicht jeder Patient wird auf Kontrolle verzichten können, um eine mühsam erlernte Verhaltensänderung langfristig durchzuhalten. Doch hat nicht auch ein Patient, der sich aktiv dafür entscheidet, ein verfügbares Kontrollinstrument nicht zu nutzen, damit eine mündige und selbstständige Entscheidung getroffen? Auch das bewusste Scheitern kann schließlich durchaus eigenverantwortlich geschehen. So gesehen kann das Adherence-Konzept für Arzt und Patient auch einen wohltuenden Abschied vom Machbaren einschließen, was beide enorm entlasten kann. Und das ist nicht zynisch gemeint.

Verfasserin:  
Sybille Golkowski, Ärztekammer Berlin

### Es ist schwierig, bei einem Blutdruck von über 150 nicht sofort mit einem Verordnungsreflex zu reagieren

„Die Medizin ist ungeheuer zielwertorientiert. Von dieser Propaganda muss man sich lösen. Bei arriba spielen Grenzwerte überhaupt keine Rolle. Das bemängeln auch die Kritiker. Sie fragen: Warum wird der LDL-Wert nicht erfasst? Das interessiert nicht. arriba reduziert die Erfassung eines Infarkt- oder Schlaganfall-Risikos auf einige wenige Parameter. Es ist schwierig, einen Arzt davon zu überzeugen, dass er bei einem Blutdruck von über 150 nicht sofort mit einem Verordnungsreflex reagiert. Und auch die Patienten haben bereits so viele Apotheken-Umschauen gelesen, die sind ebenfalls absolut ängstlich, wenn sie einen Blutdruck von 160 haben. arriba kann hier sehr entlastend wirken, weil es zeigt, wie gesund viele Patienten im Grunde sind und wie effektiv schon eine einzige Verhaltensänderung sich für sie auswirken würde.“



Foto: privat

Harald Kamps ist niedergelassener Allgemeinmediziner in Berlin Lichtenberg. Er verfügt bereits über Erfahrung mit der Beratungssoftware arriba, die beim Berliner Gesundheitspreis zum Thema „Adherence“ den 1. Preis bekam.

Das Konzept bricht radikal mit dem Zielwertkonzept der Fachärzte und führt eine multimodale und zudem patientenzentrierte Perspektive ein. Den meisten Patienten gefällt es, den Fachärzten nicht - und hier liegt ein Konflikt – denn wer traut schon seinem Hausarzt mehr als seinem Kardiologen?“

## Berliner Gesundheitspreis 2008



ich nehm sie

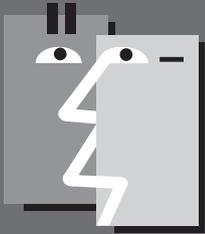
ich nehm sie nicht

ich nehm sie

ich nehm sie nicht

ich nehm sie

# Die besten deutschen Adherence-Projekte



Der diesjährige Berliner Gesundheitspreis – bundesweit ausgeschrieben von der Ärztekammer Berlin, dem AOK Bundesverband und der AOK Berlin – suchte Projekte, die in geeigneter Weise in der Lage sind, Adherence zu steigern. Projekte, die die Aufklärungsarbeit des Arztes zu verschiedenen Therapieoptionen erleichtern helfen, die auf die besonderen Lebensumstände des Patienten eingehen und ihn aktiv in die Wahl eines Therapiezieles und einer Behandlungsstrategie einbinden. Das Spektrum der eingereichten Wettbewerbsbeiträge gibt einen Überblick über die derzeit in Deutschland hierzu vorhandenen Lösungen. Von 68 Einsendungen schafften es 15 in die Vorrunde, fünf davon wurden schließlich ausgezeichnet. Hier stellen wir sie vor.

## PLATZ 1

### **arriba - Präventionsberatung in der allgemeinärztlichen Praxis Arbeitsgruppe „arriba“ der Phillips-Universität Marburg**

arriba ist eine Computersoftware zur Unterstützung der Kommunikation zwischen Arzt und Patient bei der Bewertung verschiedener Therapieoptionen. Thematisch beschränkt sich arriba derzeit noch auf die schweren kardiovaskulären Ereignisse wie Schlaganfall oder Herzinfarkt, eine Ausdehnung auf andere Erkrankungen, wie den Diabetes Mellitus oder koronare Herzkrankheiten ist in Arbeit.

Mit Hilfe der arriba-Software kann ein Arzt in Gegenwart seines Patienten dessen individuelles Risiko berechnen, an einem schweren kardiovaskulären Ereignis (Schlaganfall oder Herzinfarkt) zu erkranken und zeigt gleichzeitig, wie sich verschiedene Präventionsstrategien für diesen Patienten auswirken würden. So kann der Patient sofort sehen, welche Effekte zum Beispiel ein Rauchstopp, eine Ernährungsumstellung, die Gabe bestimmter Medikamente oder mehr Bewegung für ihn hätten. Auch die Kombination verschiedener Präventionsstrategien wird gezeigt.

Die gezeigten Effekte beruhen auf den Grundprinzipien der Evidenzbasierten Medizin; das System verwendet bei der Darstellung ganze Zahlen statt Prozentzahlen (und stellt damit absolute statt relative Risiken und Effekte dar), was Arzt und Patient ein realistisches Bild von der Wirkung verschiedener Maßnahmen gibt. Das Instrument arriba ist gut in der hausärztlichen Praxis einsetzbar. Es wird ergänzt durch Hinweise zur praxisangepassten Gesprächsführung in sechs Schritten.

Entwickelt wurde arriba 2001 von den Abteilungen Allgemeinmedizin der Universitäten Marburg und Düsseldorf. Die Software ist seit 2007 über die Homepage [www.arriba-hausarzt.de](http://www.arriba-hausarzt.de) kostenlos für Allgemeinmediziner herunterladbar.

#### **Kontakt:**

*Arbeitsgruppe „arriba“ der  
Phillips-Universität Marburg  
Dr. Heidemarie Keller und  
Prof. Dr. med. Manfred Donner-Banzhoff  
Tel. 06421-2865119  
[www.arriba-hausarzt.de](http://www.arriba-hausarzt.de)*

## PLATZ 2

### **Psychotherapeutische Kurzintervention durch Pflegende in der stationären und ambulanten Psychiatrie**

*Klinik für Psychiatrie und  
Psychotherapie in Bethel/Bielefeld  
und LWL-Kliniken für Psychiatrie  
und Psychotherapie in Lippstadt  
und Warstein*

Bei diesem in Großbritannien entwickelten Projekt handelt es sich um eine psychotherapeutische Kurzintervention bei Schizophreniepatienten. Sie hat das Ziel, gemeinsam mit den Patienten die für sie individuell beste auf Dauer angelegte Behandlungsstrategie zu finden. Eigens hierfür fortgebildete Psychiaterinnen und -pfleger arbeiten mit Patienten in etwa acht Einzelgesprächen, die während ihres Klinikaufenthaltes und nach der Entlassung in drei Hausbesuchen strukturiert durchgeführt werden.

In den Gesprächen geht es darum, Medikamentengeschichte, Krankheits- und Therapieerfahrungen, Ängste und Wünsche des Patienten genau kennen-

zulernen. Dem Patienten werden Angebote gemacht, mehr über seine Krankheit und mehr über die medikamentöse Behandlung zu erfahren. Dabei gilt es, seine Eigenverantwortung zu stärken. Entscheidet sich der Patient für eine Arzneimitteltherapie, wird mit ihm gemeinsam das für ihn und sein persönliches Lebensumfeld beste Therapie-schemata entwickelt. Entscheidet er sich dagegen, werden ihm Hilfen beim Umgang mit seiner Krankheit und beim Erkennen von Warnsymptomen und schubauslösenden Stressoren angeboten. Das Interventionsprojekt läuft seit 2006 in Bielefeld, drei weitere Kliniken in Westfalen und der Schweiz folgten wenig später.

**Kontakt:**  
*Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel*  
*Dr. Michael Schulz*  
*Tel. 0521/77 27 80 22*  
*Michael.Schulz@evkb.de*

**EHRENPREIS**

**Wundbehandlung im Kontext niedrigschwelliger Vorort-Arbeit bei i.V.-Drogenabhängigen**  
*Fixpunkt e.V. - Projekt Gesundheitsmobil*

Der Verein Fixpunkt betreibt in Berlin seit 1993 eine mobile Gesundheitsversorgung Drogenabhängiger in speziell dafür ausgestatteten Kleinbussen. Seit 2007 hält er in seinem Gesundheitsmobil ein spezielles Therapieangebot zur Behandlung chronischer Wunden bei intravenös injizierenden Drogenabhängigen vor.

Das Gesundheitsmobil-Team fährt an drei Nachmittagen der Woche einen festen Standort an (derzeit Kottbusser Tor – bei Verlagerung der Szene wird sich der Standort ändern). Zwei festangestellte Fachpflegekräfte und drei Ärzte auf Honorarbasis teilen sich die Dienste. Das Team führt bei Erstkontakt zunächst

eine intensive Wundreinigung und Begutachtung sowie eine antiseptische Behandlung durch. Parallel klärt es die Patienten über unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten auf. Dabei werden die besonderen Lebensbedingungen des Patienten und sein spezielles Umfeld einbezogen.

Für den Behandlungserfolg ist eine umfassende Mitarbeit des Patienten erforderlich, was Verbindlichkeit und die Übernahme von Eigenverantwortung für die Wundbehandlung voraussetzt. Kommen Patienten für das anspruchsvolle Konzept in Frage, werden sie geschult und aktiv in die Wundversorgung einbezogen. Der Behandlungsverlauf wird dokumentiert und Erfolge sichtbar.

**Kontakt:**  
*Fixpunkt e.V.*  
*Frau Astrid Leicht*  
*verein@fixpunkt.org*  
*Tel. 030/693 22 60*

**ANERKENNUNGSPREISE**

**Ulmer Konzept zur Verbesserung der Adherence bei Patienten**  
*Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm*

An der Universität Ulm werden Studen-

ten während ihres Studiums mit Videosequenz-Analysen und Rollenspielen frühzeitig auf die alltäglichen Anforderungen der Gesprächsführung mit dem Patienten vorbereitet. Außerdem hat die Uni einen Patientenfragebogen sowie eine Patiententypologie entwickelt, mit deren Hilfe Ärzte noch besser auf die individuellen Bedürfnisse ihrer Patienten eingehen können.

**Kontakt:**  
*Universitätsklinik Ulm*  
*Dr. Lucia Jerg-Bretzke*  
*lucia.bretzke@uni-ulm.de*

**Neue Strategien zur Verbesserung der Adherence bei Brustkrebspatientinnen**  
*Brustzentrum im Evangelischen Waldkrankenhaus Spandau*

Im Brustzentrum des Waldkrankenhauses Spandau werden Patientinnen von sogenannten „Breast Nurses“ begleitet. Dies sind speziell ausgebildete Pflegekräfte, die den Frauen von der Diagnosemitteilung über die Akutbehandlung bis zur Nachsorge zur Seite stehen. Das Wissen der Patientinnen über mögliche Therapiemaßnahmen, deren Wirkungen und Nebenwirkungen hilft, die Therapie optimal auf die Patientinnen zuzuschneiden, nimmt Ängste und verhilft zu einer realistischen Einschätzung des „Lebens mit der Krankheit“.

Ausführliche Gespräche mit den behandelnden Ärzten und ein von der Patientin selbst geführter Behandlungsordner sind weitere Elemente des Konzepts, das die aktive Rolle der Patientin während der Behandlung stärken soll.

**Kontakt:**  
*Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau - Brustzentrum -*  
*Dr. med. Martina Dombrowski*  
*m.dombrowski@waldkrankenhaus.com*



sygo

# Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung

## Bestandene Facharztprüfungen März bis April 2009 \*

Name Antragsteller	WbO Beschreibung
Prof. Dr. med. Omid Abri	FA Visceralchirurgie
Dr. med. Norbert Ahrens	FA Laboratoriumsmedizin
Dr. med. Ulrike Bachmann	FA Innere Medizin
Andrea Bartholomä-Pörtner	FA Psychiatrie und Psychotherapie
Dorothea Becker	FA Neurologie
Dr. med. Joachim Behr	FA Psychiatrie und Psychotherapie
Jan Bock	FA Innere Medizin
Jeannette Bonness	FA Allgemeinmedizin
Dr. med. Ligia Emilia Chialda	FA Klinische Pharmakologie
Hella de Paly	FA Kinder- und Jugendmedizin
Dr. med. Nicolas Delis	FA Diagnostische Radiologie
Dr. med. Christian Dieminger	FA Innere Medizin
Boris Dimitrijeski	FA Neurologie
Dr. med. Friederike Döring	FA Allgemeinmedizin
Dr. med. Marianne Dufour	FA Psychiatrie und Psychotherapie
Dr. med. Matthias Finkelstein	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Norbert Frank	FA Innere Medizin
Dr. med. Emmerich Roland Freund	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Eckehard Frisch	FA Innere Medizin
Dr. med. Alexander Gabriel	FA Psychiatrie und Psychotherapie
Pierre Galler	FA Anästhesiologie
Dr. med. Antonia Gerwin	FA Innere Medizin
Alexander Giese	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Dr. med. Andreas Giese	FA Innere Medizin
Luisa Gonzalez	FA Augenheilkunde
Noemi Gonzales y Munoz	FA Plastische Chirurgie
Henning Grau	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Stefan Greiner	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Münewer Güner	FA Innere Medizin

Name Antragsteller	WbO Beschreibung
Katharina Günther	FA Innere Medizin
Tom Haeusler	FA Kinder- und Jugendmedizin
Dr. med. Matthias Hafermalz	FA Chirurgie
Kristina Harder	FA Chirurgie
Katarina Hartenstein	FA Kinder- und Jugendmedizin
Dr. med. Christian Hausdorf	FA Innere Medizin
Dr. med. Wolfgang Hegenbarth	FA Dermatologie und Venerologie
Dr. med. Markus Heimesaat	FA Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie
Monika Helmig	FA Anästhesiologie
Dr. med. Matthias Hempel	FA Innere Medizin
Dr. med. Jörn Herrler	FA Chirurgie
Birgit Hollenhorst	FA Laboratoriumsmedizin
Dr. med. Jessica Johns	FA Innere Medizin
Mario Kasner	FA Innere Medizin
Dr. med. Ulrike Kestenbach	FA Allgemeinmedizin
Dr. med. Christiane Kleber	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Dr. med. Annett Annelies Kleinschmidt	FA Plastische Chirurgie
Dr. med. Annegret Kluge	FA Allgemeinmedizin
Marion Kramer	FA Kinder- und Jugendmedizin
Dr. med. Holger Leschke	FA Allgemeinmedizin
Dr. med. Stephan Leucht	FA Kinder- und Jugendmedizin
Dr. med. Marie-Luise Lorenz	FA Innere Medizin
Iris Macheel	FA Allgemeinmedizin
Dr. med. Knut Mai	FA Innere Medizin
Heidrun Malzacher	FA Chirurgie
Daniel Marpaug	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Lars Merkel	FA Allgemeinmedizin
Dr. med. Natalie Minko	FA Augenheilkunde
Andreas Müller	FA Innere Medizin

Name Antragsteller	WbO Beschreibung
Dr. med. Eda Müller	FA Innere Medizin
Dr. med. Aischa Nitardy	FA Innere Medizin
Dr. med. Uwe Novender	FA Innere Medizin
Dr. med. Anja Oldenburg	FA Radiologie
Dr. med. Oliver Sven Opatz	FA Anästhesiologie
Dr. med. Ana-Marija Orlovic	FA Innere Medizin
Sakine Özer	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Dr. med. Nicola Pannek	FA Innere Medizin
Dr. med. Boris Pantchechnikov	FA Diagnostische Radiologie
Dr. med. Gabor Petzold	FA Neurologie
Dr. med. Tim Pietzsch	FA Anästhesiologie
Dr. med. Uwe Pohlen	FA Visceralchirurgie
Dr. med. Wiebke Bettina Pöhls	FA Neurologie
Dr. med. Kathrin Rieger	FA Innere Medizin
Jens-Olaf Rohne	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Dr. med. univ. Valentina Romano	FA Radiologie
Jörn Rudolf	FA Kinder- und Jugendmedizin
Dr. med. Rainer Ruf	FA Innere Medizin
Dr. med. Frank Sander	FA Plastische Chirurgie
Dr. med. Rahul Sarkar	FA Psychiatrie und Psychotherapie
Dr. med. Jan Sasama	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Christoph Schröder	FA Innere Medizin
Dr. med. Thorsten Schumann	FA Anästhesiologie
Dr. med. Horst Schuster	FA Plastische Chirurgie
Caroline Christine Schwenke	FA Anästhesiologie
Dr. med. Ingrid Seibt	FA Kinder- und Jugendmedizin
Dr. med. Michael Seidel	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Alexandra Selten	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Katja Siefert	FA Psychiatrie und Psychotherapie
Dr. med. Sylvia Steinberg	FA Kinder- und Jugendmedizin
Dr. med. Susann Stephan-Falkenau	FA Pathologie
Sebastian Strohm	FA Innere Medizin

Name Antragsteller	WbO Beschreibung
Dr. med. Agota Theallierne Janko	FA Pathologie
Dr. med. Michael Thomsen	FA Anästhesiologie
Priv.-Doz. Dr. med. Ralf Trappe	FA Innere Medizin
Dr. med. Stefan Trenkel	FA Kinder- und Jugendmedizin
Dr. med. Murat Turan	FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Andrea Verstege	FA Kinder- und Jugendmedizin
Monika Voigt	FA Augenheilkunde
Dr. med. Joachim von Zahn	FA Neurologie
Dr. med. Friederike Wagner	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Dr. med. Mirjam Weik	FA Innere Medizin
Simone Wiesemann	FA Innere Medizin
Sonja Winter	FA Arbeitsmedizin
Dr. med. Thomas Zschockelt	FA Augenheilkunde

*\* Die Liste ist nicht vollständig. Nur die Namen der Ärztinnen und Ärzte, die uns eine schriftliche Einverständniserklärung für den Abdruck gegeben haben, werden in BERLINER ÄRZTE publiziert.*

ANZEIGE

# Mädchen mit Forschergeist

Der Girls' Day ist Deutschlands größte und vielfältigste Berufsorientierungsinitiative für Mädchen. Der von der Bundesregierung ins Leben gerufene Mädchen-Zukunftstag hat zum Ziel, Mädchen und jungen Frauen vor allem technische und technikleibende Arbeits- und Berufsfelder durch einen Blick hinter die Kulissen der meist von Männern ausgeübten Tätigkeiten vorzustellen. Beim neunten Girls' Day erkundeten bundesweit über 126.000 Schülerinnen Technik und Naturwissenschaften in Unternehmen, Organisationen, Hochschulen und Forschungseinrichtungen.

Wie wird die Körperoberfläche errechnet, sind die Modelle in den Vitrinen in der Anatomie alle echt und wie fühlt es sich eigentlich an, im Labor selber Nukleinsäuren zu isolieren? Dies und mehr erfuhren und erlebten Mädchen am 23. April zum Girls' Day an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. 56 junge Berlinerinnen aus den Klassenstufen fünf bis zehn nutzten an den zwei Campi Benjamin Franklin und Charité Mitte die Möglichkeit, als Jungforscherin im weißen Kittel an Vorträgen, Experimenten und Gesprächsrunden teilzunehmen. Besonderes Interesse hatten die Töchter, Nichten und Enkelinnen der Charité-Beschäftigten an der Frage, welche Ausbildungswege heute in Wissenschaft und Forschung führen können.

Veranstaltungen wie „Schlagen Frauenherzen anders?“ im Center for Cardiovascular Research oder „Bildgebung mit Fingerspitzengefühl“ im Neurowissenschaftlichen Forschungsinstitut boten vielfältige Anregungen und gaben unterschiedlichste Antworten.

Fest an den Berufswunsch glauben und unbedingt erfahrene Leute um Tipps bitten, legte Professor Dr. med. Margitta Worm, stellvertretende Leiterin Allergie-Centrum-Charité, den jungen Zuhörerinnen am Rande ihrer Ausführungen zum Thema „Allergie – vom Patient zur Zelle“ nahe. Ihre Empfehlung: „Machen Sie sich selbst auf den Weg!“ Sie sei auch auf eigene Faust in den Ferien nach Boston gefahren und habe Spezialisten ohne Termin und Vorankündigung Fragen gestellt. Zum Erstaunen vieler ergaben sich aus dieser Eigeninitiative für sie ein als unerreichbar geltender Praktikumsplatz in Boston und schließlich ein Stipendium der Deutschen Forschungsgemeinschaft.

Die 13-jährige Luisa Barleben ist Schülerin am Carl-von-Ossietzky-Gymnasium in Pankow. Sie sagt: „Ich möchte unbedingt Wissenschaftlerin werden.“ Der Girls' Day sei für sie eine große Hilfe bei der Berufswahl, denn vor Ort könne man doch noch mal viel genauer schauen, was ein Job in der Forschung und als Medizinerin beinhalte.

Ulrike Hempel, Medizinjournalistin

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-Fortbildungskalender** auf der Homepage der Ärztekammer unter [www.aerztekammer-berlin.de](http://www.aerztekammer-berlin.de) (im Portal „Ärzte“/„Fortbildung“/„Fortbildungskalender“) recherchiert werden. Hier sind auch – soweit verfügbar – nähere Informationen zu Unterthemen

und Referenten sowie die Fortbildungspunktzahl und Kontaktdaten hinterlegt. Der Fortbildungskalender 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 Interessenschwerpunkten orientierte Veranstaltungsauswahl weit im Voraus.

Termine	Thema/ Referenten	Veranstaltungsort	Information/ Gebühr	Fortbildungspunkte
<p>■ 03.06.2009</p> <p><b>BITTE BEACHTEN:</b> 19:30-21:30 Uhr</p>	<p>Moderierte Vortrags-/ Fortbildungsveranstaltung der Arzt-Apotheker-Kooperation Berlin: <b>Beratung zum Thema Mundgesundheit: „Wie lässt sich Parodontitis und Karies vorbeugen?“</b></p> <p>(Näheres s. auch Textkasten auf der nächsten Seite)</p>	<p>Großer Hörsaal/ Eingang Bettenhochhaus der Charité Charité Universitätsmedizin Berlin Campus Mitte Luisenstr. 65 10117 Berlin</p>	<p>Information: Tel.: 40806-1207 E-Mail: fb-veranstaltungen@aekb.de Anmeldung nicht erforderlich Teilnahme kostenlos</p>	3 P
<p>■ 15.-17.06.2009</p>	<p><b>Grundkurs im Strahlenschutz</b></p>	<p>Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin</p>	<p>Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr 230 €</p>	21 P
<p>■ 17.-19.06.2009 19.06.2009</p>	<p><b>Spezialkurs im Strahlenschutz:</b> - bei der Röntgendiagnostik - bei CT</p>	<p>Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin</p>	<p>Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: Spezialkurs Röntgendiagnostik: 200 € Spezialkurs CT: 60 €</p>	20 P (Spezialkurs Röntgendiagnostik) 5 P (Spezialkurs CT)
<p>■ 17.06.2009 18:00-21:00 Uhr</p>	<p><b>Interdisziplinäres Forum MED-DENT: Kiefernekrose unter Bisphosphonattherapie – Aktueller Stand der Wissenschaft</b></p>	<p><b>BITTE BEACHTEN:</b> Philipp-Pfaff-Institut ABmannshäuser Str. 4-6 14197 Berlin</p>	<p>Philipp-Pfaff-Institut Fortbildungseinrichtung der Landes Zahnärztekammer ABmannshäuser Str. 4-6 14197 Berlin Tel: 414 725-0 E-Mail: info@pfaff-berlin.de Kursbörse: www.pfaff-berlin.de</p> <p>Interessenten werden gebeten, sich zu dieser Veranstaltung beim Philipp-Pfaff-Institut schriftlich anzumelden.</p>	4 P
<p>■ 07.09.-16.09.2009 (Kursteil A1) 16.09.-25.09.2009 (Kursteil A2)</p>	<p><b>Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin</b></p>	<p>Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin</p>	<p>Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr Kurs A gesamt: 920 € Kurse A1 und A2 getrennt: je 460 €</p>	60 P pro Kursteil
<p>■ 26.09.2009</p>	<p><b>8-Stunden-Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde im Strahlenschutz für die Röntgendiagnostik nach Röntgenverordnung</b></p>	<p>Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin</p>	<p>Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr 130 €</p>	9 P
<p>■ <b>BITTE BEACHTEN/ NEUER TERMIN:</b> 20.11.-21.11.2009</p>	<p><b>16-Stunden-Kurs „Qualifikation von Transfusionsbeauftragten und -verantwortlichen“</b></p>	<p>Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin</p>	<p>Information: Tel.: 40806-1401 E-Mail: r.drendel@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 120 €</p>	16 P

## Workshop im Rahmen des 57. Ärztekongresses Berlin/ Charité Fortbildungsforum

### An und mit Leitlinien arbeiten

Die Veranstalter möchten mit dem Workshop eine Ära einleiten, die von einem intensiven Erfahrungsaustausch zwischen niedergelassenen und stationär tätigen Kollegen getragen ist. Absolute Praxisrelevanz soll dabei eine ebensolche Rolle spielen wie die aktuelle Aufbereitung neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse auf evidenzbasierter leitlinienorientierter Basis.

Nationale Versorgungsleitlinien setzen besonders da an, wo das Informationsdefizit und die Brüche in der Kommunikation am größten sind: an den Übergängen der Fachbereiche und Versorgungsstrukturen. Ihre Anwendung von Klinikern und Praktikern in gleicher Weise kann entscheidend dazu beitragen, dass aus Schnittstellen Nahtstellen werden. Außerdem sind diese Leitlinien Ausgangspunkt für ein Qualitätsmanagement, für die Festlegung von Qualitätsindikatoren, für Praxishilfen, die im Arzt-Patienten-Gespräch eingesetzt werden können und für Patientenleitlinien.

Was Nationale Versorgungsleitlinien leisten können, wie sie entstehen, welche Produkte man aus ihnen noch erstellen kann und wie ihre Qualität beurteilt werden kann, ist Bestandteil des interaktiven Workshops. Die Teilnehmer werden auch diskutieren, für welche Fragestellungen solche Versorgungsleitlinien „die“ Lösung sind und welche Fragen (derzeit noch?) offen bleiben.

#### Referentin

Dr. med. Susanne Weinbrenner, MPH  
Bereichsleitung Evidenzbasierte Medizin und Leitlinien/ Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)

**Veranstaltungszeitpunkt/ -ort:** 10.09.2009 / 14:15-17:30 Uhr; Campus Virchow Klinikum, Lehrgebäude

**Information/ Organisation:** [www.aerztekongressberlin-charite.de](http://www.aerztekongressberlin-charite.de)  
Tel.: 030 / 85 99 62-33; E-Mail: [aerztekongress@ctw-congress.de](mailto:aerztekongress@ctw-congress.de)  
Anmeldung erforderlich! / Mit 4 Fortbildungspunkten anerkannt.

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

Der 200 Stunden-Weiterbildungskurs Qualitätsmanagement nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin im Herbst 2009 als Kompaktkurs innerhalb von drei Monaten veranstaltet. Die drei intensiven Wochen der Präsenzphase werden durch eine 50-stündige Phase des Selbststudiums ergänzt. Ärzte haben die Möglichkeit, durch die Teilnahme an diesem Weiterbildungskurs und an einer anschließend erfolgreich abgelegten Prüfung vor der Ärztekammer Berlin die Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ zu erwerben. Für eine vertrauensvolle Arbeitsatmosphäre und die effektive Beteiligung jedes Einzelnen ist die Teilnehmerzahl begrenzt.

In den drei Präsenzphasen findet der Kurs jeweils **montags bis freitags von 9 bis 19 Uhr** und **samstags von 9 bis 16 Uhr** statt.

**Termine:**

<b>Präsenzwoche 1:</b>	07.09.2009 bis 12.09.2009
<b>Präsenzwoche 2:</b>	02.11.2009 bis 07.11.2009
<b>Präsenzwoche 3:</b>	07.12.2009 bis 12.12.2009

**Veranstaltungsort:** Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

#### Weitere Informationen erhalten Interessenten:

telefonisch unter Tel.: 40 806-1207 (Organisatorisches) und  
Tel.: 40 806-1400 (Frau Markl-Vieto, Inhaltliches) oder  
per E-Mail: [QM-Kurs2009@aekb.de](mailto:QM-Kurs2009@aekb.de)

## 57. Ärztekongress Berlin/Charité Fortbildungsforum

in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer  
und der Ärztekammer Berlin

**Berlin, 10.-12.09.2009**

#### Kongresspräsidium und Organisation

Prof. Dr. Jürgen Scholze (Kongresspräsident), Prof. Dr. Ulrich Frei,  
Prof. Dr. Reinhold Kreuz, Prof. Dr. Reinhard Gotzen

#### Veranstaltungsort

Charité – Universitätsmedizin Berlin/ Campus Virchow Klinikum,  
Lehrgebäude, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin

**Schwerpunkthemen:** Kardiologie/ Hypertonie/ Thrombose – Onkologie –  
Gastrointestinale Erkrankungen – Hauterkrankungen und Neurologie in  
der Hausarzt-Praxis – Pulmologie – Endokrinologie/ Stoffwechsel –  
Schmerz

**Kursprogramm (Voranmeldung erbeten):** Sonographie – Abdomen,  
Gefäße – Echokardiographie – Reanimation – Bronchoskopie –  
Raucherentwöhnung – Lungenfunktionsdiagnostik – Langzeit-EKG –  
Hypertoniespezialist – Akupunktur

**Information/ Organisation:** [www.aerztekongressberlin-charite.de](http://www.aerztekongressberlin-charite.de);  
Tel.: 030 / 85 99 62-33

Mit Fortbildungspunkten anerkannt.

## Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin

### Mundgesundheit: „Wie lässt sich Parodontitis und Karies vorbeugen?“

99,3% der deutschen Erwachsenen leiden unter Karies und 73,2% an einer behandlungsbedürftigen Parodontitis. Beide Erkrankungen sind durch präventive Maßnahmen weitgehend vermeidbar. Hierbei spielt die häusliche Mundhygiene eine wichtige Rolle. Zu einer guten Mundhygiene gehört auch das Wissen um das „Wie“ und „Womit“. Hier können Ärzte und Apotheker eine wichtige Rolle spielen, indem sie bedürfnisorientierte Empfehlungen geben. – Die moderierte Veranstaltung widmet sich der Thematik mit engem Praxisbezug.

**Referent:** Prof. Dr. med. dent. Stefan Zimmer (Leiter der Abteilung für Zahnerhaltung und Präventive Zahnmedizin und Dekan der Fakultät für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Universität Witten/Herdecke)

**Moderation:** Dr. med. Matthias Brockstedt (Vorsitzender der Kommission Arzt/Apotheker der Ärztekammer Berlin)

**Termin:** 03.06.2009, 19.30 bis 21.30 Uhr

**Ort:** Großer Hörsaal, Eingang Bettenhochhaus / Charité  
Universitätsmedizin Berlin, Campus Charité Mitte  
Luisenstr. 65, 10117 Berlin

**Anerkannt mit 3 Fortbildungspunkten**  
Eine Anmeldung ist nicht erforderlich.

# Aufklärung statt Marketing

## Die „Berliner Erklärung zur HPV-Impfung“ will zur Versachlichung beitragen

Selten hat eine Impfung für so viele Schlagzeilen gesorgt wie die HPV-Impfung. Seit der Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) vor zwei Jahren, dass Mädchen im Alter von 12 bis 17 Jahren gegen Humane Papillomaviren (HPV) geimpft werden sollten, und der Kostenübernahme durch die Krankenkassen sind immer mehr kritische Stimmen laut geworden. Besonders im Visier der Kritiker ist die beispiellose Marketing-Kampagne der Impfstoffhersteller, die eine „Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs“ vermarkten. Zu einer Versachlichung der teilweise hitzigen Diskussion und zur Aufklärung der Betroffenen – der Mädchen und jungen Frauen nämlich – sollen die kürzlich vorgestellte „Berliner Erklärung zur HPV-Impfung“ sowie ein Info-Flyer in drei Sprachen dienen. Träger der Erklärung sind neben der Ärztekammer Berlin neun weitere Institutionen und Organisationen, darunter drei Facharztverbände, mehrere Frauenorganisationen sowie zwei Berliner Senatsverwaltungen.

Von Sascha Rudat

**M**uss ich sterben, weil ich HPV-positiv bin? – Mit Fragen wie diesen konfrontieren derzeit junge Frauen Gynäkologen, wie Dr. med. Uwe Torsten berichtete. Torsten ist Direktor der Klinik für Gynäkologie im Vivantes-Klinikum Neukölln und Präventionsbeauftragter der Kammer. Auf der gut besuchten Pressekonferenz anlässlich der Vorstellung der „Berliner Erklärung zur HPV-Impfung“ am 22. April in der Ärztekammer Berlin schilderte er die Verunsicherung von jungen Frauen und deren Eltern. Eine Verunsicherung, die aus Sicht von Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz vor allem durch die knallharte Marketing-Kampagne der Impfstoffhersteller geschürt wird. „Diese Art der Werbung ist in höchstem Maße fahrlässig. Da werden auf der einen Seite massiv Ängste geschürt und auf der anderen Seite wird ein Impfstoff als vermeintlicher Rundum-Schutz gegen Gebärmutterhalskrebs verkauft“, fasste Jonitz die Strategie der Pharmahersteller zusammen, „das ist so, als ob man einen Schirm verkauft, der zu 30 Prozent aus Löchern besteht.“ Der Nutzen der HPV-Impfung werde in der öffentlichen Diskussion oft überwertet und gleichzeitig die Risiken verharmlost. „Das ist vor dem Hintergrund des Wunsches nach Hilfe und Schadensabwehr auf Seiten des Patienten und des Arztes psychologisch verständlich, aber sachlich falsch.“

## Aufklärung der Betroffenen im Fokus

Dieser Verunsicherung zu begegnen und der Pharmakampagne etwas entgegenzusetzen, war das erklärte Ziel der Verfasser der „Berliner Erklärung“. Die „Erklärung“ war kein schneller Wurf. Wie immer, wenn sich so viele verschiedene Gruppen zusammenschließen, musste eine Sprachregelung gefunden werden, mit der alle leben konnten. Denn es ging ja gerade nicht darum, die Impfung in Bausch und Bogen zu verdammen, sondern sachlich darüber aufzuklären, was sie leisten kann und was nicht. Zu den Gründen befragt, warum sich die Ärztekammer Berlin an der „Berliner

Erklärung“ beteiligt, sagte Jonitz, dass die Kammer eine Allgemeinwohlbindung habe und der Aufklärung verpflichtet sei – im Gegensatz zur Pharmaindustrie, die primär gegenüber ihren Aktionären verantwortlich ist.

## Was sagt die „Berliner Erklärung“?

Bislang gibt es noch keine Studien, die eine Wirksamkeit der Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs belegen – ebenso wenig wie die langfristigen Nebenwirkungen der Impfung bekannt sind. Beides müssen Langzeitstudien zeigen. HPV-Infektionen kommen häufig vor. Aufgrund von internationalen Studien, geht man davon aus, dass sich in Europa 70 - 80% aller Mädchen und jungen Frauen, die Sex haben, mindestens einmal im Leben mit HPV anstecken. Meistens werden die körpereigenen Abwehrkräfte gut mit den Viren fertig und die Infektion heilt innerhalb von 1-2 Jahren ohne Behandlung und ohne Folgen aus. Laut DKFZ (Deutsches Krebsforschungszentrum) bleibt bei circa 20% der betroffenen Mädchen und Frauen die HPV-Infektion jedoch bestehen. Etwa 1% der Frauen entwickeln krankhafte Veränderungen am Gebärmutterhals. Im Durchschnitt vergehen 15 Jahre, bis sich aus HPV-infizierten Zellen, über verschiedene Krebsvorstufen (Präkanzerosen), ein vollständiges Karzinom entwickelt. Wenn dieser Krebs nicht rechtzeitig erkannt und behandelt wird, kann er auch in die Nachbarorgane (Darm, Blase, Weichteile) wachsen und zum Tode führen. Das heißt:

## Die Verfasser der „Berliner Erklärung zur HPV-Impfung“

- Ärztekammer Berlin
- Berufsverband der Frauenärzte e.V., Landesverband Berlin
- Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Berlin
- Hausärzterverband Berlin und Brandenburg (BDA)
- Feministisches Frauen Gesundheits-Zentrum Berlin e.V. (FFGZ)
- Landesarbeitsgemeinschaft der bezirklichen Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten
- Netzwerk Frauengesundheit Tempelhof-Schöneberg
- pro familia Landesverband Berlin e.V.
- Senatsverwaltung für Wirtschaft, Technologie und Frauen Berlin
- Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung Berlin

Gebärmutterhalskrebs kann eine mögliche Folge einer sehr häufigen Infektion sein.

15 HPV-Typen werden zur Zeit als potenziell krebserregend eingestuft. Die Impfungen mit den bisher entwickelten zwei Impfstoffen schützen nach bisher bekannten Daten für mindestens sechs Jahre vor zwei dieser HPV-Typen (Typ 16 und 18), die bei circa 70% aller Fälle von Gebärmutterhalskrebs nachzuweisen sind, wenn vor und bis zum Abschluss der Impfung (nach Verabreichung der 3. Impfdosis) noch keine Infektion mit diesen HPV-Typen besteht oder auftritt.

Die in den verschiedenen Publikationen veröffentlichten Risiken, Absolut- und Prozentzahlen machen die Problematik der Dateninterpretation auch unter Fachleuten deutlich. Teilweise unterscheiden sich die genannten Zahlen gravierend. Dies liegt daran, dass die Autoren offenbar von unterschiedlichen Grundgesamtheiten ausgehen, die im Einzelnen nicht direkt aufgeführt werden können (siehe hierzu auch: Gerhardus, Ansgar „Wie wirksam ist die die HPV-Impfung?“ Deutsches Ärzteblatt, 2009, Heft 8).

### Früherkennung bleibt unerlässlich

Allerdings können auch andere HPV-Typen als die Typen 16 und 18 Gebärmutterhalskrebs verursachen, gegen die die Impfung nicht immunisiert. Daher gilt: Auch Mäd-

### Welche Nebenwirkungen sind bekannt?

Wie bei allen Impfungen können auch bei der HPV-Impfung Nebenwirkungen auftreten. Am häufigsten (bei ca. 1/10 - 1/100 aller Geimpften) treten Schmerz, Rötung und Schwellung an der Einstichstelle sowie Fieber und Juckreiz auf. Andere Beschwerden wie zum Beispiel Kopfschmerzen, Gelenkschmerzen, Nesselsucht, Übelkeit und Erbrechen wurden abhängig vom jeweiligen Impfstoff unterschiedlich berichtet. Selten kommt es zu schwereren Nebenwirkungen, wie z.B. Atemnot oder neurologischen Erkrankungen. Aufgrund der noch kurzen Beobachtungszeit liegen keine Langzeiterfahrungen mit der Impfung vor.

In einem zeitlichen Umfeld zur Impfung traten ungeklärte Todesfälle auf. Von den betroffenen Fachgremien konnte ein Zusammenhang zwischen den Todesfällen und der Impfung weder festgestellt noch ausgeschlossen werden. Seit Bekanntwerden dieser Ereignisse sind keine neuen Todesfälle zeitnah zur Impfung gemeldet worden. Die zuständigen nationalen und internationalen Impfstoffzulassungsbehörden halten einen Zusammenhang zwischen der HPV-Impfung und den Todesfällen für unwahrscheinlich, so dass die Zulassungen der Impfstoffe nicht verändert wurden.

chen und Frauen, die die HPV-Impfung erhalten haben, sollten unbedingt weiter regelmäßig Abstrichkontrollen vom Gebärmutterhals vornehmen lassen. Darüber waren sich alle Teilnehmer der Pressekonferenz einig. „Die HPV-Impfung ist eben keine Impfung gegen Krebs“, betonte Jonitz. Sie schütze lediglich vor einigen Virentypen, die Krebs auslösen können.

Daher sollten alle Frauen, unabhängig davon, ob sie geimpft wurden oder nicht, weiterhin regelmäßig die Krebsfrüherkennungsuntersuchung (jährlicher Abstrich des Gebärmutterhalses) wahrnehmen. Langzeitstudien haben gezeigt, dass seit Einführung des Krebsfrüherkennungs-

programms die Anzahl der Neuerkrankungen und die Sterblichkeit durch diese Erkrankung um rund 75% zurückgegangen sind. Vieles spricht für einen Zusammenhang. Durch die Ausweitung der Teilnahme an den Abstrichuntersuchungen ließe sich die Erkrankungshäufigkeit an Gebärmutterhalskrebs noch weiter reduzieren. Bei Frauen, die diese Untersuchung regelmäßig wahrnehmen, fallen Zellveränderungen meistens rechtzeitig auf und können zum Beispiel mit einer Kolposkopie weiter abgeklärt werden, bevor sie sich zu Krebs weiterentwickeln. Allerdings kann in seltenen Fällen Gebärmutterhalskrebs auch trotz regelmäßig vorgenommener gezielter Untersuchungen auftreten.

ANZEIGEN

„Nach einer Impfung besteht die Gefahr, dass Frauen die Früherkennungsuntersuchungen eventuell nicht mehr wahrnehmen“, befürchtete Frauenärztin Dr. med. Jutta Pliefke von pro familia Berlin. Dr. med. Albrecht Scheffler, Vorsitzender des Berufsverbandes der Frauenärzte Berlin, sieht in der Diskussion um die HPV-Imp-

fungen aber auch durchaus positive Seiten. Viele Mädchen würden mit ihren Müttern jetzt frühzeitig zu ihm kommen, um sich zu informieren und untersuchen zu lassen. Entscheidend seien das ausführliche Beratungsgespräch des Arztes und genügend zeitlicher Abstand, um sich für oder gegen die Impfung entscheiden zu können.

Darin waren sich alle Beteiligten einig. „Und wer sein Kind nicht impfen lässt, tut ihm nichts Schlimmes an“, betonte Jonitz.

### Flyer für Berliner Schülerinnen

Die Inhalte der „Berliner Erklärung“ werden im Info-Flyer, der ebenfalls am 22. April vorgestellt wurde, in verständlicher Form zusammengefasst. Dabei geht es darum, den jungen Frauen eine Entscheidungshilfe an die Hand zu geben, mit der sie – am besten nach einem Beratungsgespräch mit ihrem Arzt – für sich selbst entscheiden können, ob sie sich impfen lassen möchten oder nicht. Der Flyer wurde in einer Auflage von rund 70.000 Exemplaren in drei Sprachen gedruckt (Deutsch, Türkisch und Russisch). Etwa die Hälfte wurde inzwischen an Berliner Schulen geschickt. Dies wurde unter anderem von der Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung ermöglicht. In den Schulen sollen die Flyer als Angebot dienen und im Unterricht oder auf Elternabenden verteilt werden.

Die übrigen Falblätter werden über Frauenprojekte und Beratungsstellen wie pro familia verteilt. Bezirksstadträtin Sibyll Klotz (Netzwerk Frauengesundheit Tempelhof-Schöneberg) wertete den Flyer als informatives Gegengewicht gegen die Marketing-Kampagne der Pharmaindustrie. Die Rolle der Politik sei es, dafür zu sorgen, dass sich die Betroffenen anhand unabhängiger Informationen selbst ein Urteil bilden können. Dies sei in jüngster Zeit nicht mehr gewährleistet gewesen. Klotz berichtete von versuchter Einflussnahme von Seiten eines Impfstoffherstellers auf Bezirksebene. Für sie sei es eine neue Erfahrung gewesen, dass selbst Bezirksverordnete angesprochen worden seien. „Es wird höchste Zeit für eine kritische Debatte und für unabhängige Informationen über die Wirkungen aber auch Nebenwirkungen der HPV-Impfung. Auf diese haben Eltern und junge Mädchen einen Anspruch“, betonte Klotz.

srd

Die vollständige „Berliner Erklärung“, den Info-Flyer und weitere Informationen (u.a. Literaturliste) zur HPV-Impfung finden Sie im Internet unter [www.aerztekammer-berlin.de/3obuenger/HPV/index.html](http://www.aerztekammer-berlin.de/3obuenger/HPV/index.html)

### Fakten zum Zervixkarzinom

Jährlich erkranken in Deutschland derzeit etwa 6.200 Frauen an Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom). Das entspricht einem Anteil von 3% an allen Krebserkrankungen. Anders ausgedrückt heißt das, dass 14,7 pro 100.000 (0,147 pro 1000) Mädchen und Frauen aller Altersgruppen neu erkranken, 1660 Frauen versterben jedes Jahr an Gebärmutterhalskrebs (das sind 1,7% an allen Krebssterbefällen bei Frauen). Zum Vergleich: Jährlich erkranken an Brustkrebs 57.230 Frauen, das sind 135,8/100.000 Frauen allen Alters. 17.592 Frauen versterben an dieser Krebsform. Bezogen auf die Gesamtheit der etwa 42 Millionen Frauen in Deutschland erkranken pro Jahr etwa 206.000 Frauen an irgendeiner Krebserkrankung, etwa 98.000 Frauen versterben an einer Krebserkrankung. (Quelle: RKI, Krebs in Deutschland 2003-2004)

#### Gebärmutterhalskrebs: Inzidenz und Mortalität nach Altersgruppen in Deutschland 2004, ICD-10 C53

Fälle pro 100.000

Alter in Jahren	Inzidenz	Mortalität
bis unter 15	0,0	0,0
15 bis unter 35	4,9	0,2
35 bis unter 40	23,5	1,8
40 bis unter 45	26,3	3,2
45 bis unter 50	26,3	4,6
50 bis unter 55	29,1	5,9
55 bis unter 60	16,6	6,5
60 bis unter 65	13,4	6,1
65 bis unter 70	14,6	6,8
70 bis unter 75	19,9	8,0
75 bis unter 80	16,7	9,6
80 bis unter 85	20,8	12,4
85 und älter	26,9	14,8
Rohe Rate	14,7	3,9
Standardisierte Rate (Europastandard)	12,4	2,8

#### Rohe Rate (Inzidenz): Das sind umgerechnet 0,147 pro 1000 Frauen die pro Jahr an Gebärmutterhalskrebs erkranken

Quelle: [www.rki.de/cln\\_152/nn\\_203956/DE/Content/GBE/DachdokKrebs/Broschuere/Lokalisationen/C53,templateld=raw,property=publicationFile.pdf/C53.pdf](http://www.rki.de/cln_152/nn_203956/DE/Content/GBE/DachdokKrebs/Broschuere/Lokalisationen/C53,templateld=raw,property=publicationFile.pdf/C53.pdf)

Die Erkrankungshäufigkeit weist zwei verschiedene Altersgipfel auf. Ein erster Erkrankungsgipfel tritt in der Altersgruppe zwischen 35 und 54 Jahren auf, dem folgt ein erneuter Anstieg ab etwa 65 Jahren. Die relative 5-Jahres-Überlebensrate liegt bei 61%. In den 70er Jahren war das Zervixkarzinom noch die häufigste Krebserkrankung der weiblichen Geschlechtsorgane. Seit Einführung des Krebsfrüherkennungsprogramms ist die Anzahl der Neuerkrankungen (Inzidenz) und die Sterblichkeit an dieser Erkrankung um etwa 75% zurückgegangen. Derzeit steht sie an elfter Stelle der Krebserkrankungen bei Frauen. Im Vergleich zum Zervixkarzinom ist die Häufigkeit der zervikalen Präkanzerosen (Vorstufen von Gebärmutterhalskrebs) aber deutlich höher.

# Gründe, die für die HPV-Impfung sprechen

Von Martin Löning, MH Hannover

Mit Einführung der Früherkennungsuntersuchung im Jahr 1971 in Deutschland kam es in den folgenden 30 Jahren zu einem deutlichen Rückgang der Gebärmutterhalskreise. Hierbei werden die zervikalen Dysplasien als Krebsvorstufen früherkannt, die durch eine organerhaltende Therapie der meist im reproduktiven Alter befindlichen Frauen geheilt werden. Die beiden Impfstoffe Gardasil® und Cervarix™ verhindern die Infektion mit den beiden HPV Typen 16 und 18, die bei rund 70% der Zervixkarzinome nachgewiesen wurden. In großen Studien mit jeweils über 18.000 Mädchen und Frauen konnte die Verhinderung von Krebsvorstufen gezeigt werden, die durch diese beiden HPV-Typen verursacht werden.

## Wirksamkeit der Impfung

Die Impfstudien Future I und II (Gardasil) und PATRICIA (Cervarix) zeigten eine Wirksamkeit von 98% bis 100% bei HPV-negativen Frauen und Mädchen für HPV16 und 18 induzierte Krebsvorstufen.

Da vor der Entstehung von Gebärmutterhalskrebs immer eine Krebsvorstufe auftritt, führt deren Verhinderung durch Impfung plausiblerweise zu einer Abnahme der Zervixkarzinomentstehung. Um einen möglichst hohen Impfschutz zu erreichen, ist es allerdings entscheidend, junge Mädchen vor dem ersten sexuellen Kontakt zu impfen.

## Dauer des Impfschutzes

Aktuelle Daten bestätigen eine sehr hohe Impfeffektivität (Verhinderung von persistierenden HPV 16/18 Infektionen und – Dysplasien) über einen Zeitraum von derzeit mehr als 7 Jahren. Dies trifft für beide HPV-Impfstoffe zu. Es gibt Impfexperten, welche einen langfristigen Impfschutz von mindestens 20 Jahren erwarten.

## Aussagekraft der Studien bezüglich Gebärmutterhalskrebsentstehung

Es wird auch zukünftig keine Studien zur Impfwirksamkeit mit dem Endpunkt „Autreten von Zervixkarzinomen“ geben. Aus schweren Krebsvorstufen am Gebärmutterhals entwickeln sich mit hoher Wahrscheinlichkeit invasive Karzinome bei Nichtbehandlung. Aus ethischen Gründen kann natürlich nicht im Rahmen der Studien bis zur Krebsentstehung in der Placebogruppe gewartet werden.

## Krebsvorsorge

Der Impferfolg wird erst in etwa 15 Jahren seine klaren Auswirkungen zeigen. Deshalb ändert sich im Rahmen der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nichts. Sehr positiv zu bewerten ist die Informationsvermittlung im Rahmen der Aufklärung zu der HPV-Impfung, die in vielen Bevölkerungskreisen ein neues Bewusstsein über den Sinn der jährlichen Untersuchung beim Frauenarzt ist, die von etwa 50 % aller Frauen über dem 40. Lebensjahr nicht regulär in Anspruch genommen wird.

## Seelische Belastung

Alle sexuell aktiven Frauen haben ein sehr hohes Risiko für HPV-Infektionen. Diese heilen in der Regel bei über 80 % symptomlos aus. Bei 25 % tritt die schwere Dysplasie schon bei jungen Frauen auf, deren Familienplanung noch nicht abgeschlossen ist. Dies schafft eine nicht unterzubewertende seelische Belastung. Meine persönlich klinische Erfahrung zeigt, dass betroffene Frauen, mit behandlungsbedürftigen HPV-assoziierten Dysplasien oder im Extremfall Karzinomen sich von sich aus immer hätten impfen lassen.

## Kosten

Die Impfkosten sind derzeit hoch. Trotzdem ist davon auszugehen, dass eine positive Kosten-Nutzen Relation erreicht wird, wenn der Impfschutz lange besteht.

In Deutschland werden derzeit mehr als 100.000 Konisationen bei schweren Krebsvorstufen des Gebärmutterhals durchgeführt, die mit nicht unerheblichen Kosten und Folgen einhergehen. Insbesondere das erhöhte Risiko der Frühgeburtlichkeit nach Konisation bei nicht abgeschlossener Familienplanung ist ein wichtiger zusätzlicher Kostenfaktor.

## Impferfolg bei anderen HPV-assoziierten Krebsvorstufen

Die sehr belastenden Krebsvorstufen im äußeren Schambereich (Vulva und perianal) sind insbesondere bei jungen betroffenen Frauen mit HPV 16 und 18 assoziiert. Es wurde in Europa in den letzten Jahren eine deutliche Zunahme wahrgenommen. Auch hier wird es bei breiter Impfbereitschaft zu einer deutlichen Abnahme kommen.

### Kontakt Verfasser:

PD Dr. med. Martin Löning  
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Medizinische Hochschule Hannover  
Carl-Neuberg-Str. 1  
30625 Hannover

ANZEIGE

# Gründe, die gegen eine HPV-Impfung sprechen

Von Ingrid Mühlhauser, Gesundheitswissenschaften, Universität Hamburg

Die Bürgerinnen und Bürger haben ein ethisch verbrieftes Recht auf so genannte informierte Entscheidungen zu präventiven Maßnahmen (1). Die Aufklärung über die HPV-Impfung muss auch die Vor- und Nachteile der Früherkennung auf Gebärmutterhalskrebs einbeziehen (2).

Für die Beratung von Mädchen bzw. deren Eltern spielen vor allem Fragen nach dem möglichen persönlichen Nutzen und Schaden eine Rolle. Im Folgenden werden einige dieser Fragen nach wissenschaftlichen Kriterien dargestellt (1-3).

**Frage:** Wenn ich mich / meine Tochter *jetzt nicht gegen HPV impfen* lasse, wie hoch ist mein / ihr Risiko im Laufe des Lebens an Gebärmutterhalskrebs zu erkranken bzw. zu versterben?

**Antwort:** Von 1000 Mädchen werden etwa 10 an Gebärmutterhalskrebs erkranken und 3 daran versterben.

Etwa 500 der 1000 Mädchen werden irgendeine Krebsdiagnose erhalten, für etwa 230 wird Krebs die Todesursache sein.

Faktoren, die das Risiko für Gebärmutterhalskrebs beeinflussen können:

1. Das Risiko ist **höher** bei geschwächter Immunabwehr, schlechtem Ernährungszustand, häufigem Wechsel der Sexualpartner, fehlender Anwendung von Kondomen, vaginalen Begleitinfektionen, Raucherinnen, Einnahme der Pille, wenn Sexualpartner nicht beschnitten sind.
2. Das Risiko kann **reduziert** werden durch Krebsfrüherkennungsuntersuchungen: Nach optimistischen Schätzungen sollen bei Inanspruchnahme von jährlichen Früherkennungsuntersuchungen ab dem 20. bis zum 85. Lebensjahr nur 1 bis 2 von 1000 Frauen erkranken, statt 30 von 1000 Frauen bei fehlender Früherkennung.

**Frage:** Wie hoch ist das Risiko, wenn ich mich / meine Tochter *jetzt gegen HPV impfen* lasse?

**Antwort:** Das Erkrankungsrisiko sinkt von 10 auf 3 von 1000 Frauen, das Sterberisiko von 3 auf 1 von 1000 Frauen. [Annahmen: 1. Die Impfung vermindert tatsächlich Gebärmutterhalskrebs um 70%. 2. Früherkennungsuntersuchungen werden im für Deutschland bisher typischen Ausmaß in Anspruch genommen].

**Frage:** Gibt es andere Vorteile durch die Impfung?

**Antwort:** Durch die Impfung kann das **Auftreten von so genannte Krebsvorstufen vermindert** werden, in welchem Ausmaß ist noch sehr unsicher, nach Schätzungen möglicherweise um die Hälfte.

Dadurch würden auch Verdachtsbefunde bei der Früherkennung und operative Eingriffe an der Gebärmutter abnehmen.

**In Zahlen ausgedrückt:** Geschätzt wird, dass in Deutschland durch die Früherkennung etwa 400 von 1000 Frauen über die Lebenszeit mindestens einmal einen verdächtigen Befund bekommen und 210 Frauen zur Diagnose oder Behandlung verdächtiger Befunde operiert werden. Bei jährlicher Teilnahme könnten es fast doppelt so viele Frauen sein.

Aber auch bei Nicht-Inanspruchnahme der Früherkennung würden bei geimpften und nicht-geimpften Frauen Abklärungsuntersuchungen und operative Eingriffe durchgeführt werden, da sich Infektionen auch klinisch, z.B. durch Kontaktblutungen, bemerkbar machen.

Genitalwarzen: Wenn auch gegen die Verursacher von Genitalwarzen HPV 9 und 11 geimpft wird, sinkt das Risiko für Genitalwarzen von derzeit etwa 10 auf 1 von 1000 Frauen.

**Frage:** Gibt es Risiken oder andere Nachteile durch die Impfung?

**Antwort:** Die Häufigkeit an Nebenwirkungen der Impfung ist vergleichbar anderer Impfungen. Da es in Deutschland kein systematisches Impfregeister gibt, sind Nebenwirkungen, auch seltene oder schwere, kaum oder nur unvollständig nachzuweisen. Die Langzeitriskiken der Impfung sind unbekannt.

**Unsicherheiten zu den genannten Prognosen:**

1. Die Impfung wirkt nur, wenn man mit dem entsprechenden Virus noch nicht infiziert war.
2. Der Schutz gegen die Infektion könnte über die Zeit abnehmen.
3. Die Impfung könnte in geringerem Maße auch gegen andere krebseregende Viren wirken als jene, gegen die geimpft wurde (Kreuzreaktion). Aber es könnte auch sein, dass andere Viren, gegen die nicht geimpft wurde, eher krebseregend wirken (Replacement).
4. Die Impfstoffe könnten sich in ihrer Wirksamkeit und folglich in ihren Nebenwirkungen unterscheiden.
5. Geimpfte Frauen könnten die Früherkennung weniger in Anspruch nehmen [„Ich bin gegen Krebs geimpft.“].
6. Risikofaktoren könnten sich ändern, z.B. Symptome weniger ernst genommen oder auf Kondome verzichtet werden [„Ich bin gegen Infektionen geimpft.“].
7. Behandlungsmöglichkeiten für Gebärmutterhalskrebs könnten sich ändern.
8. Die Qualität der Früherkennung auf Gebärmutterhalskrebs könnte sich ändern. Zum Beispiel könnte durch Qualitätssicherung und Verlängerung der Untersuchungsintervalle die Rate an abklärungsbedürftigen Befunden und operativen Eingriffen verringert werden.

**Das Literaturverzeichnis ist auf Anfrage in der Redaktion BERLINER ÄRZTE erhältlich.**

**Kontakt Verfasserin:**

Univ.-Prof. Dr. med. Ingrid Mühlhauser  
**E-Mail:** Ingrid\_Muehlhauser@uni-hamburg.de

**Internet:** [www.chemie.uni-hamburg.de/igtw/Gesundheit/gesundheit.htm](http://www.chemie.uni-hamburg.de/igtw/Gesundheit/gesundheit.htm),  
[www.gesundheit.uni-hamburg.de/](http://www.gesundheit.uni-hamburg.de/)

# Aus Fehlern gemeinsam lernen

## Das Netzwerk CIRS-Berlin ist gut gestartet

Das Netzwerk CIRS Berlin ist viel versprechend angelaufen. Neun Krankenhäuser beteiligen sich bereits wenige Monate nach dem Start aktiv. Bis zum Herbst werden es voraussichtlich 15 Häuser sein, die mit der Ärztekammer Berlin (ÄKB) und dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) in einem regionalen Berichts- und Lernsystem für kritische Ereignisse in der Medizin (CIRS-Critical Incident Reporting System) zusammenarbeiten.

Von Angelika Mindel-Hennies und Andrea Sanguino

In allen Häusern, die dem Netzwerk beigetreten sind, war schon seit einiger Zeit der Entschluss gereift, sich ganz aktiv der Suche nach kritischen Ereignissen als Vorstufen von Fehlern in Diagnostik und Therapie zu widmen und so zusätzliche Methoden zur Erhöhung der Patientensicherheit zu entwickeln. Dass ein verantwortungsbewusster und strukturierter Umgang mit kritischen Ereignissen und Beinahe-Fehlern bei den anstehenden Zertifizierungsverfahren positiv ins Gewicht fällt, ist ein willkommener Nebeneffekt. Vor diesem Hintergrund fiel die Initiative der ÄKB und des ÄZQ, die Krankenhäuser bei der Einrichtung von Fehlerberichts- und Lernsystemen technisch und inhaltlich zu unterstützen und somit ein regionales CIRS-Netzwerk aufzubauen, auf fruchtbaren Boden.

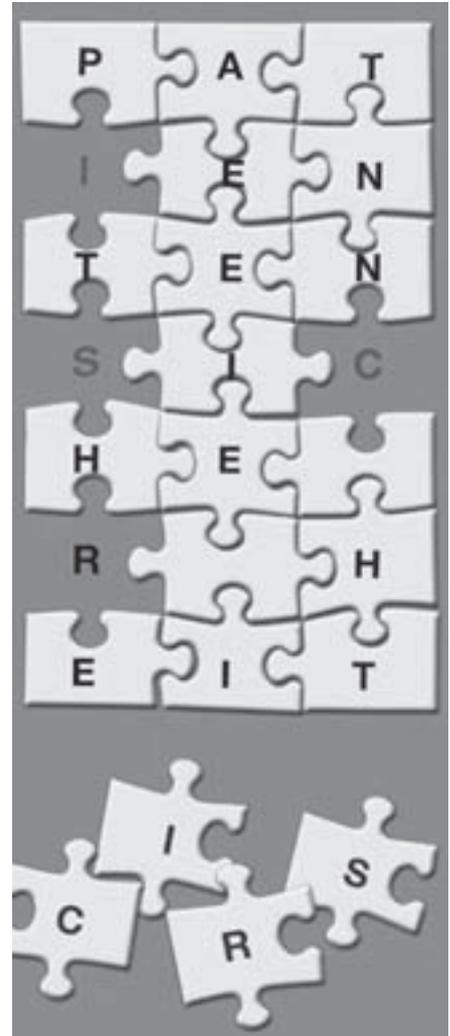
Im regionalen Netzwerk CIRS-Berlin werden anonymisierte Berichte über kritische Ereignisse, die beinahe zu einem Schaden geführt hätten, aus allen beteiligten Häusern, in einem Berichtspool gesammelt. Das Anwender-Forum, ein Gremium, in dem die CIRS-Vertrauensleute aus allen beteiligten Häusern vertreten sind, analysiert die Berichte und bespricht, wie mit den Berichten umgegangen wird. Auf der Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse

sollen Methoden entwickelt werden, die Fehlerquellen zu beseitigen. Der gewonnene Berichtspool ist aber auch für alle Interessierten einsehbar. Damit ist die Möglichkeit gegeben, aus den berichteten kritischen Ereignissen zu lernen und sie künftig vermeiden zu helfen.

### Was bisher geschah

Als Grundlage für die gemeinsame Arbeit wurde zunächst in allen Häusern die Technik aufgebaut, die benötigt wird, um die Berichte in die gemeinsame Datenbank einzustellen. Für die Mehrzahl der Häuser wurde ein internes CIRS eingerichtet, das den Mitarbeitern die Möglichkeit bietet, von jedem Rechner des Hauses aus Berichte elektronisch in das hausinterne CIRS einzugeben. Die Vertrauensleute der Häuser leiten eine Auswahl der Berichte dann über einen Link an den gemeinsamen Berichtspool des Netzwerks weiter.

In einigen Häusern berichten die Mitarbeiter auf Papierformularen über kritische Ereignisse und Beinahe-Fehler, deren Inhalt dann von den Vertrauenspersonen in den gemeinsamen Berichtspool übertragen wird. Auch die Kombination beider Wege wird angeboten, je nach den individuellen Bedingungen der einzelnen Häuser.



Während noch die technischen Grundlagen geschaffen wurden, begannen die CIRS-Verantwortlichen in den Kliniken, den Mitarbeitern die Idee des CIRS nahe zu bringen. In Informationsveranstaltungen für Gruppen von Mitarbeitern, persönlichen Gesprächen mit einzelnen, mit Flyern oder Informationen über das interne Netzwerk wird CIRS als Instrument zur Förderung einer besseren Sicherheitskultur vorgestellt.

ANZEIGEN

## Was bietet das Netzwerk den beteiligten Kliniken an?

- Ihre Berichte über kritische Ereignisse und Beinahe-Schäden in dem gemeinsamen Berichtepool zusammenzuführen und so auf einen größeren Fundus von kritischen Ereignissen zurückgreifen zu können,
- einrichtungs- und fachübergreifend Fehlerquellen zu analysieren und so typische Entstehungsmuster und fehlerbedingte Komplikationen zu erkennen,
- ihren Umgang mit kritischen Ereignissen und Fehlerquellen auszutauschen und neue Potenziale zur Früherkennung und Vermeidung von Risiken medizinischer Behandlung zu finden,
- ihre Erfahrungen aus der Praxis bei der Einrichtung und der Weiterentwicklung des CIRS im direkten und kontinuierlichen Dialog für alle Projekt-Teilnehmer nutzbar zu machen,
- im Rahmen des Modell-Projekts ein technisch einfaches und kostengünstiges einrichtungsinternes CIRS aufzubauen.

## Ort für Austausch und Unterstützung: das Anwender-Forum

Fünf Mal haben sich die CIRS-Verantwortlichen der Häuser bisher im Anwender-Forum getroffen. Hier wird über die Fortschritte und Hemmschuhe in den einzelnen Häusern berichtet und unterstützen-

de Materialien für die Information und Motivation der Mitarbeiter ausgetauscht. Das ÄZQ steuerte eine Musterfortbildung als Power-Point-Präsentation zu CIRS und zum Netzwerk CIRS-Berlin bei. Einzelheiten über den Aufbau von CIRS in den Häusern wurden ebenso beraten wie Fragen über den Umgang und die weitere Verwendung von einzelnen Berichten.

## Erste Berichte einsehbar

Inzwischen sind die ersten Berichte in der gemeinsame Datenbank einsehbar und das Anwender-Forum bereitet noch für Juni den ersten aktuellen Fall vor, bei dem es sich um kritische Ereignisse durch fehlerhafte Medizinprodukte handelt. Überzeugt vom Konzept des Netzwerkes CIRS-Berlin haben die Häuser vor kurzem selbstbewusst beschlossen, ihre Teilnahme am Projekt im Internet zu veröffentlichen. Alle Berichte, den aktuellen Fall sowie mehr Informationen zum Projekt finden Sie unter: [www.cirs-berlin.de](http://www.cirs-berlin.de).

### Ihre Ansprechpartnerinnen in der ÄKB und im ÄZQ sind:

A. Mindel-Hennies,  
Tel.: 030/40806 1000,  
E-Mail: [a.mindel-hennies@aekb.de](mailto:a.mindel-hennies@aekb.de)

C. Markl-Vieto, Tel.: 030/40806 1400,  
E-Mail: [c.markl@aekb.de](mailto:c.markl@aekb.de)

A. Sanguino, Tel.: 030/4005 2517,  
E-Mail: [sanguino@azq.de](mailto:sanguino@azq.de)

Verfasser:

Angelika Mindel-Hennies  
Andrea Sanguino

# Evaluation der Weiterbildung stößt auf großes Interesse

Die Ärztekammer hatte eingeladen, um über das gerade gestartete Projekt „Evaluation der Weiterbildung“ zu informieren und Fragen zu aktuellen Problemen zu beantworten. Über 100 Interessenten kamen am 6. Mai in die Kammer, um sich zu informieren. Neben haupt- und ehrenamtlich Verantwortlichen der Kammer stellte sich Dr. med. Annette Güntert von der Bundesärztekammer den Fragen.

Von Sascha Rudat

**W**ie gut ist meine Weiterbildung?“ – Antworten auf diese zentrale Frage von Befugten und Assistenten soll die jetzt gestartete bundesweite Evaluation liefern. 16 von 17 Landesärztekammern nehmen an dieser Online-Befragung teil, die von der Bundesärztekammer koordiniert und von der Eidgenössischen Technischen Hochschule Zürich (ETHZ) wissenschaftlich betreut wird (lesen Sie ausführlich dazu BERLINER ÄRZTE 05/2009). Um das Projekt vorzustellen und allgemeine Fragen zur Weiterbildung zu beantworten, hatte die Kammer am 6. Mai eingeladen.

## Zahl der Befugnisanträge enorm gestiegen

Als Auftakt stellte Dr. med. Michael Peglau, Leiter der Abteilung Weiterbildung/Ärztliche Berufsausübung, die enormen Veränderungen dar, die die 2006 eingeführte neue Weiterbildungsordnung mit sich gebracht hatte. Ein wesentlicher Punkt ist dabei, dass alle Qualifikationen (Facharzt, Schwerpunkt und Zusatz-Weiterbildung) seitdem mit einer Prüfung abgeschlossen werden. Das hat zu einem erheblichen Mehraufwand in der Kammer geführt. Im Anschluss erläuterte Dr. med. Kerstin Hoeft, stellvertretende Leiterin der Ab-

teilung, die Hintergründe für die stark gestiegene Zahl von Befugnis anträgen. Hauptgründe sind die Veränderung der Versorgungslandschaft (MVZ etc.), durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz neuerdings mögliche Versorgungsformen, die Häufigkeit personeller Veränderungen und die Zunahme von strukturellen Veränderungen an Weiterbildungsstätten. Das hat dazu geführt, dass statt der wie in früheren Jahren üblichen 250 - 300 jährlich erteilten Befugnisse seit 2007 über 1.000 Anträge pro Jahr gestellt werden. Alleine in den ersten vier Monaten dieses Jahres wurden 477 Anträge gestellt. Diese enorme Antragsflut ist nur mit einer gewaltigen Kraftanstrengung der haupt- und ehrenamtlich tätigen Mitarbeiter der Kammer möglich.

## Weg vom gefühlten Unwohlsein

Nach dieser Einführung erklärte Dr. med. Annette Güntert die Ziele, den Ablauf und die möglichen Probleme der bundesweiten Evaluation. Das Kernziel ist ihren Angaben zufolge ganz klar, verlässliche Informationen über die Stärken und Schwächen der einzelnen Weiterbildungsstätten zu erhalten. Anhand dieser validen Daten („gefühltes Unwohlsein reicht nicht“) soll die

ANZEIGEN

Situation der Weiterbildung in Deutschland anschließend verbessert werden. Darüber hinaus sollen die gewonnenen Daten der berufspolitischen und innerärztlichen Diskussion dienen. „Die Weiterbildung ist ein Kernelement der ärztlichen Selbstverwaltung, das wir nicht aus der Hand geben wollen“, sagte Güntert. „Mit den Daten können wir auch gegenüber der Gesellschaft zeigen, dass wir eine gute Arbeit machen“, betonte Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz. Der erste Durchlauf des Projektes soll 2010 abgeschlossen sein, gefolgt von einem zweiten Durchgang. Danach werde man sehen, ob die Befragung kontinuierlich fortgesetzt wird.

### Kritikpunkte offen angesprochen

„Woran könnte das Projekt scheitern?“, fragte Güntert, um dann selbst mögliche Knackpunkte zu nennen: Eine zu geringe Beteiligung, eine mangelhafte Erreichbarkeit der Weiterbildungsassistenten sowie eine ungenügende Veröffentlichung der Ergebnisse der Befragung durch die Befugten.

An letzt genanntem Punkt machte sich dann auch die Hauptkritik in der anschließenden Diskussion fest. Eine Weiterbildungsassistentin fragte, was denn die Motivation der Assistenten sein solle, wenn es der Befugte in der Hand habe, ob er seinen Assistenten die Codes zur Teilnahme an der Befragung weitergebe und ob er die



# Evaluation der Weiterbildung in Deutschland

## Online-Befragung 2009

Ein Projekt der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern

Ergebnisse („Befugtenberichte“) öffentlich mache. Jonitz erwiderte, dass es trotz dieser Schwächen immens wichtig sei, dass sich die Assistenten beteiligen. „Wenn Sie nicht mitmachen, vertun Sie eine historische Chance. Nichtbeteiligung ändert an der Situation nichts.“ Vorstandsmitglied Dr. med. Werner Wyrwich ergänzte, dass die genannten Kritikpunkte ein großer Diskussionsgegenstand im Kammervorstand gewesen seien. Doch trotz dieser Schwachpunkte habe sich die Ärztekammer Berlin entschlossen, sich an dem Projekt zu beteiligen. „Das ist ein erster Aufschlag“, betonte Jonitz. Er sei überzeugt, dass das Projekt eine „Eigendynamik entwickeln wird, die sich gewaschen hat“. Annette Güntert forderte die anwesenden Befugten auf, offen mit den Ergebnissen der Befragung umzugehen: „Besprechen Sie die Ergebnisse mit Ihren Assistenten. Und schauen Sie, ob Sie mit den Befugtenberichten nicht als Marketing-Instrument werben können.“

Weitere Fragen drehten sich um das Thema Datenschutz bei der Befragung.

Annette Güntert erläuterte, dass die Befugten nach der Weitergabe der Codes an die Assistenten keine Möglichkeit mehr hätten, deren Fragebögen einzusehen. Der Assistent müsse sich beim erstmaligen Einloggen selbst ein Passwort geben, das nur er oder sie kenne. Alle personenbezogenen Daten kennt außerdem nur die jeweilige Landesärztekammer.

### Projekt begrüßt

Trotz der genannten Kritikpunkte wurde das Projekt von vielen Anwesenden sehr begrüßt. Einige Befugte bekräftigten ihre Absicht, die Ergebnisse der Befragung mit ihren Assistenten offen zu diskutieren. Kammerpräsident Jonitz zeigte sich überzeugt, dass dann viele andere Befugte nachziehen würden. Wichtig sei aber jetzt vor allem eine hohe Beteiligung.

Im Anschluss an die intensive Diskussionsrunde standen alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abteilung Weiterbildung/Ärztliche Berufsausübung den Interessenten für Fragen im Einzelgespräch zur Verfügung.

srd

### Weitere Informationen zum Projekt Evaluation der Weiterbildung:

Internet:  
[www.aerztekammer-berlin.de/eva](http://www.aerztekammer-berlin.de/eva)  
[www.gute-weiterbildung.de](http://www.gute-weiterbildung.de)

E-Mail: [eva@ae kb.de](mailto:eva@ae kb.de)

Telefon: 030/40806-1771  
 (Mo. und Do. 9.00 – 15.00 Uhr)

# Berlins gotische Hospitalkapelle

Welchen unter den vielen Bauten der Humboldt-Universität halten Sie für den ältesten? Es ist nicht das Hauptgebäude, Mitte 18. Jahrhundert als Stadtpalais für Prinz Heinrich, den Bruder Friedrichs des Großen, errichtet. Der Bau ist viel kleiner, viel älter, und er kam viel später, erst nach



dem 2. Weltkrieg zur Uni: Die Heilig-Geist-Kapelle, Spandauer Straße 1 (südlich des Hackeschen Marktes), an deren reich gegliedertem Ostgiebel die Autos vorbeibrausen. Ein kostbares backsteingotisches Relikt der wohl ältesten sozialen Einrichtung Berlins, des Heilig-Geist-Hospitals.

Vor einem Jahrhundert rettete eine Bürgerinitiative das lange vergessene und vernachlässigte Architekturjuwel vor dem Abriss. Die Kapelle sollte der (1904 errichteten) Handelshochschule weichen, stattdessen wurde sie geschickt in den Bau einbezogen, der jetzt die wirtschaftswissenschaftliche Fakultät der Humboldt-Universität birgt. Aber von Anfang an:

Das Heilig-Geist-Hospital, schon 1272 erstmals erwähnt, bestand bis 1886 nahe dem Spandauer Tor, noch innerhalb der Stadtmauer, und wurde erst verlegt, als aus dem Hospital- das Börsenviertel wurde. Seit dem Mittelalter war das Heilig-Geist-Hospital eine Versorgungsanstalt für Hilfs-

bedürftige (etwa sieben Prozent der Berliner) wie Arme, Kranke, Waisenkinder und Alte. Daneben gab es das St. Georgen- und das Gertrauden-Hospital, von dem noch heute der Name „Spittelmarkt“ zeugt.

Die Zahl der Hospitaliten wurde klein gehalten, indem man den Zugang zur Stadt Berlin streng regelte und an den Toren kontrollierte. Denn die Städte waren verpflichtet, für die Schwachen unter ihren Bürgern zu sorgen. Sie stellten aber im Wesentlichen nur die Struktur des sozialen Netzes zur Verfügung; die Organisation wurde der Kirche übertragen, und für die laufenden Kosten kamen die gutsituierten Bürger auf. Auch waren Stiftungen nützlich fürs Seelenheil, denn die Unterstützten hatten für den Stifter zu beten.

Frömmigkeit war ein wichtiges Aufnahmekriterium. Man konnte sich zwar auch ins Hospital „einkaufen“ wie heute in die Seniorenresidenzen (es gab sogar ein paar Einzelzimmer neben den 10- bis 50-Bettensälen), aber: „An welchen man mercket und vorher obsieht, daß es ihnen allein um die Verpflegung des Leibes zu thun, die soll man gleich abweisen. Ob sie gleich schon mehr Einkauf-Gelder denn andere geben wollen, indem die Hospitaler in gewisser maassen Beth-Häuser sein sollen“, heißt es noch 1703 im Reglement.

Der Sakralraum war also das geistige Zentrum dieser sozialen Institution. Mit 16,8 mal 9,40 Meter ist die einschiffige und dreijochige Heilig-Geist-Kapelle größer als andre märkische Hospitalkapellen. Das Türmchen auf dem Westgiebel wurde im 19. Jahrhundert wegen Baufälligkeit abgetragen. Ursprünglich war der Kirchenraum wohl flach gedeckt, 1520 erhielt er ein wundervolles Sternrippengewölbe auf figürlichen Konsolen mit ornamentalen Gewölbemalereien, beides noch an Ort und Stelle. Viele Bilder und auch Skulpturen der reichen Ausstattung sind zwar erhalten, aber heute in verschiedenen Berliner Dorfkirchen und im Märkischen Museum zu sehen.

Seit der 2005 abgeschlossenen, sehr gründlichen und einfühlsamen Restaurie-

rung wurde der Bau, der den Wirtschaftswissenschaftlern lange Jahre als Mensadienen musste, zum architektonisch eindrucksvollen harmonischen Festsaal. Der spätgotische Raum wird zu akademischen Feiern und Konzerten genutzt und ist auch der Öffentlichkeit beschränkt zugänglich: Der Pfortner des Fakultätseingangs zeigt den Weg zu einer Glastür, durch die man hineinblicken kann. (Donnerstags von 12 bis 13 Uhr darf man ihn auch betreten.) Im zweiten Stock des Fakultäts-Treppenhauses sind sogar zwei Fenster eingebaut, durch die man einen Blick in den kunstvollen hohen Dachstuhl der Kapelle werfen kann.

Die Nutzungs- und vor allem die Baugeschichte dieser Kirche hat eine Reihe von Experten sehr gründlich beschrieben, wissenschaftlich und doch lesbar, und zwar in dem üppig illustrierten, großformatigen Band „Die Heilig-Geist-Kapelle in Berlin – Geschichte, Forschung, Restaurierung“. Herausgegeben wurde er von der Humboldt-Universität und dem Landesdenk-



Fotos: R. Stein

malamt, erschienen ist er im Michael-Imhof-Verlag, Petersberg 2005, ISBN 3-86568-045-3. Und da heutzutage selbst grundsolide und dauerhafte Bücher ein Verfallsdatum zu haben scheinen wie verderbliche Lebensmittel, bekommt man dies schon nach vier Jahren als Remittende für 9,95 Euro fast geschenkt.

R. Stein

BERLINER  ÄRZTE

6/2009 46. 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.)  
Dipl.-Pol. Sybille Golkowski  
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, -4102, FAX -4199  
Titelgestaltung: Sehstern/Berlin  
Fotonachweis: Fotolia.com © Alexander Shalamov,  
Alexander Yakovlev, Holger Buse, Increa, Magic Art,  
Magic Art, Michael Paumann, Uolir

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

**Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:**

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

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe  
Anzeigen disposition: 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 € 67,00 (einschließlich Versand), Patenschaftsabonnement Berlin-Brandenburg € 45,00 (einschließlich Versand). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 4,60 zzgl. € 2,50 Versandkosten.  
Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste 2009 vom 01.01.2009.

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

ISSN: 0939-5784