

Wer nicht hören will, muss fühlen



Dr. med. Günther Jonitz (Chirurg)
Präsident der Ärztekammer Berlin

Wer hätte das gedacht: Ärztedemos. Und nicht nur eine. Zum zweiten Mal fand im März ein „Tag der Ärzte“ statt, diesmal mit knapp 30.000 Teilnehmern aus dem ganzen Bundesgebiet. Die Streiks der Universitätsmediziner erstrecken sich auf ganz Deutschland. Selbst arzt-kritisch eingestellte Medien müssen inzwischen anerkennen, dass im real existierenden Alltag der Patientenversorgung etwas faul ist. 13 Euro für einen Hausbesuch, ein Stundenlohn für Krankenhausärzte unterhalb dem eines Grundschullehrers (< 11 €) u. v. a. m.. Der Effekt: Die Bundesregierung macht Gesundheitspolitik zur Chefsache und hat damit die Chance, neue Akzente zu setzen. Vorrangig geht es um die Finanzierung unseres Gesundheitssystems. Die „Zitrone ist ausgequetscht“. Wie die neue Finanzierung aussieht, ist unklar. Die Zeichen stehen primär auf „Mehr Geld ins System“ und „höhere Belastungen für die Beitragszahler“. Dazwischen ist alles möglich und wird alles, mehr oder weniger klug diskutiert. Kopfpause („Gleiche Leistung = gleiches Geld“) oder Bürgerversicherung („wer mehr hat, soll mehr bezahlen“) oder eine Mischform. Die Arbeitgeber sind fein raus. Es besteht fast Einmütigkeit, dass die Unternehmen von Gesundheitskos-

ten entlastet werden sollen („Einfrieren der Arbeitgeberbeiträge“), um die Lohnnebenkosten nicht zu erhöhen. Interessant, aber falsch: Die gesetzlichen Sozialkosten machen 3,5 Prozent der Gesamtkosten eines Produktes oder einer Dienstleistung aus. Der Anteil der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) daran beläuft sich auf 28,7 Prozent. Die gesamte Beitragsbelastung der Unternehmen des verarbeitenden Gewerbes durch die GKV beträgt also nur ein Prozent. Eine zehnprozentige Erhöhung des Beitragssatzes, zum Beispiel von 13,5 auf 14,85 Prozent, würde bei voller Umwälzung auf den Preis ein Produkt, das 1.000 Euro kostet, um ein Promille auf 1001 Euro verteuern. Auch so kann man sich aus der sozialen Verantwortung stehlen. Man darf gespannt sein, was die Politik an wahrhaftiger Reform hervorbringt.

Zwischenzeitig sind trotz intensivsten Bemühens die Tarifverhandlungen der Charité gescheitert. Um einen Minimalbetrag waren die Parteien auseinander. Letztlich war der Aufsichtsrat der Charité nicht bereit, die isolierte Benachteiligung der Ärzteschaft zu beenden und die Leistungsfähigkeit der Leistungsträger zu gewährleisten. Drei Viertel der seit Mai 2004 eingesparten Personalkosten entfallen auf Ärzte und Wissenschaftler, bei gleichzeitig ca. 80.000 unbezahlten Überstunden im Monat!

Außerdem wurde, mal anders gesehen, eine Riesenchance für die Charité und

Berlin als Wissenschaftsstandort vorerst vertan. Wie das in die politischen Projekte „Gesundheitsstandort“ und „Wissenschaftsstandort“ des Berliner Senats passt, mögen andere beurteilen. Reaktion: Urabstimmung und Streik. Wer sich nicht wehrt, lebt verkehrt. Nur mit Druck und besseren Argumenten werden wir unsere Zukunft und die unserer Patienten sichern. 30.000 Demonstranten und mehr werden ernst genommen. Am 19. Mai geht es hier in Berlin mit dem nächsten „Tag der Ärzte“ weiter.

P.S. Wer wissen möchte, wie gut unser Gesundheitswesen ist: In einem Sechsländer-Vergleich des Commonwealth Fund, bei der tatsächlich Kranke befragt wurden, rangiert Deutschland auf Platz 1, vor Neuseeland, Großbritannien und Australien. Kanada und die USA bilden das Schlusslicht. http://www.cmwf.org/publications/publications_show.htm?doc_id=364436.

P.P.S. Wem die ganze Gesundheitspolitik etwas kafkaesk vorkommt, sei daran erinnert: Franz Kafka war Jurist - in einer Sozialversicherung.

TITELTHEMA.....

Die gekaufte Schönheit - Kosmetische Chirurgie zwischen Kommerz und Qualität

Auf dem boomenden Markt der plastischen Chirurgie tummeln sich viele Ärzte. BERLINER ÄRZTE stellt die gesetzlichen Grundlagen und die neuen werberechtlichen Bestimmungen vor.

Von Antje Müller-Schubert14

MEINUNG.....

Wer nicht hören will, muss

fühlen Von Günther Jonitz3

BERLINER ÄRZTE aktuell.....6

Verständlichkeit der Packungs- beilage in der Diskussion

Informationen des BfArM13

BERUFS- UND GESUND-
HEITSPOLITIK.....

Ärztekammer Berlin widerlegt DKG-Behauptungen

Die Ärztekammer widerlegt die unzutreffenden Behauptungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Bundesgesundheitsministeriums bezüglich Arbeitszeiten und Einkommen von Klinikärzten.

Von Sascha Rudat 20

Delegierte fordern Senat zur Arbeitszeitüberprüfung auf

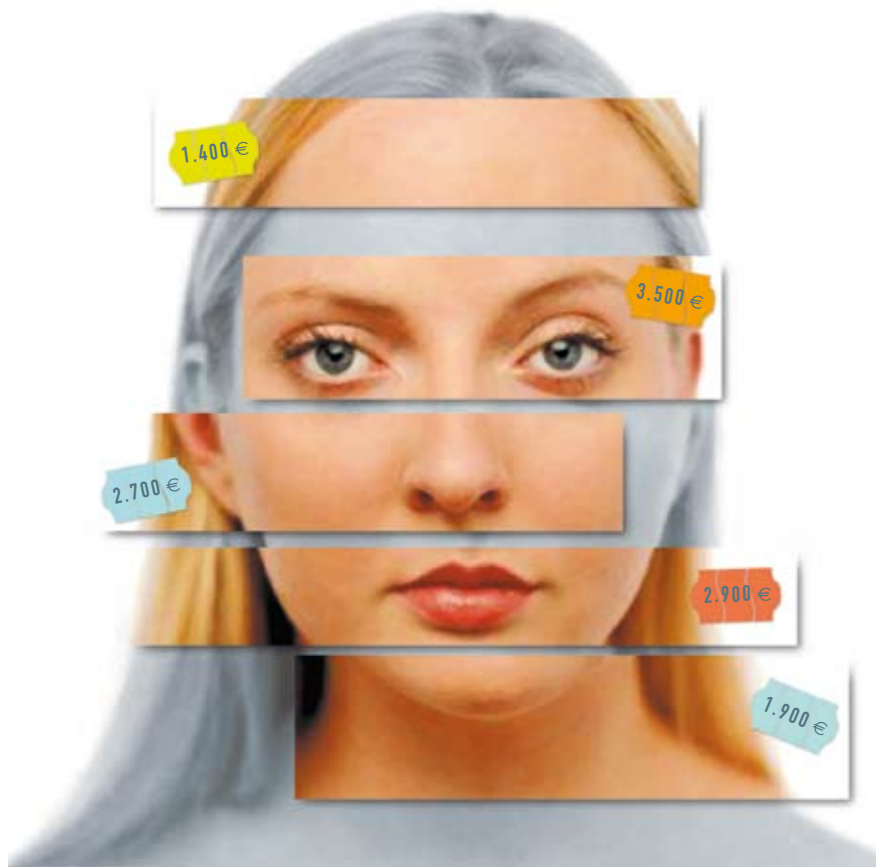
Bericht von der Delegiertenversammlung am 5. April 2006.

Von Sascha Rudat 23

Hilfe zur Selbsthilfe im Norden Namibias

Die Ombili-Stiftung will vom Aussterben bedrohten Buschleute in Namibia das Leben in unserer Welt ermöglichen. Dabei wird sie vom „Freundeskreis Gesundheit für Ombili Berlin-Brandenburg“ unterstützt.

Von Frauke von Versen 26



Tabakabhängigkeit aus psychia- trisch-suchtmedizinischer Sicht

Die schwer wiegenden Folgen des Rauchens sind bekannt. BERLINER ÄRZTE stellt das Thema Nikotinabhängigkeit unter psychiatrisch-suchtmedizinischen Aspekten dar.

Von Iris Hauth und Ute Keller 28

Wahl zur Delegiertenversamm- lung der Ärztekammer Berlin

Wahlausschuss und Wahlordnung 30

AOK Berlin startet Projekt zur Integrierten Versorgung

Die AOK Berlin hat erste Verträge in der Integrierten Versorgung zur hausärztlich basierten Versorgung mit zwei Vertragspartnern geschlossen. BERLINER ÄRZTE stellt das Projekt vor 36

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen..... 12

Fortbildungskalender

Fortbildungsveranstaltungen der Ärztekammer Berlin24

FEUILLETON.....

Stühle für den Sitzgeist

Das Kunstgewerbemuseum am Kulturforum zeigt derzeit rund 60 Stühle von Architekten und Designern.

Von Rosemarie Stein39

PERSONALIEN.....

Die Berliner Ärzteschaft trauert um ihre im Jahr 2005 verstorbe- nen Kolleginnen und Kollegen

.....37

Professor Friedrich Stein wird 85 Jahre.....38

Hans Hermann zum 75sten.....40

Impressum 46

Weiterbildung

Online-Verfahren zur Beantragung von Anerkennungen

Die neue Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin ist mit ihrer Veröffentlichung im Amtsblatt von Berlin am 13. April 2006 in Kraft getreten. Neben organisatorischen Veränderungen innerhalb des Referates Weiterbildung wurde zeitgleich auch ein zeitgemäßes EDV-Programm eingeführt. Seit Inkrafttreten der neuen Weiterbildungsordnung ist eine Beantragung von Anerkennungen ausschließlich online möglich. Nur bis zum 12. Mai 2006 werden die bisherigen Antragsformulare entgegengenommen. Im Internet sind sowohl die bisherige, als auch die jetzt gültige Weiterbildungsordnung eingestellt. Auch die Richtlinien zur Weiterbildungsordnung sind über die Homepage abrufbar. Neu sind die eingestellten Formulare. Das Online-Formular zur Beantragung einer Anerkennung ist abrufbar unter www.aerztekammer-berlin.de/25_Weiterbildung/07_NeuesOnlineVerf.html

Kammerwahlen

Der Wahlausschuss gibt bekannt!

Ende des Jahres werden in der Ärztekammer Berlin wieder Kammerwahlen stattfinden. Die Vertrauenspersonen der Wahlvorschläge haben während des Wahlzeitraums die Möglichkeit, den Wahlvorschlag in der offiziellen Zeitschrift der Ärztekammer Berlin BERLINER ÄRZTE sowie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin vorzustellen. Ein Merkblatt über diese und ggf. weitere Möglichkeiten der Information der Wahlberechtigten über die Wahlvorschläge kann bei der Ärztekammer Berlin – Wahlkoordinator – Friedrichstraße 16, 10969 Berlin, angefordert werden.

Hinweise zum Ausfüllen der Formulare:

- Dieses Formular gibt verschiedene auszufüllende Felder vor.
- Grundsätzlich kann unterschieden werden, nach welcher Weiterbildungsordnung (alt: 1994-3 oder neu: 2004-3) der Antrag gestellt wird. Die Zahl „-3“ gibt den jeweils gültigen Nachtrag der Weiterbildungsordnung an.
- Einige Felder, u.a. Namen, Vornamen und Geburtsdatum, verlangen zwingend einen Eintrag, bevor Sie im Antragsformular weitergeleitet werden. Viele für die Bearbeitung erforderliche Daten generiert das System automatisch, da Sie der Ärztekammer bereits bekannt sind.
- Ausgefüllt werden müssen aber auch die Felder mit den entsprechend der Richtlinien zur jeweiligen Weiterbildungsordnung erbrachten Inhalten (z.B. Anzahl der Operationen, EKG, Sonografien etc.).
- Auf einer zweiten Online-Antragsseite müssen wie bisher Weiterbildungszeit, -stätte und Name der/des zur Leitung der Weiterbildung Befugten ausgefüllt werden. Anzugeben ist auch bei etwaiger (und zuvor genehmigter) Teilzeitweiterbildung der prozentuale Anteil der wöchentlichen Arbeitszeit. Auch dieser Antrag kann ab sofort und nur online gestellt werden.
- Das letzte Blatt des Antrages ist neu. Es ist für die Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers vorgesehen. Diese letzte Seite des Online-Antrages muss von der Antragstellerin/dem Antragsteller ausgedruckt und unterschrieben werden. Zusammen mit den Originalzeugnissen muss es dem Referat Weiterbildung zugesandt werden. Erst wenn dieses Dokument bei der Ärztekammer eingeht, erfolgt eine Bearbeitung des Antrages.
- Der Eingang des Antrages mit der Unterschrift und der Originalunterlagen bei der Ärztekammer wird durch eine E-Mail an die Absenderadresse bestätigt. Die eingereichten Originalunterlagen, wie Zeugnisse, Kursbescheinigungen oder Urkunden werden der Antragstellerin/dem Antragsteller nach Abschluss des Verfahrens wieder ausgehändigt.
- Nachdem der Online-Antrag und das dazugehörige Unterschriftblatt in der Ärztekammer Berlin eingetroffen sind, erfolgt die Bearbeitung per EDV. Sowohl der Datenabgleich zur Befugnisstätte als auch der bezüglich der/des zur Weiterbildung Befugten erfolgt rechnergestützt.
- Die Daten werden nach der Sachbearbeitung dem zuständigen Weiterbildungsausschuss der Ärztekammer Berlin zur inhaltlichen Beurteilung und Entscheidung zugeleitet. Hat dieser sein Votum abgegeben, erfolgt die anschließende Sachbearbeitung wieder durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Referates Weiterbildung.
- Die Zusammenstellung der Prüfungsgruppe, die Gruppe der Prüfer und der/des Prüfungsvorsitzenden erfolgt rechnergestützt. Auch die Raumbuchung und Cateringbestellung für den Prüfungstag ist mittels Softwareprogramm möglich.
- Nach Abschluss der Sachbearbeitung erhält die Antragstellerin/der Antragsteller die schriftliche Einladung zur Prüfung innerhalb der Ladungsfrist.
- Während der Prüfung erfolgt die Protokollierung durch die/den Prüfungsvorsitzende(n) mittels EDV-Programm.
- Im Anschluss an die Prüfung werden der Antragstellerin/dem Antragsteller die eingereichten Originalunterlagen zurückgegeben.
- Das Ergebnis der Prüfung wird im Programm hinterlegt.
- Nach bestandener Prüfung wird die Urkunde erstellt. Nachdem der Präsident der Ärztekammer Berlin die Urkunde unterschrieben hat, diese gesiegelt und eine Kopie im Programm hinterlegt wurde, erfolgt der Versand an die Antragstellerin/den Antragsteller.

*Dr. med. Michael Peglau, Leiter des Referates Weiterbildung der Ärztekammer Berlin,
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin*

Rö

Ärzteproteste

30.000 Mediziner protestieren gegen Sparpolitik

Über 30.000 Ärztinnen und Ärzte aus ganz Deutschland sind am zweiten Nationalen Protesttag am 24. März in Berlin auf die Straße gegangen. Mit zahllosen Transparenten und Trillerpfeifen machten die Mediziner auf der größten Ärztedemo in der Geschichte der Bundesrepublik ihrem zunehmenden Unmut gegen die Gesundheitspolitik der Regierung Luft. Die niedergelassenen Ärzte zogen dabei vom Roten Rathaus am Alexanderplatz zum Brandenburger Tor. Im Mittelpunkt der Kritik standen das Arzneimittelspargesetz, die Bonus-Malus-Regelung, die überbordende Bürokratie in den Praxen und die staatlichen Vorgaben. Unter großem Beifall nannte der Präsident der Bundesärztekammer, Professor Jörg-Dietrich Hoppe, das Arzneimittelspargesetz „einen neuerlichen Versuch, mit einem politischen Machwerk ärztliche Therapieviefalt zu zerstören“. Viele Ärzte waren in Gruppen in Bussen und im Zug nach Berlin gekommen. So auch die drei HNO-Ärzte aus Oberfranken Dr. med. Hans Bodlaj, Dr. med. Hans Wangemann und Dr. med. Fortunato Zanetti (s. Foto). „Wir haben auch nächste Woche unsere Praxen zu, um zu zeigen, wie es ohne eine wohnortnahe Facharztversorgung aussieht“, erklärte Wangemann und fügt hinzu, dass „der Zeitaufwand für die Bürokratie nicht mehr erträglich ist“. Ambulante Operationen seien ein „teures Hobby“ geworden, klagte sein Kollege Zanetti. Der Kinderarzt Dr.



Foto: S. Rudat

Fränkische HNO-Ärzte protestieren

med. Wolf Stahlknecht aus Lüchow-Dannenberg (s. Foto) kritisierte vor allem die „unsinnige Überregulierung und fehlende Planungssicherheit“. Sich neue Geräte anzuschaffen, könne existenzgefährdend werden. „Diese Art der Kassenmedizin kann nicht weitergeführt werden“, sagte Stahlknecht, „wir brauchen einen Befreiungsschlag“. Um ihren Argumenten erneut lautstark und öffentlichkeitswirksam Luft zu machen, werden sich die Ärzte am 19. Mai wieder in Berlin treffen – vermutlich mit wieder steigender Teilnehmerzahl.



Foto: S. Rudat

Kinderarzt Stahlknecht

Letzte Meldung

In den Zeiten des Streiks

Lange und zäh hat man verhandelt – doch am 10. April erklärten die Ärzteinitiative der Charité und der Marburger Bund (MB) die Verhandlungen mit dem Vorstand von Europas größter Uniklinik für gescheitert. „Salamitaktik“ nannte Kammer-Vorstandsmitglied und MB-Landesvorsitzender Dr. med. Matthias Albrecht das Verhandlungsgehaben der Arbeitgeber während der rund drei Wochen dauernden Gespräche um einen so genannten Vorschalttarifvertrag. Wiederholt lag ein Kompromiss in greifbarer Nähe, doch dann zog der Charité-Vorstand seine Angebote immer wieder zurück. Das letzte, aus Sicht der Ärzteinitiative völlig inakzeptable Angebot des Vorstands hatte schließlich zum Abbruch der Verhandlungen geführt. Nach Vorstellung der Arbeitgeberseite sollten die 2.200 Ärzte der Charité zur Wiedererlangung der Vergütung des Jahres 2002 flexibler und länger arbeiten. Das Angebot hätte nur eine Verschiebung innerhalb der Ärzteschaft bedeutet, kritisierte Albrecht. Für den 20. April war eine Urabstimmung über einen Streik in der Uniklinik angesetzt. Sollten die Charité-Ärzte dafür votieren, sollte ab dem 24. April für zunächst zwei Wochen gestreikt werden.

Unterdessen gingen bundesweit die Streiks an Unikliniken und kommunalen Krankenhäusern weiter. In zahlreichen Städten demonstrierten die Mediziner für bessere Arbeitsbedingungen und höhere Gehälter.

Aktionsbündnis Patientensicherheit



APS-Arbeitsgruppe trifft sich erstmals in der Kammer

Foto: S. Rudat

Die Arbeitsgruppe „Behandlungsfehlerregister“ des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) ist am 21. März erstmals zusammengekommen. Veranstaltungsort war die Ärztekammer Berlin. Der stellvertretende APS-Vorsitzende, Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz, begrüßte die rund 30 Teilnehmer aus ganz Deutschland. In Impulsreferaten wurden verschiedene Behandlungsfehlerregister vorgestellt. So erläuterten die Rechtsanwälte Barbara Berner und Johann Neu die EDV-Dokumentation von Behandlungsfehlern und Verdachtsfällen durch die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern. Dabei wurde deutlich, dass die Auswertungen der verschiedenen Schlichtungsstellen sehr unterschiedlich ausfallen. Geplant seien deshalb bundeseinheitliche Parameter. Im Anschluss erklärte Cornelia Neubert von der AOK Berlin den Aufbau und die Entwicklung des AOK-Registers Behandlungsfehler. Die Teilnehmer der Arbeitsgruppe diskutierten anschließend u.a. die Fragen, welche Parameter bei der Erfassung von Behandlungsfehlern sinnvoll sind, ob nur bestätigte Behandlungsfehler erfasst werden sollten und welcher

Kerndatensatz zur Fehlerprävention notwendig ist. Die Arbeitsgruppe verständigte sich auf eine Analyse der bestehenden Behandlungsfehlerregister. Daraus soll ein Kerndatensatz gewonnen werden, aus dem sich Strategien zur Fehlerprävention entwickeln lassen. Abschließend sammelten die Mitglieder mögliche Themen zur ersten praktischen Überprüfung des Kerndatensatzes. Kammerpräsident Jonitz vertrat die Auffassung, dass „es eher sinnvoll ist, mit wenig Daten anzufangen als zu viel zu dokumentieren. Die systematische Dokumentation wird vor allem Hinweise geben, wo gezielt weiter geforscht werden kann.“

www.aktionsbuenndnis-patientensicherheit.de

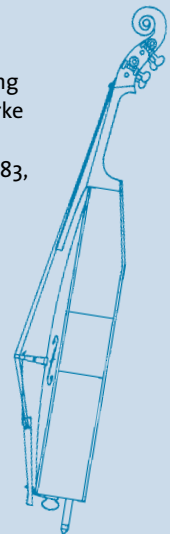
Konzert

Ärzte-Orchester spielt

Das Berliner Ärzte-Orchester unter der Leitung von Kevin McCutcheon spielt am 14. Mai Werke von Bach (Konzert für Klavier und Streicher D-Dur BWV 1054), Mozart (Konzertarien KV 583, 582, 578, 505) und Beethoven (Sinfonie Nr. 3 Es-Dur op. 55 „Eroica“).

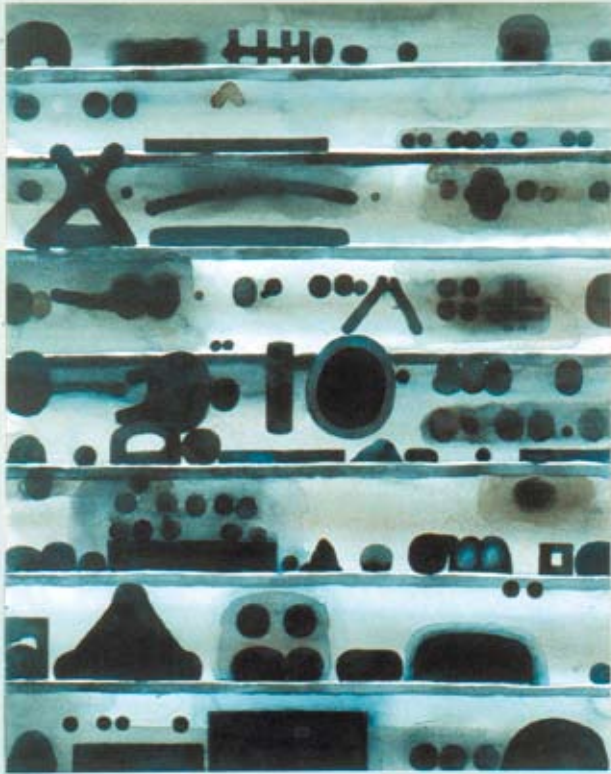
Die Karten kosten 9 und 12 € (ermäßigt 6 €) und sind erhältlich unter Tel. & Fax 030/275 18 18 sowie per E-Mail info@aerzteorchester.berlin.de.

Veranstaltungsort:
Kammermusiksaal der Philharmonie,
Herbert-von-Karajan-Str. 1, 10785 Berlin,
14. Mai, 20 Uhr.



ANZEIGE

Kultur



Josef Kloppenborgs Kunstsammlung

zeigt, dass der Jurist als Kenner und Sammler moderner Malerei ebenso kompetent ist wie die Berliner Ärzte ihn als langjährigen Geschäftsführer ihrer Kammer (1969 bis 2000) schätzten. Jetzt trat die Galerie parterre des Pankower Kulturamtes mit der Bitte an ihn heran, diese in Jahrzehnten zusammengetragene Privatsammlung zeigen zu dürfen.

Galerie parterre: Prenzlauer Berg, Danziger Str. 101, noch bis zum 14. Mai, Mi-So 14-20 Uhr

Kloppenborg hat selbst noch nie so viele Bilder und graphische Blätter seiner Sammlung nebeneinander hängen sehen – zuhause ist nicht genug Platz. Die Ausstellung heißt „Dreischritt – westöstliche Resonanzen“ und zeigt Werke „von der Weichsel bis zum Rhein“, wie der Sammler bei der Eröffnung sagte. „Dreischritt“, das spielt auf die drei Schwerpunkte der Sammlung an: Deutsches Informel, abstrakte Kunst west- und zunehmend auch ostdeutscher Maler seit 1970 sowie polnische Kunst, derenwegen Kloppenborg sogar Polnisch zu lernen begann.

So findet man in dieser sehr persönlichen, von der Sammelleienschaft eines Einzelnen zeugenden Ausstellung alte Bekannte wie Trökes, Trier und Thieler, Bachmann und Brüning, aber auch ein Blatt des Maler-Arztes Walter Menne. Dann spätere Entdeckungen wie Volker Henze, Martin Assig und Eberhard Göschel, und vor allem die abstrakten Polen, zum Beispiel Kantor, Tatarczyk, Ciecierski oder auch Jan Tarasin, dessen Aquarell „Geburtsstätte der Gegenstände“ hier abgebildet ist. R.St.

Leserbrief

Ausgezeichnete Palliativmedizin BERLINER ÄRZTE 03/2006

Als Gründer von Home Care, später Home Care Berlin, möchte ich kurz zu dem Bericht von Frau Rosemarie Stein über „ausgezeichnete Palliativmedizin“ Stellung nehmen. Wir brauchen keine neuen Gesetze, sondern Rahmenbedingungen, in denen sich innovativ denkende Ärzte frei bewegen können. Home Care wurde 1992 von mir gegründet. Es hat wegen der damaligen Gesetzeslage zwei Jahre gedauert, bis Herr Krapf, damaliger Justiziar der KV Berlin, und die beiden Vorsitzenden Nehls und Richter-Reichhelm die Möglichkeit, dass ein niedergelassener Arzt zum anderen Arzt überweisen darf, gefunden hatten. Diese

Überweisungsmöglichkeit ist die logistische Grundlage für Home Care. Das System hätte bei Rahmenbedingungen zwei Jahre früher gestartet werden können. Weiterhin sollten bei der Entwicklung neuer Modalitäten mehr die zu Rate gezogen werden, die in dem Bereich praktische Erfahrungen haben. Brillanten Ideen zu folgen, die nicht an der Praxis ausgerichtet sind, ergeben nur wackelige Lösungen. Home Care ist ein ambulant System für Krebspatienten und kann nur von ambulant tätigen Onkologen weiter entwickelt werden

Dr. med. Bernd - R. Suchy

Kultur

Sigmund Freuds 150. Geburtstag

wird nicht nur im Jüdischen Museum mit einer Ausstellung gefeiert. Ein Berliner Arzt und Psychoanalytiker, Dr. Lutz Wohlrab, hat sich eine besonders ausgefallene und amüsante Ehrung ausgedacht: Ein Mail-Art-Projekt. Und er hat sogar die Kunstbibliothek der Staatlichen Museen dazu gebracht, die Ergebnisse auszustellen (am Kulturforum, noch bis zum 14. Mai, Mo-Fr 9-20 Uhr, Sa und So 11-18 Uhr).

Mail-Art begann als ästhetisches Kettenbrief-Spiel; heute sind Ausschreibungen zu bestimmten Themen im Internet ihr Essential, und dazu gehört auch eine juryfreie Ausstellung aller eingesandten Beiträge (129 aus 37 Ländern) zu Freuds Geburtstag. Der Initiator des Projekts hat Erfahrung: Schon 1994 gab Lutz Wohlrab zusammen mit Friedrich Winnes ein Buch heraus: „Mail Art Szene DDR 1975-1990“. R.St.

ANZEIGE

Eventwoche des Senats: „Berlin qualmfrei – Ich bin dabei!“

Im Vorfeld des diesjährigen Weltnichtrauchertages findet vom 12. bis 21. Mai 2006 eine Berlin weite Eventwoche zur Förderung der Akzeptanz des Nichtrauchens statt. Schirmherrin der Aktion „Berlin qualmfrei – Ich bin dabei!“ ist Dr. Heidi Knake-Werner, Senatorin für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz. Partner aus Wissenschaft, Kultur, Sport und Verwaltung – unter anderem die Ärztekammer Berlin – haben sich zusammengetan, um Berlinerinnen und Berliner für ein Leben ohne Tabakrauch in der Hauptstadt zu motivieren.

- Unter dem Motto „Wechsle Dein Image“ wird eine Fülle von originellen Veranstaltungen angeboten: vom rauchfreien Kochkurs über die Tauschaktion „Zigaretten gegen Gratis-Tage im Sportstudio“ bis zur Fotosimulation über das eigene Aussehen



hen in 30 Jahren mit und ohne Rauchen.

- Vorträge informieren über wirksame Ausstiegstrategien, über die Methoden der Tabakwerbung, über die Vorgänge im Gehirn bei der Suchtentstehung u.a.m.

- Informationsveranstaltungen von Selbsthilfegruppen und Professionellen sollen Raucherinnen und Rauchern helfen, ihren eigenen Weg zum Nichtraucher-Dasein zu finden.

- Ein standortübergreifendes Gewinnspiel lockt mit

attraktiven Preisen für Genießer, Kulturfreaks, Sportliche und Abenteuerer.

Im Internet können Sie sich über die Einzelheiten der Aktionswoche informieren:

www.berlin.de/qualmfrei oder Sie können unter der unten angegebenen Telefon-Nummer weitere Informationen anfordern.

Sie können diese Aktion unterstützen, indem Sie Ihre Patientinnen und Patienten auf die Eventwoche zum Nichtrauchen aufmerksam machen.

Dazu erhalten Sie auf Anfrage gern auch Flyer zum Auslegen in Ihrer Praxis.

Kontakt:
Tel. 030/9028-1729

berlinqualmfrei@sengsv.verwalt-berlin.de

Vertrauensarzt gesucht

Die Bundesagentur für Arbeit ist am Standort Berlin mit drei Agenturen für Arbeit sowie der Regionaldirektion Berlin-Brandenburg vertreten. Bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dieser Organisationseinheiten sind bedarfsorientiert medizinische Untersuchungen durchzuführen, die nicht vom medizinischen Dienst der Bundesagentur für Arbeit selbst vorgenommen werden dürfen.

Die Bundesagentur für Arbeit sucht daher als externen Partner ein/e:

Ärztliche Praxis / Medizinisches Institut mit Sitz in Berlin zur Durchführung vertrauensärztlicher bzw. arbeitsmedizinischer Untersuchungen.

Bei Interesse können weitergehende Informationen bei Axel Fluck

Tel. 030/5555 99 3921

E-Mail: axel.fluck@arbeitsagentur.de

vom Regionalen Einkaufszentrum Berlin-Brandenburg/Nord der Bundesagentur für Arbeit angefordert werden.

Absolventen

Traditionspflege an der Charité

Am 4. März 2006 hat der Alumni-Club der Charité eine alte, aber leider in Vergessenheit geratene Tradition der Charité wieder aufgegriffen und zur Charité-Absolventenfeier für den Jahrgang 2005 eingeladen. Der Dekan der Charité - Universitätsmedizin Berlin, Professor Dr. Martin Paul, verabschiedete die ehemaligen Studierenden und sprach zugleich die Hoffnung aus, dass die Verbindungen unter den Absolventinnen und Absolventen und zur Charité über den Alumni-Club erhalten bleiben und gepflegt werden mögen. Der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Günther Jonitz, begrüßte auf eindrucksvolle Weise die jungen Mediziner in der Ärzteschaft. In bleibender Erinnerung wird der Beitrag von Matthias Kumor sein. Er schilderte auf unnachahmliche Weise Höhen und Tiefen seines Studiums. Tatsachen, Momente und Situationen, die seine Kommilitonen und deren Angehörige, Professoren und

Gäste wohl nur allzu gut nachvollziehen konnten. Vier „goldene Absolventen“ erhielten vom Vorsitzenden des Alumni-Clubs, PD Dr. Bernhard Arlt, die Ehrenurkunde. Ihre Teilnahme zeigte besonders anschaulich die Verbundenheit zwischen Ehemaligen und ihrer Alma Mater, was Professor Dr. med. Nils Sönnichsen, Absolvent des Jahrganges 1955, in seiner Rede deutlich zum Ausdruck brachte. Diese gelungene Feier im überfüllten Audimax der Humboldt-Universität und die abendliche Party haben gezeigt, wie wichtig ein würdiger Abschluss des Studiums für die Studierenden ist.

Der Alumni-Club der Charité wird diese Tradition neben seiner Arbeit zu aktuellen Themen fortsetzen.

Kontakt zum Alumni-Club für alle Ehemaligen der Medizinischen Fakultäten der Humboldt-Universität und der Freien Universität
über: alumniclub@charite.de
oder www.alumni.charite.de.

Christian Buschkow

Unterstützung

Selbsthilfegruppe für kranke Ärzte

Seit September 2001 trifft sich monatlich eine Selbsthilfegruppe kranker Ärztinnen und Ärzte in Berlin. Anstoß hierzu gab ein im Jahre 2001 durchgeführter landesweiter Kongress zum Thema Ärztegesundheit in Heidelberg. Die Gruppe versucht weiterhin, ein Forum zu schaffen, das die Interessen kranker Ärztinnen und Ärzte innerhalb und außerhalb des Berufes – ob angestellt, in niedergelassener Praxis tätig, oder berufsunfähig erkrankt – wahrnimmt und vertritt. Vor dem Hintergrund der sich rasch verändernden Rahmenbedingungen des Tätigkeitsfeldes ist der Gruppe die Unterstützung für den von schwerer Krankheit, ob akut oder chronisch, betroffenen Arzt weiterhin und zunehmend wichtig. Daher möchte die Selbsthilfegruppe Kolleginnen und Kollegen, die von Krankheit - in welcher Form auch immer - betroffen sind, herzlich einladen, an den Treffen teilzunehmen.

Ansprechpartner in Berlin: Dr. med. Matthias Konrad, Kunigundenstr.1, 12105 Berlin,
Tel.: 030/76 00 74 00, E-Mail: konrad.berlin@gmx.de
Weiterführende Informationen auch im Internet unter: www.der-kranke-arzt.de

Aprotinin**Neue Risiken**

Aprotinin (Trasylol®, Generika) kann, prophylaktisch gegeben, als Antifibrinolytikum den Blutverlust z.B. bei Bypass-Operationen verringern. Zwei neue Beobachtungsstudien weisen jedoch darauf hin, dass es unter der Gabe von Aprotinin zu einer erhöhten Rate arterieller thrombotischer Ereignisse mit Verschlechterung der Nierenfunktion bis hin zum Nierenversagen, Herzinsuffizienz und zerebrovaskulären Ereignissen bis

hin zu Schlaganfällen kommen kann. Da die Ergebnisse beider mit Mängeln behafteter Studien im Widerspruch zu randomisierten kleineren Zulassungsstudien stehen, wird derzeit das Risiko von europäischen und amerikanischen Zulassungsbehörden überprüft. Derzeit sollten Nutzen und Risiken sorgfältig abgewogen werden und alle Zwischenfälle (auch Verdachtsfälle!!) an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) berichtet werden.

Quellen: www.aerzteblatt.de, Dt. Apo.Ztg. 2006;146: 42

Anmerkungen: Trasylol® ist schon seit 1959 auf dem deutschen Markt. Bis circa 1981 wurde es als Antifibrinolytikum und zusätzlich intraartikulär bei degenerativen rheumatischen Erkrankungen, bis circa 1988 auch bei akuter Pankreatitis eingesetzt. Diese Indikation wurde jedoch von der AkdÄ bereits 1988 als „nicht gesichert“ bezeichnet. Das Beispiel zeigt erneut, dass auch die Risiken „alter“ Arzneimittel nicht vollständig bekannt sein könnten und neutrale Riskoevaluationen an großen Kollektiven gefordert werden müssen. Es wäre zu einfach, die neuen vermuteten Risiken von Aprotinin z.B auf dessen Einsatz bei Risikopatienten zurückzuführen.

Telithromycin**Hepatotoxizität**

Bei insgesamt vier Patienten wurden nach der Gabe von Telithromycin (Ketek®), einem halbsynthetischen Makrolid-Antibiotikum, schwere Leberschädigungen (bis hin zur Transplantationsbedürftigkeit und einem Todesfall) bekannt. Bei keinem der Patienten bestanden Hinweise auf eine alkoholische Leberschädigung und bei dem in Deutschland bekannten Fall ergab die

Leberhistologie Leberzellnekrosen, die vereinbar waren mit dem Bild eines medikamentös-toxischen Leberzellschadens. Telithromycin wird vorwiegend in der Leber metabolisiert. Vorsicht bei der Anwendung bei eingeschränkter Leberfunktion und das Auftreten von cholestatischem Ikterus und Hepatitis sind in der Fachinformation erwähnt.

Quellen: www.aerzteblatt.de, Arzneiverordnungen, 21. Aufl., Deutscher Ärzteverlag 2006; S. 86

Anmerkungen: 2003 informierte der Hersteller in einem Rote-Hand-Brief über Fälle von Exazerbationen bereits diagnostizierter Myasthenia gravis, darunter ein Todesfall. Die Patienten hatten Telithromycin zur Therapie von Atemwegsinfektionen erhalten. Die Tagestherapiekosten für Ketek® sind circa 3fach höher als die von Erythromycin und Roxithromycin und circa doppelt so hoch wie die von Clarithromycin. In der ambulanten Versorgung scheint Telithromycin aufgrund wirksamer Alternativpräparate aus anderen Antibiotikagruppen verzichtbar bzw. kein Mittel der ersten Wahl.

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

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

Verständlichkeit der Packungsbeilage in der Diskussion

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ist unter anderem zuständig für die Genehmigung von Packungsbeilagen für die meisten der in Deutschland abgegebenen Arzneimittel. Packungsbeilagen sind nach bestimmten, europäisch festgelegten Regeln zu erstellen und zu bewerten. Diese Vorgaben sind in Deutschland in der gleichen Form gültig.

Für die Anwendung eines Arzneimittels ist es von entscheidender Bedeutung, dass der Patient versteht, wie mit welchen Einschränkungen und mit welchen Folgen sie / er das Arzneimittel anwenden soll. Ein bedeutsamer Einfluss auf die Compliance bei Langzeitmedikation ist immer wieder bestätigt worden. In gleicher Weise wurde in der Vergangenheit immer wieder die Verständlichkeit von Packungsbeilagen kritisiert.

Im vergangenen Jahr ist das europäische Regelwerk zum Arzneimittelzulassungsrecht überarbeitet worden. Bei dieser Revision sind auch die oben beschriebenen Kritikpunkte von Patientenorganisationen eingebracht worden. Drei Änderungen durch diesen Reviewprozess haben zu wesentlichen Auswirkungen auf die Gestaltung der Packungsbeilage geführt:

1. Die Struktur wurde an die Bedürfnisse von Patienten angepasst, in dem Kennzeichnungsangaben an das Ende der Auflistung verschoben worden sind.
2. Die Packungsbeilage wird zukünftig in allen europäischen Zulassungsverfahren zwischen den Mitgliedsstaaten verbindlich vereinbart, auf der Basis der englischen Sprachversion.
3. Mit der Antragstellung ist ein Bericht über die Ergebnisse der Bewertung der Packungsbeilage durch Patientenzielgruppen vorzulegen.

Zu einer Diskussion, wie diese Bewertung durchgeführt werden kann, welche Überprüfungen die Behörde dazu vornimmt und welche weiteren Vorschläge zur besseren Gestaltung der Packungsbeilage denkbar sind, hat das BfArM Mitte Februar eine Dialogveranstaltung durchgeführt, zu der Vertreter verschiedener Interessengruppen eingeladen waren: Die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Vertreter der Patientenorganisationen, des Wissenschaftlichen Instituts der

Ortskrankenkassen, der Arzneimittelverbände, der pharmazeutischen Unternehmer selbst sowie der Verbraucherzentrale Bundesverband.

Einerseits wurde deutlich gemacht, dass es seit Jahren verschiedentlich Initiativen gibt, die Verständlichkeit von Packungsbeilagen zu verbessern, andererseits wurden neue Vorschläge für eine grundlegende Veränderung vorgetragen, die neben einer optisch übersichtlicheren Gestaltung eine erheblich vereinfachte Darstellung der Informationen beinhalten. Ein Schwerpunkt der Veranstaltung war die breite Diskussion darüber, wie eine Untersuchung der Verständlichkeit der Packungsbeilage gestaltet werden kann.

Europäisch anerkannt ist ein Interviewverfahren, bei dem jeweils zehn Probanden in zwei Runden bestimmte Inhalte einer Packungsbeilage finden und mit eigenen Worten wiedergeben müssen.

Ein alternativer Ansatz geht von einem standardisierten schriftlichen Fragebogen aus, der die wichtigsten Inhalte ebenfalls abfragt, aber nur in ein oder zwei Positionen ganz spezielle Probleme eines Arzneimittels berücksichtigen kann.

Ohne direkte Beteiligung von Probanden kommt ein kommunikationswissenschaftlicher Ansatz aus. In dem Fall wird durch eine Textanalyse und einen Abgleich mit definierten Kriterien wie Satzbau, Satzlänge, Fremdwörter, Layout-Parametern eine Bewertung der Packungsbeilage vorgenommen.

In der Abschlussdiskussion bestand Einvernehmen darüber, dass die europäischen Vorgaben zur Struktur einer Packungsbeilage anerkannt werden müssen, dass gleichwohl bei der Darstellung der Informationen genügend Spielraum besteht, Verbesserungen umzusetzen. Engagement ist dabei sowohl auf Seiten der pharmazeutischen Unternehmer, die die Textentwürfe vorbereiten, als auch auf Seiten der Behörden, die die Bewertung vornehmen und Änderungsvorschläge machen, erforderlich. Das BfArM hat zugesagt, die bisherigen Hinweise zur Gestaltung von Packungsbeilagen zu überarbeiten und Erläuterungen zur Durchführung von Readability Tests zu geben. Auf jeden Fall wird die Diskussion dazu nicht als abgeschlossen betrachtet.



Die

1.400 €

3.500 €

2.700 €

2.900 €

1.900 €

gekaufte Schönheit

Kosmetische Chirurgie zwischen Kommerz und Qualität

von Antje Müller-Schubert

Plastisch-chirurgische Eingriffe werden immer beliebter. Im lukrativen Markt der Eitelkeiten tummeln sich Fachärzte für plastisch-ästhetische Chirurgie ebenso wie selbsternannte „Schönheitschirurgen“. Mit einer seit einem Monat geltenden Verschärfung des Heilmittelwerbegesetzes will der Gesetzgeber der Werbung für Schönheitsoperationen nun enge Grenzen setzen. BERLINER ÄRZTE zeigt in diesem Beitrag die Neuerungen.

Seit einigen Jahren werden wir mit Standardschönheiten überfrachtet: Werbeplakate, Fernsehspots, Shows. Mit den Claudia Schiffers, Heidi Klums und Brad Pitts ging aber gleichzeitig auch ein Teil der Magie für das Individuelle verloren: Die klassische Dorfschönheit hat da keinen Platz mehr. Natürlich kann auch da abgeholfen werden: Ein Leberfleck à la Cindy Crawford, genau platziert, bleibt nicht ohne Wirkung.

Wen wundert es also, dass heute immer mehr ihr Aussehen und ihre Ausstrahlung in Frage stellen und daran etwas ändern wollen. Etwa fünf Milliarden Euro werden jährlich für die ästhetische Medizin ausgegeben. Davon entfallen auf ästhetisch-plastische Operationen 800 Millionen Euro. Vor allem die Mitte-30- bis Mitte-50-Jährigen sind es, die heute vermehrt zum Schönheitschirurgen gehen. Der Leidensdruck ist oft immens und führt schließlich auf den OP-Tisch. Ganz hoch im Kurs stehen heute Fettabsaugungen, gefolgt von Brustoperationen und Nasenkorrekturen. Daneben sind es Faltenauffüllungen mit Kollagen oder Eigenfett, ferner Botox-Injektionen. Was viele Schönheitssuchende aber gern vergessen: Auch Schönheitsoperationen sind Eingriffe in die Unversehrtheit des Körpers – und bergen Risiken. Beim Fettabsaugen kann es zu Verletzungen von

Muskeln, Nerven, größeren Blutgefäßen und Thrombosen oder Lungenembolien kommen. Bei Brustvergrößerungen können sich Kapselfibrosen einstellen, und bei der Nasenkorrektur kann es zu dauerhaften Atmungsschäden kommen. Nicht zu vergessen ist das generelle Risiko von Wundheilungsstörungen, Narbenwucherungen und Hautverfärbungen. Und nicht vergessen werden darf, dass sich zum Risiko des Eingriffes das Narkoserisiko dazugesellt. Hinzu kommt das versteckte und damit extrem unterbewertete Risiko des Operateurs, denn längst sind nicht nur Spezialisten am Werk. Die Anti-Aging-Medizin ist lukrativ, und angesichts der gedeckelten Budgettöpfe liegt es nah, dass viele nach anderen Möglichkeiten suchen.

Die Dunkelziffer der Misserfolge

Professor Dr. med. Hans-Ulrich Steinau, Direktor der Klinik für Plastische Chirurgie an der Uniklinik Bochum und Gutachter bei Operationskomplikationen, veröffentlichte vor einigen Jahren eine Studie der besonderen Art zum Thema dramatischer Folgen nach Schönheitsoperationen. „Dabei befragten wir Intensivstationen, Gerichtsmedizin und pathologische Abteilungen – wo bekanntlich die Opfer missglückter Eingriffe landen“, erklärt der Spezialist den Studienaufbau. Allein durch Fettabsau-

gungen wurden so zwischen 1998 und 2002 „21 Todesfälle und 52 lebensgefährlich Erkrankte ...gemeldet, natürlich blieben die Namen der Patienten anonym.“ Dabei reichten die Fälle von einer tödlich verlaufenen Dünndarmperforation durch die Absaugkanüle, über Infektionen, Fieber, starke Schmerzen bis zu schweren allergischen Reaktionen. Eine Frau war keine 24 Stunden nach einer Fettabsaugung an Gasbrand verstorben, nachdem ihr von ihrem niedergelassenen Liposakteur der Verbandswechsel zu Hause empfohlen worden war. Die Dunkelziffer ist hoch, klagen die Fachleute.

Viele Komplikationen treten tatsächlich erst in der postoperativen Phase auf, wenn die Patienten möglicherweise schon wieder einige hundert Kilometer entfernt zu Hause sind. Negativfälle und derart schwere Komplikationen werden in der Mehrzahl unter den Teppich gekehrt. „Daher ist es auch so schwierig, sich ein Bild über die Häufigkeit zu machen“, bestätigt auch der Berliner Plastische Chirurg Professor Dr. med. Ekkehard Vaubel.

In einer Presseinformation der Deutschen Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie vom November 2005 wird beispielsweise auch die Nasen-

Fortsetzung auf Seite 17

Wenn das Aussehen zur Seelenfalle wird: Dysmorphophobie und „Doctor shopping“

Sie fühlen sich hässlich und sind überzeugt davon, dass alle anderen Menschen genauso über sie denken. Bis zu 5 % der Bevölkerung leiden mindestens einmal im Leben unter diesem Hässlichkeitswahn oder auch Schönheitshypochondrie, im Fachjargon der **Dysmorphophobie**. Besonders Mädchen und junge Frauen gehören zu den häufig Betroffenen. Nahezu alle Gedanken kreisen beinahe ausschließlich um die körperliche Beschaffenheit. Der Alltag bleibt dabei auf der Strecke. Sie nehmen lange Reisen auf sich, um ihren Traum eines Tages Realität werden zu lassen; denn nur eine Schönheitsoperation kann diesem Leid ihrer Meinung nach noch Abhilfe schaffen. Andere Menschen aber können den angeblichen körperlichen Missstand oftmals gar nicht oder kaum erkennen.

Bei einer derartigen Form von Schönheitswahn handelt sich um eine meist stark ausgeprägte psychische Erkrankung, in deren Verlauf sich viele sozial zurückziehen, und es sogar zu Suizidversuchen kommen kann. Von dieser Erkrankung sind nach Angaben der **Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)** viele Jugendliche zwischen 14 und 20 Jahren betroffen. Doch nur selten wird dieses Krankheitsbild auch erkannt.

Auf der Suche nach ärztlicher Hilfe wenden Betroffene sich selten an einen Psychologen oder Psychotherapeuten, sondern an den Hautarzt oder einen Schönheitschirurgen. Eine Studie brachte allerdings zutage, dass anschließend nur etwa ein Viertel der Behandelten eine subjektive Verbesserung spürte. Viele waren stattdessen unzufrieden mit dem Ergebnis, oder das Empfinden des Makels verschob sich auf einen anderen Körperbereich. Eine Extremausprägung zeigt sich beim „Doctor shopping“. Fatale Spitze des Eisberges dieser rastlosen Rennerei von Arzt zu Arzt stellt sicher die Selbstverstümmelung dar, nach dem Motto „Mit einer zertrümmerten Nase muss mich ja jemand behandeln“.

„Vor allem bei jungen Menschen wird die Erkrankung sehr häufig übersehen, weil das wahre Ausmaß der psychischen Belastung meist schamhaft verschwiegen wird“, erklärt Dr. Claudia Mehler-Wex von der DGKJP. Ihrer Meinung nach seien hier auch die ästhetisch-chirurgischen Einrichtungen gefordert, konkreter nachzufragen. Gegebenenfalls müsse eine Überweisung in eine kinder- oder jugendpsychiatrische Behandlung geprüft werden. Einem Großteil der Patienten kann mit einer intensiven Verhaltens- und Psychotherapie, möglicherweise kurzzeitig von medikamentöser Behandlung begleitet, laut DGKJP geholfen werden.

Der Berliner Plastische Chirurg Professor Dr. med. Ekkehard Vaubel bestätigt derartige Vorkommnisse. Er blickt auf eine Berufserfahrung von mehr als 40 Jahren zurück und kennt auch solche Fälle: Oftmals sind es sogar die Eltern, die dem Drängen ihrer Kinder schließlich nachgeben und zur Konfirmation oder dem Abitur schonmal eine chirurgische Verschönerung schenken. Diese Situationen häufen sich und werden auch in den kommenden Jahren sicher zunehmen, so sehen das auch seine Kollegen. „Das Problem für den Chirurgen“, so Vaubel, „liegt ganz klar in der ethischen Handhabung einer derartigen Situation. Mal ganz abgesehen davon, dass es Altersgrenzen gibt, unterhalb derer sich bestimmte Eingriffe quasi verbieten, ist der Erwartungsdruck an das Resultat eines Eingriffs von seiten des Jugendlichen oder seiner Familie extrem nach oben geschraubt.“ Man müsse sicher lange nach einem Kollegen suchen, der einem Mädchen unter 21 Jahren einen Brustaufbau angedeihen lassen würde. Problem aber sei, dass „die Argumente gegen den Eingriff verpuffen. Man bleibt manchmal mit dem Gefühl zurück, jetzt geht die Patientin zum nächsten Chirurgen, bis sie vielleicht schließlich im Ausland landet, um endlich so auszusehen wie ihr Idol.“ In diesem Beruf geht es ja nicht nur um die handwerkliche Fertigkeit des Operators. Seiner Meinung nach gehört neben der qualitativ hochwertigen Arbeit auch viel psychologisches Gespür dazu, um gemeinsam mit dem Patienten zu erarbeiten, wie was und warum geändert werden soll.

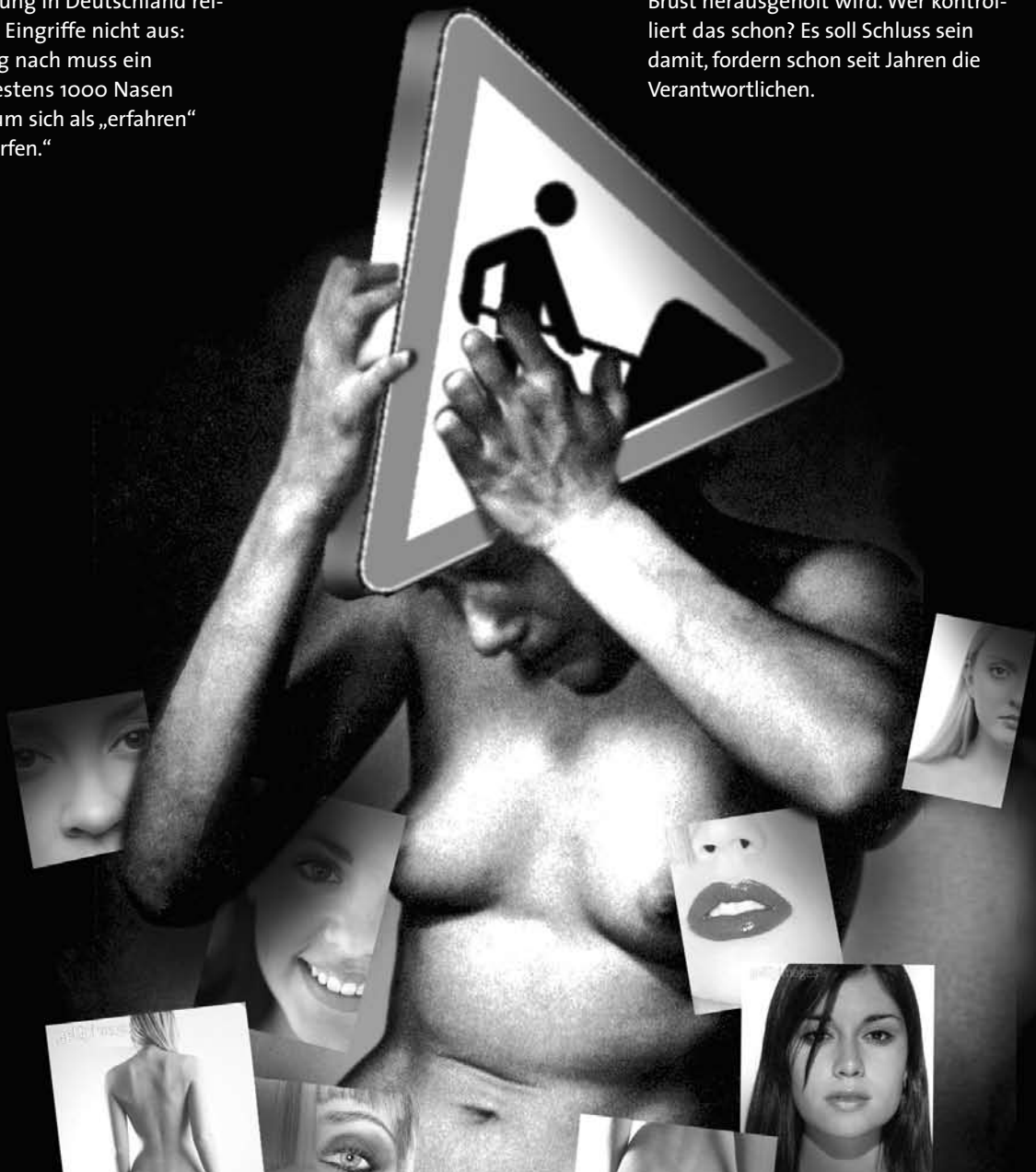
Fortsetzung von Seite 15

korrektur als oftmals unterschätzter Eingriff dargestellt. So ist dort zu lesen, dass „bei Anwendung einer falschen Operationsmethode die Nase regelrecht zertrümmert werden“ kann. Das betraf vor allem die sehr empfindliche Nasenspitze. Das komplizierte Konstrukt aus Knochen, winzigen Knorpeln und sehr sensiblen Gefäßstrukturen machen die Nasenkorrektur „zu einem der schwierigsten Eingriffe“, erläutert hierbei der Frankfurter HNO-Arzt Dr. med. Laszlo von Szalay. Die allgemein sehr gute ärztliche Ausbildung in Deutschland reiche für derartige Eingriffe nicht aus: „Meiner Meinung nach muss ein Operateur mindestens 1000 Nasen operiert haben, um sich als „erfahren“ bezeichnen zu dürfen.“

Schwierige Begriffsdefinitionen

Hier deutet sich eines der Basisprobleme an; denn in Deutschland sind die Begriffe „Schönheitschirurg“, „Kosmetischer Chirurg“ und „Ästhetischer Chirurg“ nicht eindeutig geschützt. Im Rahmen einer Änderung der Weiterbildungsordnung wurde nunmehr die Gebietsbezeichnung auf „Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie“ bzw. „Plastischer und Ästhetischer Chirurg“ erweitert.

Es ist davon auszugehen, dass damit auch der Begriff „Ästhetischer Chirurg“ künftig geschützt ist. Kritiker beklagen, dass viele Schönheitschirurgen nicht mal eine Fachausbildung besitzen, keine verbindlichen ethischen Maßstäbe kennen und mit wenig erprobten Stoffen hantieren. Seitdem der Schönheitstourismus in entfernte oder benachbarte Länder boomt, komme es hin und wieder durchaus vor, dass bei einer Nachoperation Verpackungsmaterial oder Leichenfett anstelle eines in Deutschland empfohlenen Materials aus der aufgebauten Brust herausgeholt wird. Wer kontrolliert das schon? Es soll Schluss sein damit, fordern schon seit Jahren die Verantwortlichen.



Kosmetische Eingriffe im Fokus von Werbung und Haftung

Durch Inkrafttreten der 14. Novelle des Arzneimittelgesetzes letzten Jahres und mit Ende der Übergangsfrist zum 1. April wird die Branche in ihren Werbemög-

lichkeiten für Schönheitsoperationen erheblich eingeschränkt. Der Gesetzesnovelle nach werden ausdrücklich nun auch Schönheitsoperationen in den Anwendungsbereich des Heilmittelwerbegesetzes einbezogen. Schließlich – so wird in der Begründung Ausdruck

gegeben – sind auch kosmetische Eingriffe wie jede anderen Operationen mit Gesundheitsrisiken verbunden, so dass es der steigenden Zahl dieser Eingriffe angemessen erscheint, die Werbung für diese Verfahren dem Gesetz auf dem Gebiet des Heilwesens zu unterwerfen. Die Verbände der ästhetisch-plastischen Chirurgen – die **Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen** und die **Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen (VDÄPC)** – rechnen dann damit, dass so Ordnung einzieht in den Dschungel der Operateure der Eitelkeiten, wie er sich in den vergangenen Jahren dargestellt hat.

So darf fortan nicht mehr mit vergleichenden Vorher/Nachher-Fotos oder Rabatten geworben werden. Denn die



vorher



nachher

Auszüge der rechtlichen Situation im Bereich kosmetischer Eingriffe

- Berufswidrige Werbung ist dem Arzt untersagt. Berufswidrig ist vor allem eine anpreisende, irreführende oder vergleichende Werbung.
- Bestimmte Formen der suggestiven oder irreführenden Werbung im Rahmen von Schönheitsoperationen sind verboten.
- Nicht mehr erlaubt sind Vorher-Nachher-Fotos für operative plastisch-chirurgische Eingriffe wie z. B. Brustvergrößerung durch Implantate oder Liposuktion. Ungeklärt dagegen ist noch die Auslegung für andere kosmetische nichtoperative Eingriffe wie Laserbehandlung der Haut oder Unterspritzen von Gesichtsfalten mit Collagenpräparaten.
- Nicht erlaubt ist Werbung mit fremd- oder fachsprachlichen Bezeichnungen außerhalb von Fachkreisen.
- Ärzte sind auch bei der Abrechnung kosmetischer Eingriffe grundsätzlich an die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gebunden.
- Verboten sind Aussagen über eine Erfolgsgarantie.
- Neben den Spezialvorschriften in der Berufsordnung und im Heilmittelwerbegesetz enthält auch das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb eine Reihe von Tatbeständen, wie: Gefühlsbetonte Werbung oder Werbung, welche die geschäftliche Unerfahrenheit besonders von Kindern und Jugendlichen, Leichtgläubigkeit und Angst vor einer Zwangslage von Verbrauchern ausnutzt.
- Werbung, die sich ausschließlich oder überwiegend an Kinder unter 14 Jahren richtet, ist verboten.
- Zur Behandlung bedarf der Arzt der Einwilligung des Patienten. Der Einwilligung hat die erforderliche Aufklärung im persönlichen Gespräch vorauszugehen. Das Gespräch kann nicht durch die Überlassung von Aufklärungsformularen ersetzt oder auf nichtärztliches Personal delegiert werden. Nach dem Grundsatz „je weniger dringlich ein Eingriff ist, desto ausführlicher und umfassender ist aufzuklären“ ist bei medizinisch nicht indizierten kosmetischen Eingriffen in schonungsloser Offenheit insbesondere auch über die mit dem Eingriff verbundenen Risiken aufzuklären. Der Patient ist ausführlich und eindringlich über Erfolgsaussichten wie über etwaige schädliche Folgen zu informieren. Das heißt, dem Patienten müssen die Risiken des Eingriffes deutlich vor Augen geführt werden. Dazu zählen etwaige Misserfolge oder darüber hinaus sogar bleibende Entstellungen und gesundheitliche Schädigungen.



Werbung mit Preisnachlässen à la Schnäppchendiscount stellten eine Verharmlosung dar und führten zu jenen oftmals fahrlässigen Operations-Urlaubsreisen in andere Länder mit vereinzelt fatalen Folgen. Gespart wurde, wie sich in der Vergangenheit oft zeigte, an Qualität in Bezug auf Material, Geräte, Hygiene und Ärzte mit Fachausbildung. Auch wurde oft suggeriert, dass der Erfolg einer Operation erkaufte werden könne. Mit verantwortungsbewusster Indikationsstellung und Risikoabwägung durch den Arzt hatte das dann nichts mehr zu tun. Der VDÄPC hat dementsprechend auch schon vor einiger Zeit mit großer Mehrheit seiner Mitglieder entschieden, dass die Teilnahme an Dumpingangeboten zunächst zur Abmahnung und dann zum Ausschluss aus der VDÄPC führt.

So ist es medizinische – und juristische – Pflicht, bei der Aufklärung besonders von nicht aus medizinischer Sicht indizierten Eingriffen alle Regeln zu beachten (Siehe Kasten). Martina Jaklin, Leiterin des Referat für Berufsrecht der Ärztekammer Berlin spricht von der Pflicht der „schonungslosen Offenheit über alle Risiken bei medizinisch nicht indizierten Operationen, wie sie vom Bundesgerichtshof verlangt wird. Möglicherweise“, setzt sie nachdenklich hinzu „würde bei einer derartig offenen Aufklärung manch ein Patient gesunden Abstand vom Eingriffswunsch nehmen.“ Um überspannten und durch unlautere

Werbung geschürten Erwartungen entgegenzuwirken, hat der Arzt seinen Patienten neben der Risikoaufklärung beispielsweise auch dahingehend aufzuklären, dass eine bloße Fettabsaugung (Liposuktion) in keinem Fall ausreichen würde, wenn eine Rückbildung der überschüssigen Haut nicht zu erwarten ist. Hier muss dann darauf hingewiesen werden, dass es eines weiteren Eingriffs – in diesem Fall einer Bauchdeckenstraffung – bedarf. Die Rechtsprechung geht davon aus, dass die Verwendung von Aufklärungsformularen das persönliche Aufklärungsgespräch des Arztes mit dem Patienten nicht ersetzen sondern allenfalls ergänzen kann. Also darf der Arzt sich nicht darauf beschränken, dem Patienten lediglich nur eine Broschüre über Fettabsaugung auszuhändigen, in der diese Möglichkeit ebenfalls beschrieben ist: Er muss ferner seinen Patienten explizit darauf hinweisen, wenn ein Verfahren nur eingeschränkt geeignet ist, das Behandlungsziel zu erreichen. Die umfassende Aufklärung über den zu begehenden Weg ist absolut notwendig. Dennoch – allen Negativmeldungen der vergangenen Jahre zum Trotz – existiert Qualität, die auch maßgeblich von den Fachvereinigungen seit Jahren gefördert wird. Unter den Fachmitgliedern existiert eine ethische Moral. Als eine ihrer Aufgaben sieht beispielsweise die Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen die Öffentlichkeitsarbeit:

Sie soll potenzielle Patienten erreichen, ihnen die notwendigen Informationen zu den Eingriffen geben und ihnen darüberhinaus vermitteln, dass der ästhetisch-plastische Chirurg der richtige Ansprechpartner für ihren Veränderungswunsch ist. Entsprechend der neuen Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin gibt es im Gebiet Chirurgie eine Facharztkompetenz für Plastische und Ästhetische Chirurgie. Die Inhalte dieser Weiterbildung sind sowohl in der Weiterbildungsordnung, als auch in den dazugehörigen Richtlinien beschrieben. Im Abschnitt C der Weiterbildungsordnung sind die Zusatzweiterbildungen aufgeführt. Voraussetzung zum Erwerb der Zusatzweiterbildung „Plastische Operationen“ ist die Facharztanerkennung in den Gebieten Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie. Es bleibt nun abzuwarten, ob und wie der Kampf der Verbände für Qualität gegen die Maschinerie der Werbung bestehen kann, denn letztlich ist: „Persönlichkeit keine Frage der Chirurgie“, wie schon der Präsident der Bundesärztekammer, Professor Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe, in einem ZDF-Chat zum Thema sagte. Man wird erleben, wie sich der Wunsch des Menschen, begehrt zu werden, den modernen Zeiten stellt.

Autorin

Dr.med. Antje Müller-Schubert
Wissenschaftsjournalistin

Ärztekammer Berlin widerlegt DKG-Behauptungen

Die Ärztekammer Berlin widerspricht den unzutreffenden Behauptungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und des Bundesgesundheitsministeriums bezüglich Arbeitszeiten und Einkommen von Klinikärzten. DKG und Bundesgesundheitsministerium haben in jüngster Zeit wiederholt Kritik an den ausbeuterischen Arbeitszeiten und der schlechten Einkommenssituation der deutschen Krankenhausärzte zurückgewiesen. Die DKG beruft sich dabei auf Daten des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW), die wiederum „auf amtlichen Statistiken beruhen und damit eine solide Basis haben“ sollen. Bei einem genaueren Blick auf die Daten und unter Einbeziehung weiterer Erhebungen zeigt sich, dass viele der DKG-Behauptungen „schlicht unzutreffend sind oder auf eine begrenzte Wahrnehmung der Realität in deutschen Kliniken hindeuten“, wie Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz betont. Dies belegt die nachfolgende Untersuchung der Ärztekammer Berlin.

Von Sascha Rudat

1. Arbeitszeit von Klinikärzten

Das behauptet die DKG:

Junge Klinikärzte unter 35 Jahren im öffentlichen Dienst haben eine durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 45,8 Stunden, alle Ärzte 46,1 Stunden. Lediglich 7,6 Prozent der jungen Mediziner leisten mehr als 60 Arbeitsstunden die Woche, bei allen Ärzten im öffentlichen Dienst sind es 9,2 Prozent. 80 Wochenarbeitsstunden und mehr werden an Kliniken in Deutschland nicht erreicht, schon gar nicht regelmäßig.

Das steht wirklich im DIW-Wochenbericht:

Der Wochenbericht 38/2005 nennt insgesamt drei verschiedene durchschnittliche Wochenarbeitszeiten von Medizineren. Die von der DKG wiedergegebenen Zahlen beziehen sich ausdrücklich auf alle vollbeschäftigten (Jung-)ärzte im öffentlichen Dienst. Darunter sind – wie vom Autor des DIW-Berichts ausdrücklich als Fehlerquelle erwähnt – auch Amtsärzte und Ärzte in Behörden und Ministerien.

Nachdem diese herausgerechnet wurden, kommt der DIW-Autor auf eine durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit junger Klinikärzte von 46 Stunden. Junge Universitätsmediziner arbeiten aber den Angaben zufolge durchschnitt-

lich 55,3 Wochenstunden; 56% dieser Gruppe erreichen über 50 und 23% über 60 Stunden. Alle Unimediziner würden laut DIW im Durchschnitt 57,2 Stunden arbeiten, 60 % von ihnen mehr als 50 Stunden und 30% mehr als 60 Stunden.

Der DIW-Autor kommt also zu dem Fazit, „dass etwa jeder fünfte junge Arzt in diesen Häusern (=Universitätskliniken) permanent mit Wochenarbeitszeiten konfrontiert ist, die 60 Stunden übersteigen“. Auf extreme Zahlenblindheit muss die DKG-Behauptung zurückgehen, dass mehr als 80 Wochenstunden überhaupt nicht erreicht würden. Aus derselben Tabelle, der die DKG die durchschnittlichen Wochenarbeitszeiten und die Anteile derer mit mehr als 60 Arbeitsstunden entnommen hat, geht hervor, dass 3,4% aller Ärzte im öffentlichen Dienst und sogar 3,6% der unter 35-jährigen Ärzte über 80 Stunden arbeiten.

Die DIW-Tabelle spricht dabei ausdrücklich von „normalerweise“ geleisteter Arbeitszeit. Mithin handelt es sich nicht um gelegentliche Mehrarbeiten, sondern um regelmäßige Wochenarbeitszeiten!

Wie valide sind die DIW-Daten?

Das DIW greift auf Daten des Mikrozensus zurück. Diese umfangreiche jährliche Datensammlung des Statistischen Bundesamts beruht auf einer Befragung re-

präsentativ ausgewählter Haushalte. Dem DIW standen nach eigenen Angaben Daten von rund 500.000 Personen zur Verfügung. Lediglich 222 davon gehörten im Mikrozensus 2003 der Gruppe der vollzeitbeschäftigten unter 35-jährigen Ärzte im öffentlichen Dienst an. Das DIW nimmt dennoch Repräsentativität für die Daten in Anspruch und die DKG beruft sich auf die Verlässlichkeit dieser offiziellen Daten.

Und so sieht die Realität an Berliner Kliniken aus:

Auf 85.000 Überstunden pro Monat beziffert die Ärzteinitiative der Charité die Arbeitszeitleistung der Charité-Ärzte. Den Angaben liegt eine Befragung zugrunde, bei der die Mediziner freiwillig einen Monat lang ihre Arbeitszeiten aufschrieben.

Dokumentiert wurden im vergangenen Jahr an der Charité nach Angaben der Personalabteilung insgesamt 190.000 Überstunden, von denen 96.000 mit Freizeitausgleich abgegolten und 94.000 finanziell entgolten wurden. Personalchefin Jutta Geringhoff-Seckler räumt ein, „dass es eine Diskrepanz gibt zwischen den erfassten und den geleisteten Überstunden“. Deshalb wolle man zum Jahreswechsel 2006/2007 die elektronische Zeiterfassung einführen.

Selbst DKG-Präsident Dr. Rudolf Kösters weist darauf hin, dass Verstöße gegen das Arbeitszeitgesetz straf- und bußgeldbewährt sind. „So genannte Mammutschichten in Krankenhäusern sind ein Klischee aus der Vergangenheit“, betont er. Die Kliniken in Deutschland hätten „bei den Maßnahmen der Arbeitszeitorganisation erhebliche Verbesserungen erzielt“. Ein Drittel der Krankenhäuser hätten bis zur Jahresmitte 2005 neue Arbeitszeitmodell eingeführt. Verstöße gegen das Arbeitszeitgesetz seien Einzelfälle. Die Ärztekammer Berlin betont, dass es sich dabei keineswegs um Einzelfälle handelt. Dies zeigen folgende Zahlen:

In Berlin hat das Landesamt für Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz und technische Sicherheit Berlin (LaGeSi) im Jahr 2003 eine Schwerpunktaktion zur „Arbeitszeit in Krankenhäusern“ durchgeführt. Dabei wurden in 38 Abteilun-

gen von 20 Berliner Krankenhäusern die Arbeitszeiten von 782 Ärzten einen Monat lang überprüft. Dabei stellte das LaGetSi folgende Mängel fest:

- 4210 Verstöße gegen die Dokumentationspflicht bei Arbeitszeiten von mehr als acht Stunden pro Tag
- 407 Arbeitszeiten von mehr als zehn Stunden pro Tag
- 55 Verstöße gegen die Pausenregelungen
- 45 Verstöße gegen den Umfang der werktäglichen Bereitschaftsdienste
- 22 Verstöße gegen den Umfang der Rufbereitschaften

Davon wurden 19 Verstöße geahndet. Wo die Krankenhäuser die bemängelte Praxis bereits abgestellt hatten, erfolgte keine Ahndung.

Fazit:

Die DKG bedient sich der DIW-Zahlen, deren Aussagekraft ohnehin sehr begrenzt ist, in fahrlässiger Weise. Fakt ist: Fast ein Viertel aller jungen Mediziner an Unikliniken arbeitet regelmäßig über 60 Stunden in der Woche. 3,6 Prozent aller jungen Ärzte arbeiten gar permanent über 80 Wochenstunden. „In der Praxis liegen diese Quoten noch wesentlich höher. Besonders junge Ärzte werden von ihren Vorgesetzten oft so unter Druck gesetzt, dass sie oft nur einen Teil ihrer Überstunden dokumentieren“, be-

Historische Chance vertan

Die DKG beruft sich in ihren Kampagnen gegen die deutsche Ärzteschaft auf eine höchst fragwürdige Datenbasis. Diese Daten werden zudem dann auch noch ausschnittsweise betrachtet und fehlinterpretiert. Besonders fatal ist aber, dass sich die DKG auf die reine Papierlage bezieht und die Realität in deutschen Krankenhäusern völlig ausblendet. Anstatt bestehende Probleme anzuerkennen und offensiv anzugehen, werden sie geleugnet und verdrängt. Die DKG vergibt die historische Chance auf eine umfassende und tragfähige Personalreform in deutschen Krankenhäusern. Ziel einer Klinikreform muss es sein, Prioritäten zu setzen sowie die Leistungsfähigkeit und die Leistungsträger (Ärzte und Pflegepersonal) zu stärken. Die Ärztekammer Berlin bietet für solch einen dringend notwendigen Reformprozess ihre Mitarbeit an – zum Wohle der Ärzteschaft und der Patienten.

Dr. med. Günther Jonitz
Präsident der Ärztekammer Berlin

tont Kammerpräsident Jonitz. DKG-Präsident Kösters hingegen verweist auf die erheblichen Verbesserungen der Arbeitszeitorganisation an deutschen Kliniken in jüngster Zeit. Die Ärztekammer Berlin

fordert die DKG deshalb auf, konkrete Beispiele dafür zu nennen. Die Delegiertenversammlung der Kammer hat zudem in ihrer Sitzung am 5. April beschlossen, den Berliner Senat aufzufordern, die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes durch das LaGetSi erneut prüfen zu lassen (lesen Sie dazu den Bericht von der Delegiertenversammlung auf Seite 23).

2. Einkommen von Klinikärzten

Das behauptet die DKG:

Die DKG nennt ein monatliches Nettoeinkommen von 1.978 Euro für Klinikärzte unter 35 Jahren und 3.093 Euro für alle Klinikärzte. Im Vergleich dazu würden sonstige Akademiker unter 35 Jahren im öffentlichen Dienst lediglich 1.678 Euro verdienen, alle anderen Akademiker des öffentlichen Dienstes 2.552 Euro. Die Einkommen der Klinikärzte würden sowohl absolut als auch pro Stunde deutlich über dem Niveau der anderen Akademiker im öffentlichen Dienst liegen.

Das steht wirklich im DIW-Wochenbericht:

Was die DKG verschweigt: Die vom DIW genannten Nettoeinkommen der Ärzte sind rückläufig! Die DKG nennt die Zahlen, die das DIW auf Basis des Mikrozensus für 2003 angibt. Für 2002 hat das DIW ein monatliches Durchschnittsnetto-

einkommen von 2.009 Euro für Jungärzte unter 35 Jahren und von 3.143 Euro für alle Ärzte im öffentlichen Dienst angegeben. 1993 lag das Nettoeinkommen junger Ärzte laut DIW noch bei 2.170 Euro. Der DIW-Wochenbericht 34/2005 wörtlich: „Damit stellen sich die Ärzte dieser Altersgruppe in der Einkommensentwicklung deutlich schlechter als andere im öffentlichen Dienst beschäftigte Akademiker dieses Alters“.

Der Bericht weiter: „Berücksichtigt man allerdings die längere durchschnittliche Arbeitszeit von Ärzten, so stellt sich anhand des daraus resultierenden Stundenlohns heraus, dass junge Ärzte mit netto 10,80 Euro pro Stunde heute weniger verdienen als Grundschullehrer (11,90 Euro).“

Und so sieht die Realität an Berliner Kliniken aus:

„Junge Assistenzärzte verdienen ihr Gehalt im Prinzip mit Bereitschaftsdiensten“, sagt ein Vivantes-Betriebsratsmitglied. Nach Angaben eines anderen Vivantes-Betriebsratsmitglieds beginnen die Nettogehälter der Assistenzärzte bei rund 1.500 Euro.

Die durchschnittlichen Personalkosten je Arzt gibt der Vivantes-Betriebsrat mit 80.000 Euro pro Jahr an. Darin sind neben dem Bruttoverdienst und den Zulagen und Zuschlägen, die der BAT vorsieht, aber auch die Arbeitgeberanteile zur Sozialversicherung und Umlagen enthalten. Die Unternehmensleitung von Vivantes beziffert das Durchschnittsbrutto eines Weiterbildungsarztes auf 4.370 Euro. Oberärzte bei Vivantes verdienen den Angaben zufolge durchschnittlich 6.140 Euro brutto im Monat und Chefärzte im Durchschnitt 9.220 Euro. Alle Bruttobeträge enthalten jeweils bereits die Entgelt-Anteile für Bereitschaftsdienste, Rufbereitschaften und weitere Sonderdienste, beziehen sich mithin also auf Arbeitszeiten, die nicht genau angegeben werden können.

An der Charité verdient ein durchschnittlicher Assistenzarzt nach Angaben der Personalabteilung 4.000 Euro brutto, ein Oberarzt kommt im Durchschnitt auf 6.250 Euro brutto nach den BAT-Tabellen des Jahres 2002. Hinzu kämen noch zirka 18 Prozent für Bereitschaftsdienste, Überstunden und sonstige Dienste.

Geprüfte Angaben zum Einkommen von Ärzten in der Hauptstadt stehen der Berliner Ärzteversorgung zur Verfügung. Um die Rentenbeitragshöhe ihrer Mitglieder festzulegen, fordert sie von jedem in Berlin berufstätigen Arzt den Steuerbescheid an, wenn er weniger als den einfachen Beitrag zahlen will. Der einfache Beitrag orientiert sich stets an der gültigen Beitragsbemessungsgrenze zur Rentenversicherung. Im Jahr 2004 lag dieser im Osten bei 4.350 Euro im Westen bei 5.100 Euro monatlich.

Die deutliche Mehrheit der Ärzte in Berlin hat in den vergangenen Jahren weniger verdient als zuvor. Das Versorgungswerk zählte allein 53,4% seiner nichtselbstständigen Pflichtmitglieder (das sind in Berlin angestellte Ärzte) in der Einkommensgruppe von 2.175 bis 4.350 Euro brutto (Ost) beziehungsweise 2.550 bis 5.100 Euro (West). Weitere 28,1% der angestellten Ärzte in Berlin verdienten sogar weniger als 2.175 (Ost) bzw. 2.550 Euro (West). Lediglich 18,5% der angestellten Ärzte hatten Einkommen von mindestens 4.350 (Ost) bzw. 5.100 Euro brutto monatlich.

Gesamt 2004	über 4.350 / 5.100 € (Ost/West)	2.175 – 4.350 / 2.550 – 5.100 €	unter 2.175 / 2.550 €
9.270 angest. Ärzte	1.711	4.955	2.604
100%	18,5%	53,4%	28,1%

Gesamt 1999	über 3.681 / 4.339 €	1.840,50 – 3.681 / 2.169,50 – 4.339 €	unter 1.840,50 / 2.169,50 €
8.928 angest. Ärzte	1.942	4.565	2.421
100%	21,8%	51,1%	27,1%

Zudem stieg der Anteil der Ärzte mit einem Bruttoeinkommen vor Steuern und Sozialversicherung unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze im Fünfjahreszeitraum seit 1999. Das geht aus unten stehenden Tabellen hervor.

Fazit:

Fakt ist: Die ärztlichen Einkommen sinken. In Berlin verdient knapp ein Drittel aller angestellten Ärzte unter 2.175 € / 2.550 € brutto (Ost/West). Tendenz fallend. Wie Hohn mutet es in diesem Zusammenhang an, wenn DKG-Präsident Kösters darauf verweist, dass mit der Abschaffung der Arzt-im-Praktikum-Phase (AiP) die Einstiegsgehälter um 170 Prozent gestiegen seien. Junge Mediziner würden dadurch gegenüber anderen Hochschulabsolventen mit Staatsexamen (Jura, Lehramt) deutlich bevorzugt. „Herr Dr. Kösters unterschlägt dabei die Existenz der Praktikumsphase ‚Praktisches Jahr‘. Dort leistet der Akademiker im Krankenhaus seine Praxisphase vollzeitig und unbezahlt ab - im Gegensatz zu Juristen und Lehrern“, betont Kammerpräsident Jonitz. Die Ärztekammer Berlin fordert deshalb die DKG auf, die angehenden Ärztinnen und Ärzte im Praktischen Jahr zu bezahlen, um die von der DKG propagierte Gleichbehandlung sicherzustellen.

Die vollständige Untersuchung finden Sie unter www.aerztekammer-berlin.de, Presse/Aktuelles, Pressemitteilungen.

Delegierte fordern Senat zur Arbeitszeitüberprüfung auf

Bericht von der Delegiertenversammlung am 5. April 2006

Die Delegiertenversammlung hatte sich auf ihrer Sitzung am 5. April mit einer knappen Tagesordnung zu befassen. Im Mittelpunkt standen die Vorbereitungen für den 109. Deutschen Ärztetag in Magdeburg, die Vorstellung des Wahlausschuss für die Kammerwahl im Herbst sowie die vorläufigen Ergebnisse einer Umfrage bei den Betriebs- und Personalräten der Berliner InEK-Krankenhäuser.

Von Sascha Rudat

Dietrich Bodenstein, Vorstandsmitglied der Ärztekammer Berlin, stellen den Delegierten den Programmpunkt des kommenden Deutschen Ärztetages „Behandlung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen: Gegen Stigmatisierung – Für Stärkung der ärztlichen Psychotherapie“ vor. Dabei geht es zum einen um die aktive Bekämpfung der Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, zum anderen um die Stärkung und Förderung der psychiatrisch-psychosomatischen-psychotherapeutischen Kompetenz im ärztlichen Handeln, wie Bodenstein ausführte. Seinen Angaben zufolge gibt es bereits eine angehobene psychosomatisch-psychotherapeutische Kompetenzvermittlung im Rahmen der neuen Weiterbildungsordnung:

- Psychosomatische Grundkompetenz in den patientenorientierte Fächern
- Psychosomatische Grundversorgung
 - verankert in den Weiterbildungen Frauenheilkunde und Allgemeinmedizin
 - verankert in den Richtlinien für Psychotherapie
- Fachgebundene Psychotherapie
- Zusatzbezeichnung Psychotherapie (alt)
- Zusatzbezeichnung Psychoanalyse
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Fachärzte für Psychosomatische Medizin

Kammerwahl erläutert

Im Anschluss stellte der Wahlkoordinator, Christoph Röhrig, den Ablauf der diesjährigen Kammerwahl vor. Wie Röhrig erläuterte, werden die Wählerlisten vom 21. Juli bis zum 4. August ausgelegt. Am 18. August endet die Frist zur Einreichung der Wahlvorschläge. Daneben stellte Röhrig die vom Vorstand berufenen Mitglieder des Wahlausschusses vor. Die Wahlordnung sowie weitere Informationen zur Kammerwahl finden Sie in diesem Heft.

Wenig Rücklauf

Anschließend ging Kammerpräsident Günther Jonitz (Marburger Bund) erneut auf die Ergebnisse einer Umfrage der Kammer unter den Berliner InEK-Krankenhäusern. Die 13 Krankenhäuser, die als Referenz-Kliniken für die DRG-Berechnungen des Institutes für Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) dienen, waren im vergangenen Herbst von der Kammer angeschrieben worden. Da sich die Antworten im Widerspruch zu Informationen aus den Personal- und Betriebsräten befanden, hatten die Delegierten in ihrer Versammlung am 15. Februar beschlossen, diesen auch den Fragebogen zu schicken. Wie Wolfgang Albers (Fraktion Gesundheit) berichtete, hatten bislang lediglich 3 von 13 Personal- und Betriebsräten geantwortet. „Wir sind offenbar in ein Wespennest gestoßen“, sagte er, denn die Ergebnisse wichen erheblich von den Angaben der Klinikleitungen ab. Die Delegierten stimmten

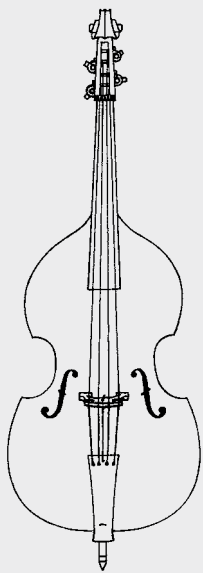


daraufhin einstimmig einer Ad-hoc-Eingabe von Kammerpräsident Jonitz zu, den Berliner Senat aufzufordern, erneut eine Schwerpunktaktion zur Überprüfung des Arbeitszeitgesetzes an Berliner Krankenhäusern durchzuführen. Die Delegierten diskutierten anschließend darüber, ob es Möglichkeiten gibt, Kliniken, die gegen das Arbeitszeitgesetz verstoßen, die Befugnis als Weiterbildungsstätte zu entziehen. Der Kammerpräsident wies den Gemeinsamen Weiterbildungsausschuss an, dies zu prüfen.

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

chiert werden. Hier sind auch nähere Informationen zu Unterthemen und Referenten sowie die Fortbildungspunktzahl und Kontaktdaten hinterlegt. Eine Recherche nach Terminen, Fachbereichen oder freien Suchbegriffen ermöglicht sowohl einen umfassenden Überblick über sämtliche Fortbildungsveranstaltungen als auch eine an den individuellen Interessenschwerpunkten orientierte Veranstaltungsauswahl weit im Voraus.

Interdisziplinärer Fortbildungstag 2006 der Ärztekammer Berlin

Übersicht Fortbildungsveranstaltungen, Samstag, 13. Mai 2006				
	9.00/10.00 Uhr	12.00 Uhr	14.00 Uhr	16.00 Uhr
Konferenzsaal (EG)	10.00 – 11.30 Uhr Info-Veranstaltung: Wie werde ich Facharzt? kostenfrei	12.00 – 13.30 Uhr Info-Veranstaltung: Ärztegesundheit / Burn-out / Work-Life-Balance 2 Fortbildungspunkte kostenfrei	14.00 – 15.30 Uhr Info-Veranstaltung: Wie werde ich Facharzt? kostenfrei	16.00 – 17.30 Uhr Barocke Programm-Musik auf historischen Instrumenten kostenfrei
Seminarraum 6 (1. OG)	10.00 – 11.30 Uhr Kurs mit Diskussion: Einführung Risikomanagement 20 €, 3 Fortbildungspunkte Anmeldung erforderlich	12.00 – 13.30 Uhr Kurs mit Diskussion: Einführung Risikomanagement 20 €, 3 Fortbildungspunkte Anmeldung erforderlich	14.00 – 15.30 Uhr Kurs: Qualitätsmanagement: Einführung und praktische Beispiele 20 €, 3 Fortbildungspunkte Anmeldung erforderlich	
Seminarraum 7 (1. OG)	10.00 – 11.50 Uhr Kurs: Thoraxröntgenbild für Neugierige 20 €, 3 Fortbildungspunkte Anmeldung erforderlich	12.00 – 13.50 Uhr Kurs: Thoraxröntgenbild für Neugierige 20 €, 3 Fortbildungspunkte Anmeldung erforderlich	14.00 – 15.50 Uhr Kurs: Thoraxröntgenbild für Neugierige 20 €, 3 Fortbildungspunkte Anmeldung erforderlich	
Seminarraum 8 (1. OG)	10.00 – 11.30 Uhr Kurs: Kompetente ärztliche Leichenschau 20 €, 3 Fortbildungspunkte Anmeldung erforderlich	12.00 – 13.30 Uhr Kurs: Kompetente ärztliche Leichenschau 20 €, 3 Fortbildungspunkte Anmeldung erforderlich	14.00 – 15.30 Uhr Kurs: Kompetente ärztliche Leichenschau 20 €, 3 Fortbildungspunkte Anmeldung erforderlich	
Seminarraum 9 (1. OG)	9.00 – 13.30 Uhr Kurs: Patienten-Arzt-Gespräch 40 € 7 Fortbildungspunkte Anmeldung erforderlich		14.00 – 15.30 Uhr Moderierte Gesprächsrunde: Erhalt der Work-Life-Balance im ärztlichen Beruf kostenfrei, 3 Fortbildungspunkte, Anmelde. erforderl.	
Seminarraum 1 – 3 (EG)		12.00 – 15.30 Uhr Beratung zur Weiterbildung kostenfrei		
Seminarraum 4 (EG)		12.00 – 13.30 Uhr Sprechstunde des Ombudsmannes der Weiterbildung kostenfrei		

Die Ärztekammer Berlin veranstaltet am **Samstag, den 13. Mai 2006** den 1. Interdisziplinären Fortbildungstag. Ziel dieses Fortbildungstages ist es, aktuelle interdisziplinäre Fragestellungen in Vorträgen und interaktiven Arbeitsformen vorzustellen und zu diskutieren. Weiter bietet der Interdisziplinäre Fortbildungstag eine Informationsveranstaltung sowie individuelle Beratungsmöglichkeiten für in Weiterbildung befindliche Ärztinnen und Ärzte. Ausgewählte Kurse werden (bei inhaltlich gleich bleibendem Zuschnitt) zudem am selben Tag wiederholt. Die Einbettung aller Themen in eine Ganztagesveranstaltung lädt darüber hinaus zu Begegnungen und kollegialem Austausch ein. Einen orientierenden Programmüberblick bietet die nebenstehende Tabelle.

Bitte beachten Sie, dass die Teilnehmerzahl der kostenpflichtigen Kurse (s. Tabelle) auf jeweils 20 Personen begrenzt ist; daher ist ein Anmeldeverfahren notwendig.

Bitte fordern Sie das betreffende Anmeldeformular für den/die von Ihnen bevorzugten Kurs/Kurse unter der E-Mail-Adresse fortbildungstag2006@aekb.de an. Eine Anmeldung für die kostenfreien Veranstaltungen ist nicht erforderlich.

Termine	Thema/ Referenten	Veranstaltungsort	Information/ Gebühr	Fortbildungspunkte
■ Semesterbegleitende Veranstaltungsreihe; jeweils donnerstags 20.00 – 21.30 Uhr	Fachspezifische Fortbildung Innere Medizin: Rheumatologie und andere Erkrankungen des Bewegungsapparates 04.05.: Arthrosenographie; Lyme-Borreliose 11.05.: Rheumatoide Arthritis: Pathogenese; Kollagenosen – Klinik und Therapie 18.05.: Osteoporose: Moderne diagnostische Methoden; Aktuelle Therapie 01.06.: Neue bildgebende Verfahren in der Rheumatologie; Spondylitis ankylosans und reaktive Arthritis 08.06.: Vaskulitiden – Klinik und Diagnostik; Rheumatoide Arthritis: Klinik und Diagnostik	Ärztchammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	E-Mail fobi-zert@aekb.de keine Teilnehmergebühr, Anmeldung nicht erforderlich	3 P pro Veranstaltungstermin
■ 02.05.2006, Beginn der semesterbegleitenden Veranstaltungsreihe, 14-tägig dienstags 20.00 – 21.30 Uhr	Interdisziplinäre Fortbildungsreihe 02.05.: Leitsymptom Husten 16.05.: Tinnitus 30.05.: Erschöpfungszustände	Ärztchammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	E-Mail fobi-zert@aekb.de keine Teilnehmergebühr, Anmeldung nicht erforderlich	3 P pro Veranstaltungstermin
■ 08.05.2006	Arbeitsmedizinische Vorsorge bei Hautbelastung Zur Prävention berufsbedingter Hauterkrankungen (unter Berücksichtigung der Gefahrstoff-Verordnung und des G24)	Ärztchammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Tel. 40806-1301, -1302, -1303, E-Mail aag@aekb.de Gebühr: 160 €	10 P
■ 31.05.2006 19.00 – 21.45 Uhr	Qualitätssicherung in der konventionellen und digitalen Mammographie	Ärztchammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Tel. 40806-1301, -1302, -1303, E-Mail aag@aekb.de Gebühr: 50 € für 2 Personen, zzgl. 20 € für jede weitere Person	4 P
■ 09.06.2006 9.00 – 16.45 Uhr	Unterweisungskurs im Strahlenschutz Unterweisung für Ärzte über den Strahlenschutz bei der Diagnostik mit Röntgenstrahlen	Ärztchammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Tel. 40806-1301, -1302, -1303, E-Mail aag@aekb.de Gebühr: 50 €	8 P
■ 12. – 14.06.2006	Grundkurs im Strahlenschutz Strahlenschutz gemäß Röntgen- und Strahlenschutzverordnung	Ärztchammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Tel. 40806-1301, -1302, -1303, E-Mail aag@aekb.de Gebühr: 230 €	21 P
■ 14. – 16.06.2006	Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Diagnostik mit Röntgenstrahlen	Ärztchammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel. 40806-1301, -1302, -1303, E-Mail aag@aekb.de Gebühr: 230 €	21 P
■ 17.06.2006 9.00 – 18.00 Uhr	Impfungen in der Praxis	Ärztchammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: r.raimbault@aekb.de, begrenzte Teilnehmerzahl, Gebühr: 100 €	9 P
■ 3 Präsenz-Phasen: 28.08. – 02.09.2006 16.10. – 21.10.2006 27.11. – 01.12.2006	Zusatzweiterbildung „Qualitätssicherung/ Ärztliches Qualitätsmanagement“	Ärztchammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: E-Mail fobi-zert@aekb.de	50 P pro Modul
■ A1: 04.09. – 13.09. A2: 13.09. – 22.09. (weitere Kursteile: B1: ab 06.11.2006, B2: ab 15.11.2006, C1: ab 08.01.2007, C2: ab 17.01.2007)	Arbeitsmedizin: Weiterbildungskurs Theoretischer Lehrgang im Rahmen der Weiterbildung zum Arzt für Arbeitsmedizin	Ärztchammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Tel. 40806-1301, -1302, -1303, E-Mail aag@aekb.de Gebühr: 440 € pro Kurs (Kurs A1 und A2 zusammen: 880 €)	60 P

Hilfe zur Selbsthilfe im Norden Namibias

Auf dem Gelände einer ehemaligen Farm in Namibia versucht die Ombili-Stiftung den vom Aussterben bedrohten Khoi-San (Buschleuten) das Leben in unserer Welt zu ermöglichen. Ziel ist es, die jahrhundertealten Traditionen dieser afrikanischen Ureinwohner in einer veränderten Umwelt zu bewahren. Unterstützt wird das Projekt in hygienischen und medizinischen Belangen vom „Freundeskreis Gesundheit für Ombili Berlin- Brandenburg e.V.“.

Von Frauke von Versen

„Man muss etwas, und sei es noch so wenig, für diejenigen tun, die unsere Hilfe brauchen, aber nicht um Lohn dafür zu empfangen, sondern aus Freude, es tun zu dürfen“

Albert Schweitzer

Im September 2000 durchquerten wir, das heißt zwei befreundete Ehepaare und ein enger Freund mit zwei Jeeps Namibia im südwestlichen Afrika. Es ist kaum möglich, dieses eindrucksvolle Land zu beschreiben mit seinen endlosen Weiten, spektakulären Landschaften, seiner wechselvollen Geschichte und vor allem seinen interessanten freundlichen Menschen unterschiedlichster Abstammung und Hautfarbe. Den tiefsten Eindruck hat jedoch der Besuch der Ombili-Stiftung bei uns allen hinterlassen. Die Ombili-Stiftung versucht mit großem Engagement, im Norden Namibias auf dem Gelände einer ehemaligen Farm einer Gruppe von Khoi-San (Buschleuten) das Leben in unserer Welt zu ermöglichen.

Die San sind die ältesten bekannten Ureinwohner des südlichen Afrika, deren Lebensweise sich über Jahrhunderte kaum verändert hat und deren Existenz als Volksstamm vom Aussterben bedroht ist. Diese Jäger und Sammler der Kalahari können in unserem Jahrtausend in ihrer traditionellen Daseinsform nicht überleben. Durch die Siedlungsstrukturen mit der Aufteilung und Einzäunung zu Farmland sind die Lebensräume der San zum Jagen und Sammeln von Wurzeln, Pflanzen und Nüssen nicht mehr existent. Es ist schwer, ein Volk, das völlig andere Lebensformen im Vergleich zu unseren Traditionen seit Jahrhunderten durchlebte, einen sanften Übergang in die Neuzeit zu ermöglichen. Auch das enorme Wissen dieser Menschen um die Zusammenhänge in der Natur würde mit ihrem Aussterben verschwinden.

Die San lebten in Gruppen von etwa 30 Personen, zogen mit ihrem Hab und Gut, das meist nur etwa 10 Kilogramm schwer war, durch die Weiten der Kalahari. Alles, was sie an Wild erlegten und an Früch-

ten sammelten, wurde in der Sippe geteilt. Wir wurden sehr nachdenklich, als wir Einblicke in die Lebensphilosophie der San bekamen. Für unseren Kulturkreis überraschend, existierten in der Sprache der San die Worte „bitte“ und „danke“ nicht, weil das gegenseitige Helfen und Unterstützen als Selbstverständlichkeiten gelten und dafür keine Worte nötig sind. Die Lebenshaltung der San besteht in der Reduzierung des Lebens auf das Wesentliche. Reichtum liegt nicht im Besitz sondern im Zusammenhalt der Sippe, im Teilen mit Gleichgesinnten.

Ombili, der Name bedeutet Frieden, begann seine Arbeit 1989 circa 200 km nördlich vom jetzigen Standort der Farm Hedwigslust. Diese Farm wurde 1990 vom damaligen Besitzer Klaus Mais-Riche dem Ombili-Projekt zur Verfügung gestellt. Es gab 300 San ein neues Zuhause. Der Garten wurde gerodet, Grasshütten für die San errichtet, Ziegelsteine selbst hergestellt, eine Schule, Lehrerhäuser und ein Gemeinschaftszentrum errichtet. 1993 wurde mit dem ersten Schulunterricht begonnen und 1994 ein Kindergarten eröffnet. Der Unterricht gestaltet sich schwierig, weil es kaum ausgebildete Lehrer gibt, die die San-Sprachen sprechen.

10.000 Hektar Farmland stehen inzwischen der Gemeinschaft von Ombili für den Anbau von Hirse, Bohnen, Sammeln von Beeren, und Früchten und für die Rinderzucht zur Verfügung.

2004 entstanden erste Lehmhäuser und im Januar 2005 wurde ein Schülerheim für die Kinder entfernt lebender Sippen eröffnet.

Für die medizinische Betreuung ist eine kleine Krankenstation entstanden, die von aus Deutschland zu Ombili gekommenen Krankenschwestern betrieben wurde. Einmal im Monat kommt die Buschambulanz, das ist eine Krankenschwester der staatlichen Gesundheitsfürsorge, die zum Beispiel Impfungen vornimmt. Der nächste Arzt befindet sich im rund 100 Kilometer entfernten Tsumeb. Die Frauen bringen ihre Kinder mit Hilfe ihrer Stammeschwestern zur Welt. Große Probleme bereiten Durchfall-

ANZEIGE

erkrankungen, Verletzungen, Malaria und Hauterkrankungen. Die Lebenserwartung der San lag in der Vergangenheit bei nur 45 Jahren.

Beeindruckt von der Lebensphilosophie der San und vom großen Engagement der Mitarbeiter der Ombili-Stiftung entschlossen wir fünf Besucher noch vor Ort, unser Mögliches zu tun, die Gemeinschaft von Ombili im medizinischen und hygienischen Bereich zu unterstützen. Im November 2000 gründeten wir den „Freundeskreis Gesundheit für Ombili Berlin-Brandenburg e.V.“, der inzwischen 30 Mitglieder hat. Wir unterstützen seitdem in Absprache mit den Mitarbeitern der Stiftung konkrete Arbeitsbereiche und Projekte.

Durch unsere beiden jährlich im Sommer und Winter stattfindenden „Afrikanischen Sommernächte“ und Benefiz-Konzerte „Winter in Afrika“ konnten wir unter anderem erreichen, dass inzwischen jeder San eine eigene Decke besitzt, die Kinder im kalten afrikanischen Winter Schuhe haben, Malariaerkrankungen behandelt werden konnten, Moskitonetze und Gazefenster für das Schülerheim angeschafft wurden und einiges mehr. Zweimal war es mit Unterstützung der Bundesluftwaffe möglich, gespendete Hilfsgüter wie Krankenhaustextilien, Handtücher, Bälle für die Kinder und andere Sachen nach Namibia zu senden.

Eine weitere Möglichkeit den San zu helfen, erreichen wir durch den Verkauf

ihres Kunsthandwerkes – aus Tambotiholz geschnitzte Tiere, geflochtene Körbe, Ketten aus Straußeneierschalen, Holzperlen, Makalaninüssen, Mobiles für Kinder u.a. Im September 2004 bei unserem zweiten Besuch in Namibia konnten wir uns von den großen Fortschritten bei Ombili überzeugen. So helfen inzwischen einige San auf der Krankenstation mit und der große eindrucksvolle Obst und Gemüsegarten garantiert die Eigenversorgung mit diesen Lebensmitteln.

Aber Ombili ist ohne Hilfe von außen noch nicht lebensfähig. Neben der Unterstützung in medizinischen und hygienischen Belangen durch unseren Freundeskreis wird die Gemeinschaft seit Jahren unter anderem vom Lionsclub Mosbach und dem Ombili-Freundeskreis Norderheide sehr engagiert in den anderen Lebensbereichen unterstützt.

Viele für uns einfache alltägliche Dinge sind nach wie vor für die San von Ombili im Bereich von Wunschträumen. Dazu zählen zum Beispiel Schränke, Regale und Tische. Da es mittlerweile fast immer Strom gibt, wäre auch ein Computer für die inzwischen beträchtlichen Verwaltungbelange sinnvoll. Die sehr einfach eingerichtete Krankenstation benötigt Verbandstoffe, Nahtmaterial, Desinfektionsmittel, Instrumentarium für kleine chirurgische Eingriffe, ein Mikroskop, Material für ein einfaches Labor, eine Untersuchungsfläche, eine Lupe, Lampen und vieles mehr.



Unser Freundeskreis würde sich sehr freuen, wenn durch diese Information über die Ombili-Stiftung sich weitere Unterstützer finden ließen. Über jeden Kontakt wären wir sehr dankbar. „Es ist viel besser ein Licht anzuzünden, als die Dunkelheit dieser Welt zu beklagen“ schrieb ein Besucher der Ombili-Stiftung.

Verfasser:

Dr. med. Frauke von Versen
Fachärztin für Gynäkologie
Vorsitzende des Freundeskreises Gesundheit für Ombili Berlin Brandenburg e.V.

Kontaktadresse: Freundeskreis
„Gesundheit für Ombili Berlin
Brandenburg e.V.“
An der Wildbahn 41, 16352 Basdorf
Tel.: 033397/70017
e-mail: von.versen@t-online.de

ANZEIGE

Tabakabhängigkeit aus psychiatrisch-suchtmedizinischer Sicht

Die schweren medizinischen Folgen des Rauchens sind unbestritten. Politisch stehen das Thema Rauchen und seine Folgen seit einiger Zeit besonders in den USA und in Europa auf der Agenda. Die Folgekosten der Nikotinabhängigkeit für das Gesundheitswesen sind immens. BERLINER ÄRZTE möchte das Thema an dieser Stelle aus psychiatrisch-suchtmedizinischer Sicht beleuchten.

Von Iris Hauth und Ute Keller

Die Auseinandersetzung mit dem Thema Tabakmissbrauch und -abhängigkeiten findet seit einigen Jahren in der psychiatrisch-suchtmedizinischen Behandlung eine zunehmende Bedeutung. Dies ist auch dringend erforderlich, da es sich hier um die häufigste Suchterkrankung in unserer Bevölkerung handelt (mehr als 16 Millionen Raucher in Deutschland), die schon jetzt jährlich circa 110.000 Todesopfer durch Folgeschäden wie Krebs, Herzinfarkte, Schlaganfälle oder Lungenerkrankungen fordert. In Berlin liegt die Zahl der Raucher bei 34 %, das sind mehr als 1,1 Millionen Bürger und ist damit bundesdeutsche Spitze (die deutschlandweite Raucherquote liegt bei 31 %). Ferner findet sich eine deutliche soziale Polarisierung des Rauchverhaltens: je geringer die Schulbildung, desto höher der Raucheranteil. Es wird davon ausgegangen, dass bei Fortbestehen des aktuellen Konsums in nur wenigen Jahren die Folgen des Rauchens Todesursache Nr. 1 sein wird. Besorgniserregend ist das immer jünger werdende Einstiegsalter (derzeit rauchen ca. 23 % der 12- bis 17-Jährigen) und der Anstieg der rauchenden Mädchen und jungen Frauen. In der Altersgruppe der 18- bis 25-jährigen Frauen liegt die Raucherquote mittlerweile über der der Männer. Da nur circa 50 % aller Schwangeren in der Lage sind, das Rauchen aufzugeben und schwangere Raucherinnen im Durchschnitt 13 Zigaretten täglich konsumieren (was einer Schadstoffbelastung des Kindes von rund 3640 Zigaretten bis zur Geburt bedeutet), kommt der Beratung und den Angeboten zum Ausstieg hier eine enorme Bedeutung zu. Ein hilf-

ches Manual ist dabei der ‚Leitfaden für die Beratung Schwangerer zum Rauchverzicht‘ der BzGA (kostenlos erhältlich unter www.bzga.de Bestell-Nr.: 31520000).

Auch Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch, der Einnahme der Pille oder mit gynäkologischen Erkrankungen sollten dringend zum Aufhören ermutigt werden.

Generell erfordern primäre und sekundäre Präventionsmaßnahmen und Behandlungsstrategien ein multidisziplinär arbeitendes Netzwerk (enge Zusammenarbeit von Ärzten aller Fachrichtungen, Beratungsstellen, politischen Gremien, Schulen u.a.) mit Bestärkung des Nichtrauchens durch Förderung von persönlichen, familiären und schulischen bzw. beruflichen/ausbildungsbezogenen Ressourcen. Ein gutes Beispiel hierfür ist das auf drei Jahre angelegte Aktionsprogramm „Berlin qualmfrei“ der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, das, unter der Schirmherrschaft ihrer Senatorin Dr. Heidi Knake-Werner, in der Woche vom 15. bis 20. Mai 2006 mit über 70 Anbietern in der ganzen Stadt das Thema Nichtrauchen aufgreifen und Möglichkeiten zur Umsetzen zeigen wird (www.berlin.de/qualmfrei). Das Aktionsprogramm „Berlin qualmfrei“ wird auch von der Ärztekammer Berlin unterstützt. Voraussetzung für Prävention und Behandlung ist aber zunächst die Kenntnis über Motivation zum Einstieg und Aufrechterhaltung von Missbrauch und Abhängigkeit.

Die physiologische Abhängigkeit des Rauchens liegt in erster Linie im Nikotin, einer psychotropen Substanz, die die Frei-

setzung von Acetylcholin, Dopamin, Noradrenalin und Endorphinen stimuliert und unter anderem das dopaminerge Belohnungssystem beeinflusst. Nikotin wird zu 95 % über die Mundschleimhaut resorbiert und gelangt innerhalb von sieben Sekunden ins Gehirn. Erwünschte Wirkungen liegen in der verbesserten Kognition (erhöhte Aufmerksamkeit), dem „High-Gefühl“ während des Rauchens und der antidepressiven Wirkungen. Im Entzug kommt es nach regelmäßigem Konsum zu Reizbarkeit und Unruhe, Craving, Ängstlichkeit, Schlaf- und Konzentrationsstörungen und einem gesteigerten Appetit. Durch chronisches Rauchen werden jedoch Aufmerksamkeits- und Gedächtnisprozesse sowie zerebrale Aktivitäten, die für Motivation und Konditionierung verantwortlich sind, dauerhaft geschädigt. Zur psychischen Abhängigkeit tragen „die Macht der Gewohnheit“, Rituale beim Rauchen, geschmackliche Komponenten und situationsgebundene Wirkungen im Zusammenhang mit dem Tabakkonsums bei (Einstieg oft über Neugier, Identitätssuche, Erwachsensein wollen und Imitation von Vorbildern in Familie oder Freundeskreis). Daher spricht die ICD-10 unter F 17 von Störungen durch Tabak. Hier liegt der entscheidende Unterschied zu allen anderen psychotropen Substanzen: die Abhängigkeit kommt vom Nikotin, die Gesundheitsschädigung in erster Linie durch die zahlreichen Inhaltsstoffe des Tabaks, insbesondere aus den Teerprodukten. Vor einer Raucherentwöhnung muss daher eine umfangreiche Aufklärung über alle zu erwartenden Schwierigkeiten und möglichen Komplikationen erfolgen und die Motivation zur Abstinenz mit allen positiven Konsequenzen des Nichtrauchens (spürbar erhöhte Leistungsfähigkeit, Gefühl der Unabhängigkeit, finanzielle Einsparungen etc.) deutlich herausgearbeitet werden.

Zur Erfassung von Konsum und Schwere der Abhängigkeit hat sich für die Praxis neben den Kriterien der ICD-10 vor allem der Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit (FTND) als ein praktikabler Kurztest erwiesen:

- Wann nach dem Aufwachen rauchen Sie ihre erste Zigarette? (0-3 Punkte)



Foto: St. Joseph-Krankenhaus

hängigen Patienten 75,3 % Raucher. In der Gruppe der Patienten mit schizophrenen Störungen waren 63,5 % Raucher.

Die ausgeprägteste Nikotinabhängigkeit zeigen Drogenpatienten mit 5,8 Punkten im Fagerström-Test (FTND-Wert), gefolgt von den alkoholabhängigen und Patienten mit schizophrenen oder depressiven Störungen (4,7 – 4,9 Punkte).

Wege aus der Sucht – Methoden und Erfolgsaussichten

1991 wurde an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen im Rahmen eines Forschungsprojektes der Arbeitskreis Raucherentwöhnung (AKR) unter der Leitung von PD Dr. Anil Batra gegründet. Seitdem wurden viele Fragen und Probleme im Zusammenhang mit der Raucherentwöhnung, insbesondere Erfolgsaussichten bestehender Behandlungsverfahren und Erfolg versprechende Therapiekonzepte wissenschaftlich untersucht und deren Ergebnisse regelmäßig veröffentlicht.

Als zu empfehlende Raucherentwöhnungsbehandlungen haben sich

- Verhaltenstherapien, bevorzugt im Gruppensetting,
- Akupunktur und weitere Entspannungsverfahren,
- Nikotinsubstitution (Pflaster, Spray, Tabletten, Kaugummi) und
- Bupropion

erwiesen. Die Kombination von verhaltenstherapeutischem Setting incl. Entspannungsverfahren und Nikotinsubstitution wird dem Verständnis der Nikotinabhängigkeit mit psychischen und physischen Faktoren dabei am ehesten gerecht. Hier bleiben bis zu 35 % auch nach einem Jahr noch abstinent (der „Sontan-Entschluss“ führt lediglich bei 1-5 % aller Raucher zur längeren Abstinenz).

Das St. Joseph-Krankenhaus, Berlin-Weißensee, ein Zentrum für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik bietet zweimal jährlich eine dreimonatige Raucherentwöhnung an, im Frühjahr als offenes Angebot und im Herbst für Patienten mit einer zusätzlichen Suchterkrankung bzw. psychiatrischen Komorbidität. Die Entwöhnungsbehandlung umfasst die Teilnahme an dem zehnwöchigen kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierten Programm: „Rauchfrei in 10 Schritten“, das von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) entwickelt wurde und seit 1990 durch das Institut für Therapiefor- schung in München (IFT) betreut wird. Das Kursleiterzertifikat wird entsprechend den Leitlinien der Krankenkassen als Zusatzqualifikation für die Erbringung von Leistungen nach § 20 SGB V anerkannt. Während der Raucherentwöhnung gibt es zusätzlich die Möglichkeit der regelmäßigen ärztlichen Sprechstunde (ggf. mit Verordnung von Nikotinersatz) und Angebote der Ohr-Akupunktur und weiterer Entspannungsverfahren.

Literatur beim Verfasser

Anschrift der Verfasser:

Dr. med. Iris Hauth, Chefärztin
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Klinik für Suchtmedizin
Dr. med. Ute Keller, Oberärztin
Klinik für Suchtmedizin
St. Joseph-Krankenhaus
Berlin Weißensee
Gartenstr. 1, 13088 Berlin
Kontakt: u.keller@alexius.de

- Finden Sie es schwierig, an Orten, wo das Rauchen verboten ist, das Rauchen sein zu lassen? (0-1)
- Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten? (0-1)
- Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Allgemeinen pro Tag? (0-3)
- Rauchen Sie am frühen Morgen im Allgemeinen mehr als am Rest des Tages? (0-1)
- Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen? (0-1)

In der Allgemeinbevölkerung wird der FTND-Wert auf durchschnittlich 3,6 geschätzt. Im Vergleich dazu ist das Risiko, Raucher zu werden bei psychiatrischen Patienten noch um ein vielfaches höher. An der Psychiatrischen Universitätsklinik Tübingen wurden 368 Patienten mit schizophrenen, depressiven und substanzinduzierten Störungen (Alkohol, illegale Drogen) hinsichtlich ihres Rauchverhaltens untersucht. 56,3 % bezeichneten sich selbst als Raucher, 8,2 % als Exraucher und 35,5 % als Nichtraucher. Betrachtete man die Suchtpatienten getrennt, fand man hier bei den Drogenpatienten 90,5 % und bei den alkoholab-

A
N
Z
E
I
G
E

Wahl zur Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin

Der Vorstand der Ärztekammer Berlin hat für die in diesem Jahr stattfindenden Wahlen zur 12. Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin gemäß § 7 der Wahlordnung folgende Kollegen als Mitglieder des Wahlausschusses berufen:

Als Wahlleiter:

Herrn Dr. med. Hans-Jürgen Karstädt

Als Beisitzer:

Herrn Dr. med. Trutz-Hagen Legarth

Herrn Dr. med. Manfred Dücker

Als Stellvertreter:

Herrn Dr. med. Sigurd Peters

Herrn Dr. med. Cornelius Schwarz

Herrn Norbert Hardinghaus

Im Folgenden gibt der Vorstand der Ärztekammer Berlin gemäß § 8 Abs. 2 der Wahlordnung den Wortlaut der Wahlordnung bekannt:

Ordnung für die Wahl zur Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin

vom 26. Januar 1994, zuletzt geändert durch den
2. Nachtrag vom 22. Oktober 2003
(ABl. für Berlin 2004, S. 1450)

I. Allgemeine Bestimmungen

§ 1

Wahlmodus

Die Delegierten der Ärztekammer Berlin werden von den Kammerangehörigen gemäß § 7 Abs. 1 des Berliner Kammergesetzes in allgemeiner, unmittelbarer, freier, gleicher und geheimer Wahl nach den Grundsätzen der Verhältniswahl gewählt. Dabei hat jeder Wahlberechtigte eine Stimme, mit der er einen Wahlvorschlag wählen kann (Hauptstimme). Er kann innerhalb des von ihm gewählten Wahlvorschlages bis zu zwei Wahlbewerbern je eine Stimme geben (persönliche Vorzugsstimmen).

§ 2

Zahl der Delegierten

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin besteht gemäß § 7 Abs. 1 des Berliner Kammergesetzes aus 45 gewählten Mitgliedern.

§ 3

Briefwahl, Wahlkreis

- (1) Die Wahl erfolgt durch Briefwahl. Es dürfen nur die von dem Wahlausschuss ausgegebenen Wahlunterlagen verwendet werden.

- (2) Die Wahlbriefe müssen spätestens bis zum Ablauf des Wahlzeitraums in der Geschäftsstelle der Ärztekammer Berlin, die von dem Wahlausschuss bekannt zu geben ist, eingegangen sein.
- (3) Das Land Berlin bildet einen Wahlkreis.

§ 4

Wahlrecht

- (1) Wahlberechtigt sind die Kammerangehörigen, soweit nicht § 8 Abs. 2 des Berliner Kammergesetzes entgegensteht.
- (2) Ein Wahlberechtigter kann von seinem Wahlrecht nur Gebrauch machen, wenn er in die Wählerliste eingetragen ist (wahlberechtigt im Sinne der Wahlordnung).

§ 5

Wählbarkeit

Wählbar als Delegierte sind nach § 9 des Berliner Kammergesetzes die wahlberechtigten Kammerangehörigen. Nicht wählbar ist, wer nach § 9 Abs. 2 des Berliner Kammergesetzes von der Wählbarkeit ausgeschlossen ist.

II. Aufgaben des Vorstandes

§ 6

Festlegung des Wahlzeitraums

- (1) Rechtzeitig vor Ablauf der Amtsperiode der Delegiertenversammlung legt der Vorstand der Ärztekammer Berlin den Wahlzeitraum fest. Der Wahlzeitraum beträgt mindestens sechs Wochen.
- (2) Der Wahlzeitraum beginnt mit dem Tage, an dem die Wahlunterlagen zur Versendung an die Wähler zur Post gegeben werden. Das Ende des Wahlzeitraums ist nach Tag und Stunde zu bezeichnen.

- (3) Für die Berechnung der Fristen nach dieser Wahlordnung kommt es nur auf den Tag des Endes des Wahlzeitraums an.

§ 7

Berufung des Wahlausschusses, Geschäftsstelle des Wahlausschusses

- (1) Der Vorstand beruft für die Durchführung der Wahl einen Wahlausschuss.
- (2) Der Wahlausschuss besteht aus dem Wahlleiter und zwei Beisitzern sowie einer ausreichenden Zahl von Stellvertretern.
- (3) Mitglieder des Vorstandes und Bewerber um einen Sitz in der Delegiertenversammlung dürfen nicht in den Wahlausschuss berufen werden.
- (4) Zur Vorbereitung und Durchführung der Wahlen wird bei der Ärztekammer Berlin eine Geschäftsstelle des Wahlausschusses eingerichtet. Die Geschäftsstelle führt die Bezeichnung „Wahlbüro“.

§ 8

Bekanntgabe der Mitglieder des Wahlausschusses und der Wahlordnung

- (1) Der Vorstand gibt den Wahlberechtigten die Mitglieder des Wahlausschusses mit Namen, Vornamen und ggf. akademischem Grad bekannt. Er teilt darüber hinaus der Aufsichtsbehörde das Geburtsdatum, den Geburtsort sowie den Wohnsitz der Mitglieder des Wahlausschusses mit.
- (2) Der Vorstand gibt den Wahlberechtigten den Wortlaut dieser Wahlordnung bekannt.
- (3) Die Bekanntgaben nach Absätzen 1 und 2 erfolgen durch Veröffentlichung in dem offiziellen Mitteilungsblatt der Ärztekammer Berlin, dessen Ausgabetag mindestens 28 Wochen vor dem Ende des Wahlzeitraums liegt. Dieselbe Frist gilt für die Mitteilung an die Aufsichtsbehörde nach Abs. 1 Satz 2.

§ 9

Wählerliste

- (1) Der Vorstand stellt eine Wählerliste auf, in der die Wahlberechtigten mit Namen, Vornamen, gegebenenfalls akademischen Grad, Geburtsdatum und Postzustellungsadresse (Anschrift des Wohnsitzes oder Dienstanschrift) sowie einer Registriernummer aufgeführt werden. Die Wählerliste muss ferner einen Raum für Vermerke über die erfolgte Versendung der Wahlunterlagen, über die erfolgte Stimmabgabe und einen Raum für Bemerkungen enthalten. Grundlage für die Wählerliste ist das Melderegister der Ärztekammer Berlin. Die Wählerliste kann auch im automatisierten Verfahren geführt werden.
- (2) Der Vorstand legt die Wählerliste zur Einsichtnahme durch die Kammerangehörigen oder deren Bevollmächtigte in der Geschäftsstelle der Ärztekammer Berlin zwei Wochen lang jeweils montags bis freitags von 9.00 bis 15.00 Uhr, mittwochs zusätzlich bis 20.00 Uhr aus. Wird die Wählerliste im automatisierten Verfahren geführt, kann die Einsichtnahme

durch ein Datensichtgerät ermöglicht werden. Das Datensichtgerät darf nur von einem Bediensteten der Ärztekammer Berlin bedient werden. Die Auslegungszeit endet 18 Wochen vor dem Ende des Wahlzeitraums. Gesetzliche Feiertage, die in die Auslegungszeit einschließlich des letzten Auslegungstages fallen, verlängern die Auslegungszeit nicht.

- (3) Ergänzungen der Wählerliste werden bis zum Ablauf der Auslegungszeit in einem Nachtrag vorgenommen. Danach sind Ergänzungen nur noch aufgrund von Einsprüchen gegen die Wählerliste zulässig.
- (4) Streichungen aus der Wählerliste sind bis zum Beginn des Wahlzeitraums bei Verlust der Kammermitgliedschaft insbesondere durch Tod oder bei Verlust des Wahlrechts gemäß § 8 Abs. 2 des Berliner Kammergesetzes vorzunehmen. Streichungen nach Beginn des Wahlzeitraums sind unzulässig.
- (5) Nach dem Ablauf der Auslegungszeit übergibt der Vorstand dem Wahlausschuss die Wählerliste. Er unterrichtet den Wahlausschuss über vorzunehmende Streichungen gemäß Abs. 4.

§ 10

Unterstützung des Wahlausschusses

- (1) Der Vorstand unterstützt den Wahlausschuss bei der Durchführung der Wahl insbesondere durch Gestellung des erforderlichen Personals, der Räume und technischen Einrichtungen der Ärztekammer Berlin.
- (2) Der Vorstand bestellt ein Mitglied der Verwaltung der Ärztekammer Berlin zum Wahlkoordinator. Der Wahlkoordinator ist bezogen auf seine Tätigkeit im Wahlverfahren nur dem Wahlausschuss verantwortlich.

III. Aufgaben des Wahlausschusses

§ 11

Bekanntmachung

- (1) Der Wahlausschuss fordert 24 Wochen vor dem Ende des Wahlzeitraums zur Einreichung von Wahlvorschlägen auf. Mit dieser Aufforderung weist er auf die einzuhaltende Frist gemäß § 17 sowie auf die Voraussetzungen zur Zulassung eines Wahlvorschlages hin.
- (2) Der Wahlausschuss teilt den Kammermitgliedern Zeit und Ort der Auslegung der Wählerliste mit. Er weist dabei auf die Vorschriften der §§ 4 und 5 und auf die Möglichkeit des Einspruchs gegen die Wählerliste hin.
- (3) Der Wahlausschuss teilt den Kammermitgliedern den Wahlzeitraum mit.
- (4) Die Aufforderung sowie die Mitteilungen nach den Absätzen 1 bis 3 sind bekannt zu machen.

§ 12

Feststellung der Wahlberechtigten

Nach Übergabe der Wählerliste durch den Vorstand und Entscheidung über Einsprüche gegen die Wählerliste stellt der

Wahlausschuss die Wahlberechtigten fest. § 9 Abs. 4 bleibt unberührt.

§ 13

Zulassung von Wahlvorschlägen

Der Wahlausschuss lässt die eingereichten Wahlvorschläge nach Maßgabe des § 18 zu.

§ 14

Durchführung der Wahl

Der Wahlausschuss leitet die Durchführung der Wahl nach Maßgabe des V. Abschnitts dieser Wahlordnung.

IV. Verfahren

§ 15

Verfahren des Wahlausschusses

- (1) Der Wahlleiter oder einer der Beisitzer führt den Vorsitz im Wahlausschuss. In Abwesenheit des Wahlleiters oder eines Beisitzers rücken die bestellten Stellvertreter in der Reihenfolge ihres Lebensalters ein. Sie sind zu allen Sitzungen des Wahlausschusses zu laden.
- (2) Der Wahlausschuss ist beschlussfähig, wenn drei Mitglieder, darunter mindestens der Wahlleiter oder ein Beisitzer anwesend sind. Er fasst seine Beschlüsse mit Stimmenmehrheit. Stimmenthaltung ist unzulässig.
- (3) Soweit in dieser Wahlordnung nicht anders geregelt gilt die Verfahrensordnung der Widerspruchsstelle der Ärztekammer Berlin entsprechend.

§ 16

Rechtsbehelfe

- (1) Kammerangehörige können gegen den Inhalt der Wählerliste binnen einer Woche nach Ende der Auslegungszeit schriftlich oder zur Niederschrift der Geschäftsstelle der Ärztekammer Berlin Einspruch einlegen. Der Einspruch ist zu begründen. Soweit behauptete Tatsachen nicht offenkundig sind, sind die erforderlichen Beweismittel beizufügen. Der Wahlausschuss entscheidet binnen zwei Wochen nach Ende der Auslegungsfrist über den Einspruch. Die Entscheidung ist durch Aushang bekannt zu geben.
- (2) Über Widersprüche gegen Verwaltungsakte und über Widersprüche nach § 23 entscheidet die Widerspruchsstelle der Ärztekammer Berlin.

V. Ablauf der Wahl

§ 17

Einreichung der Wahlvorschläge

- (1) Die Wahl erfolgt aufgrund von Wahlvorschlägen. Diese sind beim Wahlausschuss einzureichen. Wahlvorschläge, die

nicht innerhalb der vorgeschriebenen Frist bei dem Wahlausschuss eingehen oder nicht den Inhalts- und Formbestimmungen dieser Wahlordnung entsprechen, können nicht zu der Wahl zugelassen werden.

- (2) Die Frist für die Einreichung von Wahlvorschlägen beginnt mit der Aufforderung durch den Wahlausschuss. Sie endet um 18.00 Uhr an dem Tag, an dem die 17. Woche vor dem Ende des Wahlzeitraums abläuft. § 9 Abs. 2 Satz 3 gilt entsprechend. In der Bekanntmachung des Wahlausschusses ist der Fristablauf nach dem Kalender zu bezeichnen.
- (3) Ein Wahlvorschlag kann mit einem Kennwort gekennzeichnet werden. Das Kennwort kann aus mehreren Wörtern bestehen. Der Wahlausschuss kann ein Kennwort zurückweisen, das Straftatbestände verletzt oder keine hinreichende Unterscheidungskraft besitzt. Gehen mehrere Wahlvorschläge unter dem gleichen Kennwort ein, so gilt das Kennwort für den zeitlich früher eingehenden Wahlvorschlag. Zivilrechtliche Bestimmungen über den Schutz von Namen und Zeichen bleiben unberührt.
- (4) Mit einem Wahlvorschlag können beliebig viele Bewerber vorgeschlagen werden. Jeder Wahlvorschlag muss jedoch mindestens fünf Bewerber enthalten. Die Bewerber müssen mit Namen, Vornamen, ggf. akademischem Grad, Tätigkeitsmerkmal und Tätigkeitsort oder Wohnsitz laufend nummeriert aufgeführt werden. Die Bewerber müssen gemäß § 5 wählbar sein. Besteht Zweifel darüber, ob der Bewerber wählbar ist, kann ein entsprechender Nachweis verlangt werden.
- (5) Dem Wahlvorschlag ist eine schriftliche Erklärung eines jeden Bewerbers beizufügen, in der er sich mit der Aufnahme seiner Person in den Wahlvorschlag zur Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin einverstanden erklärt.
- (6) Ein Bewerber darf nur in einem Wahlvorschlag benannt werden. Bewerber, die in mehreren Vorschlägen benannt sind und entsprechende schriftliche Erklärungen abgegeben haben, werden von dem Wahlkoordinator binnen drei Wochen nach dem Ende der Einreichungsfrist aufgefordert, dem Wahlausschuss bis zum Ablauf der vierten Woche nach dem Ende der Einreichungsfrist schriftlich zu erklären, für welchen Vorschlag sie sich entscheiden. Der Termin ist nach dem Kalender zu bezeichnen. Der Wahlausschuss streicht ihre Namen als Bewerber in den anderen Wahlvorschlägen. Wird die Erklärung nicht bis zum Ablauf der Erklärungsfrist abgegeben, so wird der Name des Bewerbers in allen Wahlvorschlägen gestrichen.
- (7) Ein Wahlvorschlag muss von mindestens 20 Wahlberechtigten unterstützt werden. Die Unterstützer müssen mit Namen, Vornamen, ggf. akademischem Grad, Tätigkeitsort oder Wohnsitz bezeichnet werden. Der Unterstützer hat die Erklärung persönlich zu unterzeichnen. Es ist zulässig, dass ein Wahlberechtigter mehrere Wahlvorschläge unterstützt. Die Bereitschaftserklärung eines Wahlbewerbers gilt zugleich als Unterstützung des Wahlvorschlages, in dem er benannt ist.
- (8) Für jeden Wahlvorschlag ist eine Vertrauensperson sowie deren Stellvertreter mit Namen, Vornamen, ggf. akademi-

schem Grad sowie ladungsfähiger Anschrift zu benennen. Nur diese können bis zum Ablauf der Einreichungsfrist durch persönliche oder schriftliche Erklärung Wahlvorschläge ändern oder zurücknehmen.

- (9) Für die Wahlvorschläge, die Einverständniserklärungen, die Unterstützungserklärungen sowie die Benennung der Vertrauenspersonen sind von der Ärztekammer ausgegebene Vordrucke zu verwenden und vollständig auszufüllen. Die Vordrucke werden vom Wahlbüro auf Anforderung in angemessener Anzahl zur Verfügung gestellt sobald der Wahlausschuss berufen ist.

§ 18

Zulassung von Wahlvorschlägen

- (1) Über die Zulassung von Wahlvorschlägen entscheidet der Wahlausschuss 12 Wochen vor dem Ende des Wahlzeitraums in kammeröffentlicher Sitzung, zu der auch Vertreter der Presse Zugang haben. Die Vertrauenspersonen der Wahlvorschläge sowie deren Vertreter sind zu dieser Sitzung zu laden. In die Ladung ist der Hinweis aufzunehmen, dass der Wahlausschuss auch in ihrer Abwesenheit verhandelt und entscheidet.
- (2) Wenn ein Wahlvorschlag nicht die erforderliche Anzahl von Bewerbern oder Unterstützern aufweist, so müssen diese Mängel bis zum Ablauf der Einreichungsfrist beseitigt sein. Andere Mängel können noch bis zum Ablauf der vierten Woche nach dem Ende der Einreichungsfrist beseitigt werden.
- (3) Die Entscheidungen des Wahlausschusses über die Zulassung von Wahlvorschlägen sind durch Aushang in der Geschäftsstelle der Ärztekammer Berlin bekannt zu geben. Entscheidungen des Wahlausschusses über die Nichtzulassung eines Bewerbers sind zusätzlich der Vertrauensperson des Wahlvorschlages und ihrem Stellvertreter sowie dem Bewerber, Entscheidungen über die Nichtzulassung eines Wahlvorschlages sind zusätzlich der Vertrauensperson des Wahlvorschlages sowie ihrem Stellvertreter bekannt zu geben.
- (4) Der Wahlausschuss lost den zugelassenen Wahlvorschlägen eine laufende Nummer zu.
- (5) Widerspruch gegen die Nichtzulassung eines Bewerbers kann der Bewerber oder die Vertrauensperson des Wahlvorschlages, gegen die Nichtzulassung eines Wahlvorschlages die Vertrauensperson des Wahlvorschlages innerhalb von einer Woche nach der Entscheidung des Wahlausschusses schriftlich oder zur Niederschrift der Geschäftsstelle der Ärztekammer Berlin einlegen. Über den Widerspruch entscheidet der Wahlausschuss unverzüglich nach Ablauf der Einreichungsfrist.

§ 19

Bekanntmachung der Wahlvorschläge, Wahlunterlagen

- (1) Nach Ablauf der Widerspruchsfrist gegen die Zulassungsentcheidung des Wahlausschusses und mindestens sechs Wochen vor dem Ende des Wahlzeitraums macht der Wahl-

ausschuss die zugelassenen Wahlvorschläge durch Zusendung an die Wahlberechtigten bekannt. Die Bekanntmachung gilt mit der Aufgabe zur Post als erfolgt. Die Zusendung erfolgt ausschließlich an die in der Wählerliste aufgeführte Anschrift des Wahlberechtigten. Etwas anderes gilt nur, wenn vor Ablauf des Wahlzeitraums der Wahlberechtigte seinen Umzug schriftlich anzeigt oder die Wahlunterlagen von der Deutschen Bundespost – Postdienst – mit einem amtlichen Hinweis auf die neue Anschrift des Wahlberechtigten zurückgesandt werden. Der Wahlausschuss ist nicht verpflichtet, Wahlunterlagen an einen vorübergehenden Aufenthaltsort des Wahlberechtigten, insbesondere seinen Urlaubsort, zu versenden. Dies gilt nicht, wenn der Wahlberechtigte vorübergehend in Haft genommen und die Anschrift der Haftanstalt rechtzeitig durch ihn oder seinen Bevollmächtigten angezeigt wird.

- (2) Die Bekanntmachung erfolgt durch Zusendung eines Abdrucks der zugelassenen Wahlvorschläge. Die Wahlvorschläge sind durch die zugestellte laufende Nummer und das Kennwort zu bezeichnen, soweit der Wahlvorschlag ein Kennwort trägt. Innerhalb des Wahlvorschlages sind die Bewerber in der in dem eingereichten Wahlvorschlag bezeichneten Reihenfolge aufzuführen. Wurden bei der Zulassung des Wahlvorschlages Bewerber gestrichen, so sind die laufenden Nummern der Bewerber entsprechend zu berichtigen. Der laufenden Nummer jedes einzelnen Bewerbers in einem Wahlvorschlag ist die laufende Nummer des Wahlvorschlages in der Weise voranzustellen, dass für alle Bewerber Kennziffern mit der gleichen Anzahl von Stellen entstehen.
- (3) Zusammen mit dem Abdruck der Wahlvorschläge erhält der Wahlberechtigte seine Wahlunterlagen. Die Wahlunterlagen bestehen aus Stimmkarten, dem Wahlbrief und dem Stimmkartenumschlag.
- (4) Der Wahlberechtigte erhält für jeden zugelassenen Wahlvorschlag eine Stimmkarte. Jede Stimmkarte trägt den folgenden Aufdruck:

Ärztekammer Berlin

Stimmkarte

für die Wahl zur <n.> Delegiertenversammlung

Wahlvorschlag <Ifd. Nr.>

Kennwort: <Kennwort>

Persönliche Vorzugsstimmen (falls gewünscht):

<Raum für Kennziffer> Wahlbewerber:

<Raum für Kennziffer> Wahlbewerber:

- (5) Der Wahlbrief trägt die Anschrift des Wahlausschusses, den Absender mit der in der Wählerliste verzeichneten Registriernummer sowie den Vermerk: „Wahl zur Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin“.
- (6) Der Stimmkartenumschlag, in den die Stimmkarte eingelegt wird, trägt den Aufdruck: „Wahl zur Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin - Stimmkartenumschlag“. Er kann weitere Hinweise auf den Wahlzeitraum und die Stimmabgabe enthalten.

§ 20 Stimmabgabe

- (1) Der Wähler kann auf der Stimmkarte des Wahlvorschlages, dem er seine Hauptstimme gibt, bis zu zwei Bewerbern je eine persönliche Vorzugsstimme geben, indem er die Kennziffern der Bewerber in den dafür vorgesehenen Raum einträgt und ihren Namen hinzusetzt. Er legt diese Stimmkarte in den Stimmkartenumschlag ein. Der verschlossene Stimmkartenumschlag wird in den Wahlbrief eingelegt. Der Wahlbrief ist zu verschließen und an die Geschäftsstelle der Ärztekammer Berlin zu übersenden; der Wahlbrief kann auch bei der Geschäftsstelle der Ärztekammer Berlin abgegeben werden.
- (2) Legt der Wähler mehr als eine Stimmkarte in den Stimmkartenumschlag ein, so ist die Stimmabgabe ungültig. Ebenso ungültig ist die Stimmabgabe, wenn die Stimmkarte oder der Stimmkartenumschlag die Person des Wählers erkennen lassen.
- (3) Vergibt der Wähler mehr als zwei persönliche Vorzugsstimmen oder vergibt er persönliche Vorzugsstimmen an Bewerber, die nicht dem Wahlvorschlag angehören, dem er seine Hauptstimme gegeben hat, so sind die persönlichen Vorzugsstimmen ungültig. Die Gültigkeit einer im übrigen gültigen Hauptstimme wird dadurch nicht berührt.
- (4) Während des Wahlzeitraums wird die Stimmabgabe jedes Wählers unter Leitung des Wahlkoordinators in der Wählerliste vermerkt. Der Wahlkoordinator kann weitere geeignete Beschäftigte der Ärztekammer Berlin mit der Leitung der Registrierung der Wahlbriefe beauftragen. Die eingegangenen Wahlbriefe sind bis zum Ende des Wahlzeitraums ungeöffnet unter Verschluss zu halten.
- (5) Der Wahlausschuss kann während des Wahlzeitraums Sitzungen zur Feststellung der Ordnungsmäßigkeit von Wahlbriefen und der Wahlberechtigung des Wählers abhalten. In diesem Fall sind die bereits geprüften Wahlbriefe von den noch nicht geprüften Wahlbriefen bis zum Ende des Wahlzeitraums getrennt unter Verschluss zu halten.
- (3) Die Wahlbriefe werden nach der Feststellung ihrer Gültigkeit geöffnet. Enthält ein Wahlbrief mehr als einen Stimmkartenumschlag oder neben dem Stimmkartenumschlag andere Schriftstücke, so entscheidet der Wahlausschuss über seine Gültigkeit. Abs. 2 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.
- (4) Die den gültigen Wahlbriefen entnommenen Stimmkartenumschläge werden in eine Wahlurne eingelegt. Bei Bedarf können mehrere Wahlurnen verwendet werden.
- (5) Nach Öffnen der Wahlurne entscheidet der Wahlausschuss über die Gültigkeit der Stimmkartenumschläge. Stimmkartenumschläge, die die Person des Wählers erkennen lassen, sind ungültig. Abs. 2 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.
- (6) Nach Öffnen der Stimmkartenumschläge entscheidet der Wahlausschuss über die Gültigkeit der Stimmkarten. Nur die von dem Wahlausschuss ausgegebenen Stimmkarten sind gültig. Befinden sich in einem Stimmkartenumschlag mehrere Stimmkarten, so sind alle diese Stimmkarten ungültig. Insoweit gilt Abs. 2 Sätze 2 und 3 entsprechend. Im Übrigen sind die Stimmkarten ungültig, die die Person des Wählers erkennen lassen oder den Willen des Wählers nicht eindeutig zum Ausdruck bringen. Hinsichtlich der Gültigkeit von persönlichen Vorzugsstimmen gilt § 20 Abs. 3.
- (7) Die abgegebenen Haupt- und persönlichen Vorzugsstimmen werden in Zähllisten eingetragen. Die Erfassung der abgegebenen Stimmen kann ganz oder teilweise mit Einrichtungen der automatischen Datenverarbeitung erfolgen. In jedem Fall hat der Wahlausschuss für eine geeignete Kontrolle Sorge zu tragen.

§ 21 Auszählung der Stimmen

- (1) Der Wahlausschuss stellt nach Beendigung des Wahlzeitraums die Zahl der eingegangenen Wahlbriefe fest. Soweit dies noch nicht während des Wahlzeitraums geschehen ist, prüft er die Ordnungsmäßigkeit der Wahlbriefe sowie die Wahlberechtigung der Wähler durch Vergleich der Absenderangaben und der Registriernummern mit dem Eintrag in der Wählerliste.
- (2) Wenn über die Person oder das Wahlrecht Zweifel bestehen, entscheidet der Wahlausschuss über die Gültigkeit des Wahlbriefes. Ungültige Wahlbriefe werden bis zum Ablauf der Fristen gemäß § 22 Abs. 7 unter Verschluss gehalten und dann ungeöffnet vernichtet. Über die nicht rechtzeitig eingegangenen und über die für ungültig erklärten Wahlbriefe ist eine besondere Niederschrift zu fertigen, der die Wahlbriefe beizufügen sind.

§ 22 Feststellung und Bekanntmachung des Wahlergebnisses

- (1) Aufgrund der Auszählung der abgegebenen Stimmen stellt der Wahlausschuss das Wahlergebnis fest.
- (2) Aufgrund der abgegebenen Hauptstimmen wird nach dem Höchstzahlenverfahren (d'Hondt) festgestellt, auf wie viele Delegiertensitze jeder Wahlvorschlag Anspruch hat.
- (3) Bewerber, die persönliche Vorzugsstimmen erhalten haben, rücken in der Reihenfolge der Zahl der persönlichen Vorzugsstimmen an die Spitze ihrer Liste.
- (4) Falls bei der Zuteilung des letzten Sitzes auf mehrere Wahlvorschläge die gleiche Höchstzahl entfällt, entscheidet das Los. Das gleiche gilt für den Fall, dass auf mehrere Bewerber eines Wahlvorschlages die gleiche Anzahl von persönlichen Vorzugsstimmen entfallen ist und diese Bewerber in Konkurrenz für den letzten Sitz stehen.
- (5) Der Wahlausschuss bestimmt über die Zahl der Gewählten hinaus die Rangfolge einer hinreichenden Anzahl von Bewerbern. Bei Stimmengleichheit gilt Abs. 4 Satz 2 entsprechend.
- (6) Der Wahlleiter hat das Wahlergebnis schriftlich festzuhalten. Ort und Zeit der Feststellung des Wahlergebnisses und die daran teilnehmenden Mitglieder des Wahlausschusses müssen ersichtlich sein. Der Wahlleiter und die anwesenden Mitglieder des Wahlausschusses haben die Niederschrift, der die besonderen Niederschriften als Anlage beizufügen sind, zu unterzeichnen.

- (7) Das Wahlergebnis ist unverzüglich mit einer Rechtsmittelbelehrung bekannt zu machen. Es ist der Aufsichtsbehörde bekannt zu geben. Der Wahlausschuss unterrichtet jeden Gewählten schriftlich von seiner Wahl sowie den Verpflichtungen, die er mit der Annahme der Wahl übernimmt, und fordert ihn auf, innerhalb von zwei Wochen zu erklären, ob er die Wahl annimmt. Geht innerhalb der Frist keine Erklärung ein, so gilt die Wahl als abgelehnt.
- (8) Niederschriften, Stimmzettel und sonstige Wahlunterlagen sind zwei Jahre aufzubewahren. Sind gerichtliche Verfahren im Zusammenhang mit der Wahl anhängig, so sind die Unterlagen auch über zwei Jahre hinaus bis zur rechtskräftigen Erledigung des Verfahrens aufzubewahren.
- (9) Das Verfahren nach §§ 20 Abs. 5, 21, 22 ist kammeröffentlich. Vertretern der Presse ist Zugang zu gewähren. Räume, in denen das nach Maßgabe des Satzes 1 kammeröffentliche Wahlverfahren stattfindet, sind als Wahlräume zu kennzeichnen. Wahlräume im Sinne von Satz 2 sind nicht solche Räume, in denen Anlagen der automatischen Datenverarbeitung selbsttätig arbeiten. Zu diesen Räumen haben nur die Mitglieder des Wahlausschusses, auf Antrag die Vertrauenspersonen der Wahlvorschläge sowie die nach allgemeinen Vorschriften befugten Beschäftigten der Ärztekammer Berlin Zutritt.

VI. Wahlprüfung und Schlussvorschriften

§ 23 Wahlprüfung

- (1) Gegen die Gültigkeit der Wahl zur Delegiertenversammlung oder gegen die Gültigkeit der Wahl eines Delegierten kann jeder Wahlberechtigte innerhalb eines Monats nach Bekanntmachung des Ergebnisses schriftlich oder zur Niederschrift der Geschäftsstelle der Ärztekammer Berlin Widerspruch einlegen. Der Widerspruch gilt als Widerspruch im Sinne des § 68 VwGO.
- (2) Wird die Unrichtigkeit des Wahlergebnisses im Einzelnen festgestellt, so stellt der Wahlausschuss das Wahlergebnis neu fest. Wird die Wahl der Delegiertenversammlung für ungültig erklärt, so hat eine neue Wahl stattzufinden.

§ 24 Verlust eines Mandats

Ein Delegierter verliert sein Mandat

1. durch Tod;
2. durch Verzicht. Der Verzicht ist bis zur konstituierenden Sitzung der Delegiertenversammlung dem Wahlausschuss,

danach dem Vorstand schriftlich zu erklären. Der Verzicht darf keine Bedingungen enthalten. Ausführungen, mit denen der Verzicht begründet wird, sind keine Bedingungen. Der Verzicht ist unwiderruflich;

3. durch dauernden oder vorübergehenden Verlust der Wählbarkeit;
4. durch Ungültigerklärung der Wahl oder sonstiges Ausscheiden im Wahlprüfungsverfahren;
5. durch nachträgliche Feststellung eines anderen Wahlergebnisses.

§ 25 Eintretende Bewerber

Hat ein Delegierter seine Wahl abgelehnt oder scheidet ein Delegierter aus, so tritt an seine Stelle der nächstfolgende Bewerber desselben Wahlvorschlages in der nach § 22 Abs. 3 ermittelten Reihenfolge. Die Bestimmungen über die Annahme einer Wahl in § 22 Abs. 6 und über die Bekanntmachung einer Wahl finden entsprechend Anwendung. Für die erforderlichen Feststellungen und Bekanntmachungen ist bis zur konstituierenden Sitzung der gewählten Delegiertenversammlung der Wahlausschuss, danach der Vorstand zuständig.

§ 26 Bekanntmachungen, Bekanntgaben

Bekanntmachungen erfolgen, soweit diese Wahlordnung nichts anderes bestimmt, durch Veröffentlichung im Amtsblatt für Berlin. Bekanntgaben erfolgen, soweit diese Wahlordnung nichts anderes bestimmt, durch Veröffentlichung in dem offiziellen Mitteilungsblatt der Ärztekammer Berlin, durch Aushang in der Geschäftsstelle der Ärztekammer Berlin, durch briefliche oder mündliche Mitteilungen an den Adressaten oder in anderer geeigneter Weise.

§ 27 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Diese Wahlordnung tritt an dem Tag nach ihrer Verkündung im Amtsblatt für Berlin in Kraft. Damit tritt die Wahlordnung vom 25. August 1966 außer Kraft.

Nach § 10 Abs. 2 und § 14 Abs. 1 des Berliner Kammergesetzes in der Fassung vom 04. September 1978 (Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin S. 1937, 1980), geändert durch Gesetz vom 17. Dezember 1997 (Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin S. 678), genehmigt von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales am 27. Februar 1998.

AOK Berlin startet Projekt zur Integrierten Versorgung

Die AOK Berlin hat erste Verträge in der Integrierten Versorgung (IV) zur hausärztlich basierten Versorgung mit zwei Vertragspartnern geschlossen. Die AOK Berlin stellt das Projekt nachfolgend vor. BERLINER ÄRZTE möchte damit zur Diskussion über das Thema Integrierte Versorgung anregen und fordert die Kammermitglieder deshalb auf, Kommentare und Anmerkungen an die Redaktion zu schicken.

Zum 1. Oktober 2005 wurde zunächst die Arbeitsgemeinschaft Netzwerk NordOst GbR IV-Vertragspartner der Berliner Gesundheitskasse. In diesem lokalen Verbund haben sich drei Praxisnetze mit 22 Ärzten aus den Bezirken Pankow, Hohenschönhausen und Weißensee vernetzt. Zum 1. Dezember 2005 wurde mit der Medical Transfer Wissen und Medizin für die Zukunft GmbH im Südwesten Berlins ein zweiter ärztlich getragener Vertragspartner als lokale Netzinitiative gewonnen. Weitere Verträge befinden sich derzeit in Vorbereitung.

„Die jetzigen Verbünde sind eine Weiterentwicklung ehemaliger Praxisnetze aus den 90er Jahren. Wir setzen hier sehr viel gezielter darauf, für die Zusammenarbeit und Kooperation unter engem Einbezug der Patienten verbindliche Grundlagen zu schaffen“, so Dipl.-Med. Karl-Heinz Sewekow, Beiratsmitglied des Netzwerk NordOst GbR. Er ergänzt: „Wir sind überzeugt davon, dass sich die jetzige schrittweise ergebnis- und prozessorientierte Entwicklung auszahlen wird. Unsere Patienten werden von einer qualitativ hochwertigen und reibungsloseren Versorgung profitieren.“

Die AOK Berlin unterstützt mit den neuen IV-Verträgen somit die Initiative der Ärzte zu einer strukturierten fachgruppen- und sektorübergreifenden Zusammenarbeit. Auf der Grundlage von Leitlinien begleiten Berliner Ärzte indikationsbezogen ihre Patienten durch den Versorgungsalltag, indem sie die Behandlung koordinieren und die wechselseitigen Abstimmungen vornehmen. Erkenntnisse aus verschiedenen Studien zeigen, dass gerade hier von Verbesserungsmöglichkeiten ausgegangen werden kann. Entsprechend den von den Ärzten

vorgenommenen Festlegungen werden Fachärzte, wie beispielsweise Kardiologen, Augenärzte, Nephrologen und Psychologen/Psychiater, aber auch ambulante Pflegedienste und Anbieter von Heil- und Hilfsmitteln systematisch in die Versorgung eingebunden.

Bewusst auf kleinere Verbünde setzen

In ihren IV-Projekten zur hausärztlich basierten Integrierten Versorgung setzt die Gesundheitskasse bewusst auf kleinere lokale bzw. regionale Verbünde. „Wir bauen zunächst auf Impulse der Ärzte, die in eigener Initiative und mit unserer Unterstützung weiter entwickelt werden. Wir wollen keine Verträge um der Verträge willen. Unser Ziel heißt: Den Versicherten Klasse statt Masse bieten“, betont Rolf D. Müller, Vorsitzender des Vorstandes der AOK Berlin. Einen Vorteil sieht der AOK-Chef darin, zunächst in kleineren Gruppierungen wie bei den jetzigen IV-Verträgen zur hausärztlich basierten Integrierten Versorgung zu kooperieren, da hier leichter Abstimmungs- und Verfahrensweisen im Sinne der Versicherten umgesetzt werden können. Und Dipl.-Med. Karl-Heinz Sewekow ist überzeugt: „Gerade weil es sich um Impulse aus der beteiligten Ärzteschaft handelt, wird eine hohe Akzeptanz aller Beteiligten erreicht.“

Versicherte können sich ab Frühjahr 2006 in das IV-Projekt „Hausärztlich basierte Integrierte Versorgung“ einschreiben und einen Arzt ihres Vertrauens wählen. Dieser begleitet den Patienten durch die verschiedenen Versorgungsebenen und erklärt jeweils die nächsten medizinisch notwendigen Schritte. An die Arztpra-

xen werden zugleich qualitative und organisatorische Anforderungen gestellt. Der Vorteil für die Patienten: Minimierte Wartezeiten und eine verbesserte Erreichbarkeit der beteiligten Ärzte. Dies wird einerseits durch besser abgestimmte Öffnungszeiten erreicht, andererseits durch ein systematisches Terminmanagement. Der Patient erlernt zudem in regelmäßigen Informationsveranstaltungen den Umgang mit seiner Erkrankung.

Zeitnah und unbürokratisch versorgen

Die Vertragspartner sind sich einig, dass die Patienten eine umfassende und zielgenaue Betreuung in der Praxis erhalten sollen. Dabei wird der Grundsatz ambulant vor stationär gestärkt. Die notwendige Versorgung der Versicherten mit häuslicher Krankenpflege, Heil- und Hilfsmitteln wird zeitnah und unbürokratisch realisiert. Dafür entwickeln die Vertragspartner gemeinsam Programme und Maßnahmen, die zugleich einen qualitativ hohen Standard sichern. Ein Beispiel: In einem ersten Schritt wird das Verordnungsverfahren für Inkontinenzhilfen und Stomaartikel für die Ärzte stark vereinfacht. Entsprechende Vereinbarungen regeln dann die direkte und zeitnahe Belieferung des Versicherten durch die Hilfsmittelanbieter. Diese wiederum verpflichten sich, in der Hilfsmittelversorgung besondere Qualitätsanforderungen zu erfüllen.

Die an den IV-Projekten beteiligten Ärzte erhalten Zusatzhonorierungen für den Aufwand, der mit Entwicklungsarbeiten und mit der Umsetzung der entwickelten Pfade und Programme verbunden ist. Auch das Erstellen von zwingend erforderlichen Dokumentationen wird zusätzlich vergütet. Um jedoch den bürokratischen Aufwand möglichst gering zu halten, entscheiden die Ärzte in enger Absprache mit der Krankenkasse, welche Dokumentationen aus ihrer Sicht zur Qualitätssicherung notwendig sind. Die EBM-finanzierten GKV-Leistungen erfahren durch das Projekt keine Doppelfinanzierung.

Steffen Bohm, Projektleiter Integrierte Versorgung, AOK Berlin – Die Gesundheitskasse, Tel.: 030/2531-3118

Die Berliner Ärzteschaft trauert um ihre im Jahr 2005 verstorbenen Kolleginnen und Kollegen

Dr.med.	Margrit Adlkofer	7/12/1940	11/1/2005
Dr.med.	Wolf Dietrich Altrichter	3/28/1924	1/16/2005
Prof.Dr.med.	Horst Ankermann	12/20/1921	8/5/2005
Dr.med.	Jutta Barndt	8/2/1933	5/4/2005
Dr.med.	Elisabeth Barzen-Poelchau	6/29/1924	6/22/2005
Dr.med.	Brigitte Bauermeister	7/3/1944	7/28/2005
	Dietrich Becker	12/4/1920	8/3/2005
Dr.med.	Paul Gerhard Bergmann	1/14/1918	8/18/2005
Dr.med.	Dieter Berner	1/4/1934	9/28/2005
	Elisabeth Beutner	12/2/1920	1/1/2005
	Rainer Blase	7/21/1945	12/16/2005
Dr.med.	Jürgen Block	10/16/1935	12/13/2005
Dr.med.	Svatoslav Brandys	2/12/1948	12/19/2005
Dr.med.	Katharina Buchheim	5/17/1965	12/1/2005
Dr.med.	Marianne Charrabe	6/27/1924	10/21/2005
Dipl.-Med.	Birgit Czernitzky	7/23/1956	6/24/2005
Dr.med.	Joachim Damm	10/4/1923	5/19/2005
Dr.med.	Koen De Jonge	7/28/1948	8/11/2005
Dr.med.	Hans Dieckmann	9/13/1921	2/12/2005
Dr.med.	Walter Doht	2/9/1914	1/8/2005
Dr.Dr.	Rainer Drost	6/11/1935	6/16/2005
Dr.med.	Dorothea Eisenblätter	11/9/1937	8/3/2005
Dr.med.	Heinz Eisermann	1/10/1920	5/28/2005
Prof.Dr.med.	Helmut Ernst	12/25/1926	5/24/2005
Dr.med.	Siegfried Eyhorn	4/12/1941	1/2/2005
Dr.med.	Liselotte Faust	5/29/1911	7/1/2005
Dr.med.	Helene Fels	11/10/1919	12/16/2005
Dr.med.	Helmut Fiedler	2/18/1921	1/16/2005
Dr.med.	Hans Fischer	10/14/1919	5/5/2005
Prof.Dr.med.	Heinz Fischer	5/21/1913	5/11/2005
Dr.med.	Lotte Foerster	3/12/1913	3/29/2005
Dr.med.	Wolfram Friedrich	1/18/1940	4/20/2005
	Dagmar Frowein	6/25/1908	6/4/2005
Dr.med.	Christian Fröhlich	7/18/1935	11/17/2005
Prof.Dr.med.	Ludwig Grauel	2/15/1935	5/11/2005
Dr.med.	Hedi Habermann	10/21/1951	4/17/2005
Prof.Dr.med.	Karl-Otto Habermehl	1/31/1927	6/7/2005
Prof.Dr.med.	Lothar Hanslik	5/18/1929	12/12/2005
Dr.med.	Edgar Hartmann	6/19/1925	8/10/2005
Prof.Dr.Dr.med.	Christian Hartmann	3/21/1949	4/13/2005
	Hussein Haydar	4/10/1957	4/17/2005
Dr.med.	Karl Heinz	5/24/1932	3/8/2005
Dr.med.	Gerda Herken	1/8/1923	3/10/2005
Dr.med.	Ingrid Hoesch	6/13/1933	11/22/2005
Dr.med.	Hans-Georg Hoffmann	11/29/1911	4/3/2005
Dr.med.	Gabriele Hort	9/15/1957	1/15/2005
MUDr.	Peter Jelinek	11/15/1940	8/4/2005
Dr.med.	Werner Kirsch	7/24/1920	12/18/2005
Dr.med.	Hagen Kischkat	1/23/1947	8/20/2005

Dr.med.	Ulrich Kleine	5/1/1955	8/15/2005
Dr.med.	Marianne Kleinschmidt	11/16/1908	12/21/2005
Dr.med.	Konrad Klimpel	8/3/1913	10/17/2005
Dr.med.	Manfred Klose	5/3/1934	8/4/2005
Dr.med.	Sigrun Koch	12/6/1930	4/12/2005
Dr.med.	Ingeburg Kopp	1/18/1922	10/10/2005
Dr.med.	Gottfried Korsukewitz	2/7/1921	6/23/2005
Dr.med.	Ilse Krause	2/23/1932	2/25/2005
Dr.med.	Günther Krause	10/14/1918	7/13/2005
Dr.med.	Herbert Kreisel	1/31/1919	9/10/2005
	Ernst-Otto Kricke	8/10/1919	10/6/2005
Dr.med.	Gunda Köppen-Groß	5/18/1941	1/31/2005
	Irmgard Kühntopf	8/11/1919	6/12/2005
Dr.med.	Horst Landmann	9/20/1931	2/26/2005
Prof.Dr.med.	Herta Lange	10/9/1907	11/16/2005
Dr.med.	Margot Larsen	11/19/1935	6/30/2005
Dr.	Tatjana Lasinski	10/2/1919	9/9/2005
Dr.med.	Martin Lichtenstein	10/26/1914	10/21/2005
Dr.med.	Eduard Lill	2/26/1917	1/25/2005
Dr.med.	Helmut Lück	3/19/1935	10/16/2005
Dr.med.	Joachim Lüsebrink	7/12/1920	6/5/2005
	Stefan Maessen	7/6/1952	9/10/2005
Prof.Dr.med.	Kurt Maidorn	4/25/1932	4/18/2005
Dr.med.	Cornelius Mannstaedt	1/6/1914	2/15/2005
	Siegrid Mannstaedt	3/4/1920	8/28/2005
Dr.med.	Wolfgangdietrich Meister	8/21/1933	4/6/2005
Dr.med.	Gerhard Miersch	10/7/1938	7/21/2005
	Marianne Miller	7/6/1930	12/31/2005
Dr.med.	Hans-Jochen Mirow	8/29/1934	7/26/2005
Dr.med.	Christine Moritz	3/5/1935	1/14/2005
	Peter Mugrauer	12/5/1942	2/24/2005
	Gabriele Munding	12/30/1952	6/22/2005
Dr.med.	Heidrun Müller	3/13/1937	9/29/2005
Dr.med.	Günter Neuschaefer-Rube	12/29/1937	9/15/2005
	Joachim Nitsche	12/2/1954	1/11/2005
Dr.med.	Hans-Georg Nitsche	1/15/1916	8/13/2005
Dr.med.	Edith Oppers	4/3/1912	11/1/2005
Dr.med.	Barbara Pattberg	10/10/1939	9/27/2005

ANZEIGE

Prof.Dr.med.	Heinz Pockrandt	8/26/1916	2/6/2005
	Jelena Popovskaja	2/20/1942	1/7/2005
	Michael Päselt	10/1/1947	8/20/2005
	Jürgen Rathbauer	5/19/1937	4/28/2005
	Erna Reiche	6/30/1931	4/10/2005
Dr.med.	Karl-Heinz Reiche	1/17/1942	8/13/2005
	Barbara Reppin	4/15/1944	3/21/2005
Dipl.-Med.	Martina Rienitz	5/11/1952	1/31/2005
Dr.med.	Heidrun Ryll	7/19/1944	8/31/2005
	Gertrud Rögler	8/12/1944	2/2/2005
Dr.med.	Jochen Sachse	11/7/1931	1/6/2005
Dr.med.	Marianne Sandow	9/2/1937	8/20/2005
Dr.med.	Cord Schauenburg	5/5/1945	10/8/2005
Dr.med.	Willi Schielinski	6/1/1942	12/11/2005
Dr.med.	Joachim Schmickaly	3/19/1943	12/28/2005
	Wolfram Schmidt	11/11/1942	12/6/2005
Dr.med.	Lothar Schmitt	2/7/1918	7/28/2005
Dr.med.	Rolf Schmoeger	11/24/1919	1/30/2005
	Hans Schmoranz	11/12/1957	4/17/2005
Dr.med.	Hans-Joachim Schwengler	4/6/1916	11/20/2005

Prof.Dr.med.	Manfred Schädlich	7/16/1926	2/7/2005
Prof.Dr.Dr.med.	Bernd Schönberger	5/20/1943	1/30/2005
Dr.med.	Bernd Seefeld	7/18/1940	3/27/2005
	Alekos Siozos	10/25/1950	1/7/2005
Dr.med.	Eckhard Spiegel	10/20/1939	5/25/2005
	Elke Steep	11/13/1957	11/20/2005
Dr.med.	Joachim Steffen	3/19/1923	2/16/2005
Dr.med.	Erich Stegmann	12/29/1921	4/12/2005
	Karin Steinhöfel	11/5/1950	9/12/2005
Dr.med.	Adelheid Stolzenburg	1/30/1940	12/21/2005
	Florian Teufel	9/4/1973	10/15/2005
	Gerhard Thiele	1/7/1920	9/15/2005
Dr./Budapest	Jozsef Varga	12/3/1934	9/23/2005
Dr.med.	Carola Viebahn	12/11/1948	7/26/2005
Dr.med.	Brigitta Vogler	4/4/1922	1/20/2005
Prof.Dr.med.	Ulrich Vogt	4/5/1921	10/18/2005
Dr.med.	Elisabeth-R. Wachtler	12/23/1916	12/3/2005
Dr.med.	Ursula Weiss	11/23/1922	5/22/2005
Dr.med.	Eva Winter	10/26/1921	12/26/2005
Dr.med.	Friedrich Wolter	12/8/1911	4/21/2005

Professor Friedrich Stein wird 85 Jahre



Am 8. Mai 2006 vollendet Professor Dr. med. Friedrich Stein das 85. Lebensjahr.

Stets zurückhaltend und Zeit seines Lebens zum „Arzt im

Hintergrund“ berufen wie kaum ein anderer, war er seinen Studenten und vielen jungen Ärzten Lehrer und Vorbild, Autoritas verkörpernd, ohne je autoritär zu sein.

So wird es ihm nicht gefallen, an exponierter Stelle dieser Zeitung seinen Namen und sein Loblied zu lesen. Dennoch: was mut, das mut!

Der Student erinnert sich an Steins großartige Klinisch-Pathologische Konferenzen in den 50er und 60er Jahren noch im Westend, der Medizinalassistent und Assistenzarzt an die „Epikrisenbesprechungen“, mit denen er Rüstzeug ins

spätere Berufsleben mitnahm, unabhängig davon, ob er Internist, Chirurg, Augen- oder Frauenarzt oder gar Pathologe wurde, denn er lernte nicht nur Faktenwissen, sondern das „Denken in Zusammenhängen“.

Das war schon ein „toller“ Jahrgang, jener 1921er! Mit 18 „durfte“ er in den Krieg ziehen, das Abitur gerade in der Tasche, mit zwanzig in der Studentenkompanie an der Ostfront in Polen, Russland und Finnland für „Führer“ und Vaterland kämpfen, zwischenzeitlich in Berlin studieren, das Staatsexamen ablegen, um dann, in den Jahren 1944 und 1945, in den Lazaretten das prägende Unheil des Krieges aus ärztlicher Sicht zu erleben.

Wer diesem Inferno entrinnen konnte, aus dem wurde etwas, der hatte Erfahrungen in sich, mit denen er die Nachkriegszeit „locker“ bewältigen konnte, die Assistenz- und Oberarztjahre als Pathologe bei Walter Koch, Wilhelm Doerr, Werner Altmann und Willy Maßhoff, von denen er gleichsam jeweils das Beste mitnahm in die eigene berufliche

mitmenschliche Prägung seiner späteren Berufsausübung: die Promotion, im Jahre 1949, die Habilitation im Jahre 1954, die Erkennung zum Apl.-Professor im Jahre 1961, Voraussetzungen, um in den Jahren 1962 bis 1986 die Leitung des Pathologischen Institutes am damals noch Städtischen Rudolf Virchow-Krankenhaus zu übernehmen.

Kaum zu glauben, dass dieser Mann bereits seit zwanzig Jahren Ruheständler sein soll, noch weniger zu glauben, dass er nun in die zweite Hälfte des neunten Lebensjahrzehntes eintritt, er, der wie ein gut erhaltener „Fünziger“ wirkt und seine vielen Schüler und Freunde, mithin viele Jüngere, noch immer in bester geistiger und körperlicher Frische „in die Tasche steckt“, der aus dem Stegreif über komplizierteste religionsphilosophische Vergleiche vorzutragen weiß und uns erzählen kann, „wer den Teufel erfunden hat“, der zuhören kann und Rat geben. Welche Gnade!

Dass dies noch viele Jahre so bleiben möge, wünschen sich und ihm seine ungezählten Schüler und Schülerinnen, seine Freunde und Wegbegleiter. Danke Friedrich Stein!

Stellvertretend für viele
Dr. med. Hans-Herbert Wegener

Stühle für den Sitzgeist

*Wenn ich sitze, will ich nicht
sitzen, wie mein Sitz-Fleisch möchte,
sondern wie mein Sitz-Geist sich,
säße er, den Stuhl sich flöchte.*

*Der jedoch bedarf nicht viel,
schätzt am Stuhl allein den Stil,
überlässt den Zweck des Möbels
ohne Grimm der Gier des Pöbels.*

Diesem Gedicht, dem ersten aus dem 1928 unter den „Galgenliedern“ erschienenen Zyklus „Der Gingganz“, gab Christian Morgenstern den Titel „Der Aesthet“. Eine Sublimierung schmerzhafter Erfahrungen seines Sitzfleisches? Drei Jahre nach dem Erscheinen dieser Sitz-Verse klagte der Architekt Frank Lloyd Wright, ein Super-Aesthet, er leide schon sein ganzes Leben lang unter den blauen Flecken, die er sich beim Sitzen auf selbst entworfenen Möbeln zugezogen habe. Wer schön sitzen will, muss leiden.

Das Kunstgewerbemuseum am Kulturforum zeigt jetzt, zusätzlich zu seinen ständig ausgestellten exquisiten alten und modernen Möbeln, 60 Stühle (dazu



*Esszimmerstuhl von Edward William Godwin
(um 1867 bis 1885)*

ein paar Bänke und Hocker) von Architekten und Designern; die ältesten aus dem 19., die neuesten aus dem 21. Jahrhundert. Eine reine Augenweide für den Sitzgeist. Denn die Museumsstücke auf ihren Podesten sind auch probeweise nicht zu be-sitzen - verständlich bei Kostbarkeiten etwa von Riemerschmidt, van de Velde, Mies van der Rohe oder Le Corbusier.

Aber an einige uns heute selbstverständliche Stuhlformen erinnert sich das Sitzfleisch, und um die körperfreundliche oder -feindliche Funktion anderer einzuschätzen, muss man nicht unbedingt Orthopäde sein. Dass der hier ausgestellte Rietveld-Stuhl eher ein dreidimensionaler Mondrian ist als ein kuscheliges

Sitzmöbel, leuchtet sofort ein. Auf Marcel Breuers Freischwinger ohne Hinterbeine (Ende der zwanziger Jahre) möchte man sich trotz des kühlen Stahlrohrs schon eher niederlassen, ebenso auf anderen Bauhausmöbeln.

Manchen Stühlen sieht man den Sitzkomfort sofort an, so den hier abgebildeten: Dem ästhetisch vollkommenen grazilen Rohrgeflechtstuhl von William Godwin (um 1867 bis 1885 in London hergestellt) wie auch dem robusten Biegeholzstuhl von Egon Eiermann (um 1950). Das schon vor ihm von Aalto und Saarienen verarbeitete gebogene Sperrholz ist quasi die „flächige“ Weiterentwicklung des – bis in die dreißiger Jahre des 19. Jahrhunderts zurückreichenden – Bugholzverfahrens der Firma Thonet mit ihren weit verbreiteten Wiener Kaffeehausstühlen.

Als man dann die leicht formbaren Kunststoffe vom Boots- in den Möbelbau übernahm, entstanden um 1950 die schönen, aber nur scheinbequemen Sitzschalen der Brüder Eames oder von Arne Jacobsen. Bei ihm war zeitweise Verner Panton tätig, dem es um 1960 gelang, einen höchst phantasiereichen und zugleich bequemen Kunststoffstuhl aus einem Stück zu formen wie eine Plastik. Einen gewissen Fortschritt fürs gequälte Kreuz hat die Moderne denn doch gebracht, denkt man etwa an den Barocksessel in einem anderen Teil des Museums mit seiner reichgeschnitzten, gut als Folterinstrument geeigneten Rückenlehne.

Nur – es ist mit der Möbel- wie mit der ärztlichen Kunst: Der Fortschritt kommt nicht überall an. Warum ist zum Beispiel ausgerechnet das neue Gestühl im Großen Hörsaal der alten Charité-Klinik für Innere Medizin ein solches Verbrechen gegen den menschlichen Stütz- und Bewegungsapparat?

Rosemarie Stein

Sitzen ist Kunst. Stühle von Architekten und Designern. Kunstgewerbemuseum, Kulturforum, bis 11. Juni 2006.



Biegeholzstuhl von Egon Eiermann (um 1950)

Hans Herrmann zum 75sten

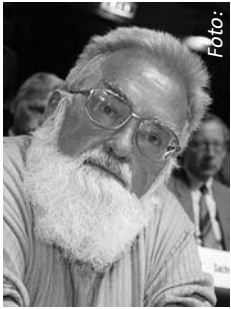


Foto:

Am 5.4.1931 wurde Dr. med. Hans Herrmann als Sohn eines Augenarzt-Ehepaares in Plauen im Vogtland geboren.

1949 machte er an dem bekann-

ten Gymnasium Schulpforta sein Abitur. Arbeits- und Wehrdienst und somit Gefangenschaft und Verwundungen blieben ihm erspart. Seine akademische Laufbahn begann er zunächst mit dem Studium Alter Sprachen von 1949 bis 1952 an der Humboldt-Universität in Ostberlin.

Von 1952 bis 1959 studierte er dann Medizin in Bonn und München und erhielt 1962 die Approbation nachdem er bereits 1961 promoviert hatte. Seine Assistenzarzt-Tätigkeit absolvierte er quer durch Deutschland in München, Crails-

heim, Griesbach, Bremerhaven und Berlin. 1964 ließ er sich in Spandau als Praktischer Arzt nieder und wurde 1972 „sedendi gratia“ wie er es selbst nannte Arzt für Allgemeinmedizin. Seine Kassenarzttätigkeit übte er zur Zufriedenheit zahlreicher Patienten bis 1995 aus.

1965 wurde er Mitglied im Berufsverband der Praktischen Ärzte (BPA) und vertrat die Interessen der Allgemeinärzte als Delegierter in der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin. Er war Delegierter und jahrelanger Schriftführer im Vorstand des BPA, in dieser Zeit verfasste er zahlreiche Publikationen und war bekannt durch seine Leserbriefe in der Ärztepresse. Zeitweilig war er trotz umfangreicher Praxis-Arbeit in einer großen Zahl von Ausschüssen der beiden Institutionen der ärztlichen Selbstverwaltung.

Seine schwierigste berufspolitische Zeit hatte er als Ärztekammer-Vorstandsmit-

glied unter Elis Huber als er gegen den Widerstand seines Verbandes dessen Position einnahm und unbeirrt seine Auffassungen von einer fortschrittlichen Ärzteschaft vertrat, die eine Alternative zu einem konservativen Berufsbild darstellte. 1997 ehrte ihn der BDA mit der Ehrenmitgliedschaft. Bis zu den gegenwärtigen Satzungsänderungen war er außerordentliches Mitglied der KV-Vertreterversammlung. Die Verbindung zur Basis hält er noch immer durch Praxis-Vertretungen aufrecht und hilft so auch vielen Kollegen.

Daneben ist er freilich auch immer noch ein begeisterter Alt-Philologe und nimmt es als Gasthörer an der FU in Byzantinistik mit der jungen Generation in jedem Seminar auf. Seine Elegischen Distichen sind auf allen Festveranstaltungen berühmt. Ein Garten und seine Fischzucht sind seine ganze Freude.

Wir wünschen ihm für die kommenden Lebensjahre alles Gute und danken ihm für seinen bisherigen – und hoffentlich auch zukünftigen Einsatz.

Dr. med. Kurt Samuel

BERLINER ÄRZTE

5/2006 43. JAHRGANG

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin,
Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Herausgeber:

Ärztekammer Berlin
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-0
E-Mail: presse@aekb.de

Redaktion:

Dipl. jour. Sascha Rudat (v.i.S.d.P.)
Eveline Piotter (Redaktionsassistentin)

Redaktionsbeirat:

Dr. med. Günther Jonitz
Dr. med. Elmar Wille
LMD Dr. sc. med. Manfred Dücker
Dr. med. Daniel Sagebiel MPH

Anschrift der Redaktion:

Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-1600/-1601, FAX -1699
Titelgestaltung: Sehstern/Berlin

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

Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:

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

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

Die Zeitschrift erscheint 12mal im Jahr jeweils am 1. des Monats. Sie wird von allen Berliner Ärzten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft zur Ärztekammer bezogen. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedspreis abgegolten. Nichtmitglieder können die Zeitschrift beim Verlag abonnieren. Der Jahresbezugspreis (12 Ausgaben) beträgt im Inland € 61,40 (einschließlich Versand), Patenschaftsabonnement Berlin-Brandenburg € 40,90 (einschließlich Versand). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 4,20 zzgl. € 2,50 Versandkosten.
Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 6 vom 01.01.2006.

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

ISSN: 0939-5784