

Geht die Rechnung auf?



Foto: Råse

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

Der Masterplan ist über zehn Jahre alt. 1996 entwarf die damals oppositionelle SPD einen Masterplan, der unter anderem den permanenten finanziellen Druck auf das Gesundheitswesen („Globalbudget“) als auch die so genannte „Zerschlagung von Monopolen“ vorsah. Mit einer unübersehbaren Vielzahl an neuen Vertrags- und Rechtsformen wurde die Unübersichtlichkeit geschürt, der bürokratische Aufwand massiv erhöht und die Glaubwürdigkeit bestehender Systeme geschwächt. Im ambulanten Bereich ist das politische Prinzip des „Teile und herrsche“ sehr erfolgreich. Dort können die Politiker den Gladiatorenkämpfen zwischen Ärzteverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen im Streit um Versorgungsverträge zusehen wie frühere die Senatoren im alten Rom.

Auf der individuellen Ebene entstehen Ausweichstrategien, von der IGeL-Leistung in ihrer Ausprägung zwischen „beschämend“ und „seriös-verantwortungsbewusst“, bis zur Abstimmung mit den Füßen in gelobte Länder wie Österreich, Schweiz oder Großbritannien oder in alternative Betätigungsfelder.

Mit dem so genannten Gesundheitsfonds sind jetzt die Krankenkassen dran. Sie müssen Geld und Verantwortung abgeben und mit dem Rest ihrer Möglichkeiten „Wettbewerb“ machen. Eine Art zweite Arena für die nächsten Gladiatorenkämpfe. Damit das Ganze politisch korrekt bleibt, werden Themen wie „Sicherheit und Qualität“ entdeckt und mit Worten, aber nicht mit Taten oder Geld gefördert und die Selbstbestimmung der Patienten durch „mehr Transparenz“

angeblich gefördert. So werden zwei weitere Ziele erreicht: Der Anschein des Gutmeinenden bleibt gewahrt und die Letztverantwortung wird auf den ‚mündigen Patienten‘ verlagert, der ja die Möglichkeit hatte, sich vor einer Behandlung kundig zu machen, was und wer für ihn der Richtige ist. Die Einführung des „Verschuldensprinzip“ in der Krankenversicherung – von Piercingproblemen zur Lifestyle-Krankheit Übergewicht mit Gefäßkrankheiten ist es nur ein Schritt – bekommt eine neue Dimension.

Die Politik wäscht ihre Hände in Unschuld. Wer immer sich dieses Konzept ausgedacht hat, man kann ihm dazu gratulieren.

Das Konzept basiert auf Ideologie und setzt auf Verknappung der Ressourcen. „Herr Jonitz, wenn die Hälfte der Ärzte weg wäre, mit der anderen Hälfte könnte man sehr gut leben – oder meinetwegen 60 : 40“ machte ein prominentes Mitglied der Bundesregierung ihrem Unmut letztes Jahr Luft. Alles klar!?

Die gute Nachricht ist: Wer von uns die nächsten fünf bis zehn Jahre beruflich überlebt, dem geht es wieder gut. Spätestens das Gesetz von Angebot und Nachfrage wird den Arztberuf wieder zur neuen Elite machen.

Die zweite gute Nachricht ist: Mit unseren Kernaufträgen „salus aegroti suprema lex“ und „primum nil nocere“ liegen wir bei Patient, Politik und Öffent-

lichkeit weiterhin richtig. Diese Werte sind unsere Grundlage als Berufsstand und als individuelle Ärztinnen und Ärzte. Und sie sind die Grundlage für die eigene berufliche Erfüllung.

Die Konkretisierung dieser Werte „salus“ und „securitas“ unterliegt den gleichen Veränderungen wie unser gesamtes Umfeld und werden permanent neu definiert. Vieles ist primäre ärztliche Tugend: Welches Problem hat mein Patient? Wie kann ich ihm am besten helfen? Habe ich ihm tatsächlich geholfen? Wenn ja, mit welchem Aufwand? Wenn nein, warum nicht? „Wiederentdeckung primärer ärztlicher Tugenden auf systematischer Basis“ heißt das politische Programm, mit dem der einzelne Arzt seine Grundlagen wiederentdeckt oder bestätigt und die Ärzteschaft Glaubwürdigkeit und politischen Einfluss zurückgewinnt. Beginnen kann man in der Zeit der allgemeinen und berechtigten Klage mit einem „Tag der guten Botschaft“. Ärger gibt's genug, liebes Praxisteam, liebe Kollegen, liebe Station/Abteilung. Aber, worauf sind wir eigentlich richtig stolz? Was war wirklich klasse? Was hat Freude gemacht? Dazu reicht eine Kanne Kaffee oder Tee und ein bis zwei Stunden Zeit. Hebt die Lebensfreude und schärft die Sinne für das Wesentliche. Damit die politische Rechnung des „Kleinkriegens“ nicht aufgeht!

Ihr

MEINUNG.....

Geht die Rechnung auf?

Von Günther Jonitz.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*.....6BERUFS- UND GESUND-
HEITSPOLITIK**Begleitete Visite**

Die Park-Klinik Weißensee geht neue Wege bei der Arzt-Patienten-Kommunikation.

Von Rosemarie Stein..... 22

Bestandene Facharztprüfungen

März bis Juni 2007.....25

FORTBILDUNG.....

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

Fortbildungsveranstaltungen der Ärztekammer Berlin..... 20

BUCHBESPRECHUNGEN.....

Allgemeine Klinische Medizin

.....24

FEUILLETON.....

Musici Medici

Seit 25 Jahren gibt es das Kammerorchester der Universitätsmedizin Berlin. Zeit für einen Rückblick

Von Rosemarie Stein 28

Impressum 38

TITELTHEMA.....

JANUSKÖPFIGE STACHELTIERE**10 Jahre IGeL – Nutzen oder Schaden für die Patienten?**

Das Thema IGeL treibt die Ärzteschaft weiter um. Nicht selten werden die Angebote von Patienten und Verbraucherschützern kritisiert. BERLINER ÄRZTE zeigt den aktuellen Stand zehn Jahre nach der IGeL-Einführung.

Von Sybille Golkowski.....14

In weiten Teilen ohne Nutzen

Interview mit dem Vizepräsidenten der Deutschen Gesellschaft Für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Professor Heinz-Harald Abholz.....18

Strategisches Instrument

Interview mit dem „Erfinder“ des IGeL-Konzepts, Dr. Lothar Kimmel.....19

Unsicherheiten bei Abrechnung für EU-Ausländer

Die österreichische Patientin traute ihren Ohren nicht. Sie hatte in einer Berliner Arztpraxis ihre europäische Krankenversicherungskarte vorgelegt, doch der niedergelassene Arzt weigerte sich, sie anzuerkennen. Er könne die Karte nicht in seinem Computer einlesen und müsse ihr deshalb die gesamte Behandlung privat berechnen, ließ er die verutzte Frau wissen. Die war darüber so verärgert, dass sie sich in ihrem Zorn an den „Tagesspiegel“ wandte. Ja sind Berlins Arztpraxen etwa noch nicht in Europa angekommen?

Doch, selbstverständlich. „In der Regel haben wir wenig Rückfragen zur EU-Versicherungskarte; die Kollegen kennen das Ver-

fahren recht gut“, resümiert KV-Beratungsarzt Helmut Körngen auf Nachfrage dieser Zeitschrift. Er verweist auf zwei Rundschreiben der KV Berlin, die das Abrechnungsprozedere ausführlich erklärt haben (s.u.). Dennoch gibt es zuweilen Unsicherheiten.

Grundsätzlich gilt: Die EU-Versicherungskarte ersetzt für Patienten aus dem EU-Ausland den früheren Auslandskrankenschein. Sie gilt für Versicherte, die sich vorübergehend in Deutschland aufhalten (Touristen, Studierende, entsandte Arbeitnehmer). Die Karte deckt eine unmittelbar erforderliche medizinische Versorgung (z.B. Beinbruch, kranker Zahn, Virusinfektion, u.a.) ab. Auch eine fortlaufende Versor-

gung chronisch Kranker ist einbezogen. Allerdings sind nicht alle in Deutschland geltenden GKV-Leistungen über die Karte abgedeckt. Ausgeschlossen sind z.B. vor dem Aufenthalt in Deutschland geplante medizinische Leistungen, Präventionsleistungen oder planbare Behandlungen von Chronikern, die den Einsatz einer besonderen Technik erfordern (Beispiel: Dialysebehandlungen). Hier müssen die Versicherten bereits im Heimatland mit ihrer Kasse abklären, ob diese für die Kosten während des Deutschland-Aufenthaltes aufkommt.

Abgerechnet werden die Leistungen in Zusammenhang mit der EU-Versicherungskarte formulargestützt, insofern läuft der Einwand „Die kann ich in meinen Computer nicht einlesen“ ins Leere. Die Daten der Karte sind in der Arztpraxis manuell zu übertragen; über die Formulare 80 und 81 meldet die Praxis den Patienten dann bei einer Krankenkasse seiner Wahl an. Zur Abrechnung mit der KV druckt sich der Arzt später einen Abrechnungsschein aus. Die Vergütung erfolgt ausserhalb der Individualbudgets!

Übrigens: Für Patienten aus dem europäischen Ausland, die länger in Deutschland leben

und hier über eine Akutversorgung hinaus z.B. auch Präventionsleistungen in Anspruch nehmen wollen (U-Untersuchungen bei Kindern, Vorsorgetermine in der Schwangerschaft, etc.) kann es praktisch sein, eine deutsche Versicherungskarte zu beantragen. Sie müssen sich von ihrer Krankenkasse im Ausland einen entsprechenden Vordruck ausstellen lassen, mit dem sie sich bei einer Kasse ihrer Wahl in Deutschland anmelden. Dadurch erhalten sie eine deutsche Krankenversicherungskarte und haben Zugang zu allen GKV-Leistungen. Dies sollte in der Patientenkommunikation berücksichtigt werden.

Ausführlich erläutert ist das Verfahren im Merkblatt „EU-Versicherungskarte“ der KV Berlin, das diese per Rundschreiben – zuletzt aktualisiert anlässlich der Fußball WM – an alle niedergelassenen Ärzte versandt hat. Die KV hält es auf ihrer Homepage www.kv-berlin.de bereit (Schlagwortsuche „EU-Versicherungskarte“). Rückfragen zum Verfahren beantworten die KV-Beratungsärzte, erreichbar über das Servicecenter der KV Berlin, Tel. 030/31003-999. *sygo*

ANZEIGEN

Psychosomatische Frauenheilkunde

DGPFG-Jahrestagung im Langenbeck-Virchow-Haus

Welche Aufgaben und welche Bedeutung erwachsen der psychosomatischen Frauenheilkunde sowie einem integrierten psychosomatischen Denken im Spannungsfeld zwischen High-Tech-Medizin und humanem medizinischen Handeln zu? Damit beschäftigt sich die 37. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V. (DGPFG) vom 20. bis 23. Februar im Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin-Mitte. Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz wird bei der Jahrestagung ein Grußwort halten.

Verstummende Sprech-Stunde



Warum die Medizin oft so ineffektiv ist und bald nicht mehr bezahlbar sein wird, verstand man nach dem Vortrag des Berliner Arztes und Schriftstellers Jakob Hein besser.

Die ärztliche Kunst wird den Medizinerinnen immer schwerer gemacht. Nie erfüllte eine „Gesundheitsreform“ die Verheissung, die Kosten zu senken. Verringert wurde jedoch die Zufriedenheit der Patienten wie der Ärzte, und verringert wurde die Zeit, die der Arzt dem einzelnen Patienten widmen kann. An die Ärzte wurden immer neue, ökonomisch begründete Forderungen gestellt. „Sie liefen alle darauf hinaus, mehr Patienten in kürzerer Zeit zu behandeln“, sagte Jakob Hein, Oberarzt der Psychiatrischen Klinik der Charité.

Er hielt den Albrecht von Graefe-Gedächtnisvortrag über die Grenzen der Evidenz, und das war hörensenswert. Aber der schön restaurierte Saal des Langenbeck-Virchow-Hauses war nur schütter besetzt. Deshalb sollen Sie hier wenigstens ein paar Fakten und Reflexionen dieses außergewöhnlichen Vortrags nachlesen können. Hein sprach kritisch über unsere „postmoderne“ Medizin und hob sie deutlich von der Medizin der Moderne ab:

Das radikal pluralistische Weltbild der Postmoderne spiegelt sich in einer Medizin, die keinen absoluten Wahrheitsanspruch

mehr stellt und sich pragmatisch auf die Anwendung des bereits Bekannten konzentriert, während die Medizin der gerade vergangenen Moderne fortschrittsgläubig auf immer Neues aus war. Aber ein großes Plus hob Hein hervor: „Die Medizin der Moderne kannte noch Mitmenschlichkeit“, wofür heute wenig Platz ist, denn „Mitmenschlichkeit ist nahezu unbezahlbar geworden“.

Ein paar von Hein genannte Zahlen lassen aber daran zweifeln, ob die Gesundheitspolitiker und -ökonomen richtig rechnen: In Deutschland dauert der durchschnittliche Arzt-Patient-Kontakt gerade einmal 7,8 Minuten (heute vielleicht noch kürzer, denn die Zahl ist fünf Jahre alt). Das ist sehr knapp, auch im Vergleich mit anderen Ländern, zum Beispiel den Niederlanden (13,2 min), Österreich (14,6 min) oder gar den USA (19,1 min). Diese paar Minuten reichen nicht, um den therapeutischen Effekt des Arztes selbst (im Sinne Balints) zur Entfaltung zu bringen. Sie reichen nicht einmal, um die wirksamsten Wege der Diagnostik zu beschreiben: Ausführliche Anamnese und gründliche körperliche Untersuchung.

Diese beiden Verfahren allein führen ja zu 80 bis 90 Prozent der Diagnosen. Das wird schon im Studium gepredigt, sagte Hein, und es ist eigentlich allgemein bekannt und anerkannt. Aber was passiert mit dieser Erkenntnis im ärztlichen Alltag? Die Konsultation wird in 55 Prozent der Fälle beendet, indem man den Patienten ein Rezept in die Hand drückt, was aber nur 20 Prozent erwarten. Oder es wird zum Beispiel ein CT, wenn nicht gleich ein MRT verordnet, ohne klinische Untersuchung.

Und was macht ein Patient, der beim Arzt vielleicht 40 Minuten bräuchte, aber nur vier bekommt? Der geht womöglich zu zehn verschiedenen Ärzten, meinte Hein, oder er wandert zu nichtärztlichen Heilern ab, die wenigstens zuhören. Aber wahrscheinlich verzögern die Umwege eine effektive Therapie. All dies verteuert die Medizin enorm.

Helmut Hahn, der als Vorsitzender der Berliner Medizinischen Gesellschaft den Abend moderierte, stimmte ihm zu: „Es wird eine enorm Kosten treibende Überdiagnostik und Übertherapie von uns Ärzten getrieben!“ Als Beispiel nannte er die „antibiotische Keule“, zu der in manchen Praxen und Kliniken viel zu schnell gegriffen wird. Das illustrierte Hahn mit einer besonders grotesken Geschichte: Ein Patient erzählt ihm stolz, ein

Arzt habe ihm das neueste Antibiotikum verordnet, die Tagesdosis für 30 Euro – gegen seine „Rhinitis“.

Dazu Hein: „Wenn ein teures Mittel verschrieben wird, hat der Patient das Gefühl, dass sich die zweistündige Wartezeit für die 7,8 Minuten beim Arzt doch gelohnt hat“. Das Rezept als Ersatz für Zuwendung im Gespräch; das den Arzt zuviel Zeit kostet, denn ein Medikament nicht zu geben dauert viel länger“. Guter Rat ist teuer – zu teuer, aber ärztlicher Rat ist das, was Kranke am nötigsten brauchen. „Der Mensch ist eigentlich weder modern noch postmodern“, meint Hein, „sondern immer noch ein Geschöpf des Mittelalters mit dem Bedürfnis nach Glaube, Liebe, Hoffnung.“

Rosemarie Stein

Meldepflicht für schwere Infektionen durch Clostridium difficile

Die steigende Zahl und zunehmende Schwere von Infektionen mit Clostridium difficile haben das Robert Koch-Institut in Absprache mit den zuständigen Landesgesundheitsbehörden bewogen, eine namentliche Meldepflicht für schwere Infektionen durch diesen Erreger gemäß § 6 Abs.1 Nr. 5a Infektionsschutzgesetz (IfSG) anzuordnen. Darauf weist die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz hin.

Hintergrund: In den USA und Kanada wurden in den vergangenen Jahren nosokomiale Clostridium difficile Ausbrüche beobachtet, die eine signifikante Zunahme der Inzidenz Clostridium-difficile-assoziiierter Durchfallerkrankungen (CDAD) mit einer 3- bis 5-fach erhöhten Letalität aufwiesen. Ähnliches wurde seit 2003 auch in Europa, insbesondere England, Frankreich, Belgien und den Niederlanden festgestellt. Eine weiterführende molekularbiologische Charakterisierung der Stämme zeigte, dass diese überwiegend dem PCR-Ribotyp 027 zuzuordnen sind.

Im Oktober 2007 wurde in einem Krankenhaus in Südwestdeutschland eine Häufung von schwer verlaufenden Clostridium difficile-Infektionen auf mehreren Stationen bemerkt. Dabei mussten drei von vier erkrankte Patienten kolektomiert werden. Zwei dieser Patienten verstarben. Nachfolgende Untersuchungen des zuständigen Gesundheitsamtes und des Robert Koch-Instituts zeigten, dass seit Januar 2007 bereits in 6 Krankenhäusern der Region schwere Clostridium difficile-Infektionen aufgetreten waren, bei denen der Ribotyp 027 nachgewiesen wurde.

Klinik: Im Durchschnitt tritt 5-10 Tage, aber auch unter Umständen erst Monate später, nach Absetzen einer Antibiotikatherapie eine CDAD auf, deren Spektrum von einer passageren, selbstlimitierenden Durchfallerkrankung bis hin zur Manifestation einer pseudomembranösen Kolitis reichen kann. Dies wird insbesondere nach der Gabe von Clindamycin, Cephalosporinen, Chinolonen sowie Aminopenicillinen beobachtet. Weitere Kriterien für eine schwere Verlaufsform sind unter anderem die Notwendigkeit einer stationären Wiederaufnahme aufgrund einer rekurrenten Infektion, die Verlegung auf eine Intensivstation zur Behandlung der CDAD oder ihrer Komplikationen, die Durchführung einer Kolektomie aufgrund eines Megakolons, einer Perforation oder einer refraktären Kolitis sowie Tod innerhalb von 30 Tagen nach Diagnosestellung und CDAD als Ursache oder zum Tode beitragende Erkrankung.

Diagnostik: Bei Patienten mit einem schweren Verlauf einer CDAD sollten Kulturen angelegt und Isolate asserviert werden. Weiterhin ist die Resistenztestung auf Moxifloxacin und Erythromycin anzustreben, um Hinweise auf das Vorliegen des hochvirulenten Ribotyps 027 zu erhalten. Bei Nachweis einer Resistenz gegen beide Antibiotika ist die Durchführung der molekularbiologischen Typisierung des Stammes empfehlenswert. Die Kosten sind vom Einsender zu tragen.

Folgende Laboratorien führen die Ribotypisierung von C. difficile durch:

- Konsiliarlaboratorium für Clostridium difficile, Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene, Obere Zahlbacher Straße 63, 55101 Mainz

- Labor Centrum Nordhorn, Am Eichenhain 1, 48531 Nordhorn
- RKI, FB Bakteriologie, Mykologie, Parasitologie, Burgstraße 37, 38855 Wernigerode

- Institut für Laboratoriumsmedizin, Klinische Chemie und Molekulare Diagnostik, Mikrobiologisches Labor, Universitätsklinikum Leipzig, Paul-List-Straße 13-15, 04103 Leipzig

- Konsiliarlaboratorium für Gastrointestinale Infektionen, Abteilung für Mikrobiologie und Hygiene, Universitätsklinikum Freiburg, Herrmann-Herder-Straße 11, 79104 Freiburg

Meldepflicht: Ist endoskopisch oder histologisch eine pseudomembranöse Kolitis diagnostiziert worden bzw. im Rahmen einer Durchfallerkrankung oder eines toxischen Megakolons der Nachweis toxinbildender Clostridium difficile - Stämme gelungen, so hat bei einer schweren klinischen Verlaufsform die namentliche Meldung gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 5a IfSG unabhängig davon, ob ein epidemiologischer Zusammenhang mit anderen Fällen be-

steht, an das Gesundheitsamt zu erfolgen. Davon unbenommen bleibt die Verpflichtung zur namentlichen Meldung entsprechend § 6 Abs. 1 Nr. 2b IfSG bei Verdacht auf bzw. Erkrankung an einer akuten infektiösen Gastroenteritis, wenn zwei oder mehr gleichartige Erkrankungen auftreten, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird. Ebenfalls hiervon unberührt ist die Pflicht zur nichtnamentlichen Meldung des gehäufteten Auftretens nosokomialer Infektionen mit ebenfalls wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischen Zusammenhang.

Weiterführende Literatur und Hinweise:

Schneider et al „Clostridium-difficile-assoziierte Diarrhö: Ein zunehmendes klinisches Problem durch neue hoch virulente Erreger“ Deutsches Ärzteblatt 104, Ausgabe 22 vom 01.06.2007

McFarland et al „Implications of the changing face of C. difficile disease for health care practitioners“ AJIC 35: 237-253 (2007)

www.rki.de
www.ecdc.europa.eu



Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

St. Marien-Krankenhaus Berlin

Als neuer Krankenhausbetriebs- und Ärztlicher Direktor hat Rolf Grube, MBA am 1. November 2007 seinen Dienst aufgenommen. Er ist Facharzt für Anästhesie und war zuvor tätig als Kommissarischer Verwaltungsdirektor des Cäcilien-Hospitals in Krefeld-Hüls. Grube tritt die Nachfolge von Dr. Karsten Bittigau an, der auf eigenen Wunsch an die Medizinische Einrichtung Teltow gGmbH wechselte.

St. Marien-Krankenhaus Berlin

Zum 1. Oktober 2007 hat Dr. Anne-Grit Bialojan die Leitung der Abteilung für Klinische Geriatrie übernommen. Zuvor war sie Chefarztin der Abteilung für Akutgeriatrie und Rehabilitation am St. Josef Hospital in Xanten am Niederrhein. Sie tritt die Nachfolge von Privatdozent Dr. Klaus-Michael Koeppen an, der in den Ruhestand verabschiedet wurde.

Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum

Leiter der Rettungsstelle ist seit dem 1. November 2007 Dr. Georg Welty. Ehemals Oberarzt in der Notaufnahme des Uniklinikums Aachen, trat die Nachfolge von Gerd Birkenmeier an, der verstorben ist.

ZAR Berlin-Mitte

Dr. Bernd D. Johnigk, ehemals Oberarzt am ZAR Berlin, ist seit 1. Januar Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Abteilung Orthopädie des ZAR Zentrums für ambulante Rehabilitation in der Gartenstraße. Sein Vorgänger, Torsten Wilberg, hat das ZAR Gartenstraße verlassen.

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

*Perflutren***Todesfälle**

Nach der Gabe von Perflutren (Luminit®), einem neuen Ultraschallkontrastmittel zur Anwendung bei „suboptimaler“ Echokardiographie, sind nach einem Bericht der amerikanischen Überwachungsbehörde FDA bisher 10 Todesfälle berichtet worden. 4 Patienten starben während der Gabe oder innerhalb der ersten 30 Minuten, ein Zeitraum, in dem zusätzlich noch 190 schwere unerwünschte Wirkungen auftraten (UAW, u.a. anaphylaktoide Reaktionen, Herzstillstand, Krampfanfälle). Entsprechende Warnhinweise und Kontraindikationen werden in die ameri-

kanische Produktinformation aufgenommen, darunter auch die Forderung nach Ausstattung sowie entsprechenden Erfahrungen mit Wiederbelebungsmaßnahmen.

In der deutschen Fachinformation dieses Diagnostikums (Stand Januar 2007) fehlen deutliche Hinweise auf diese schweren UAW („Nebenwirkungen waren im Allgemeinen von milder bis mittlerer Intensität ... und verschwanden meistens ohne therapeutische Maßnahmen innerhalb von 15 Minuten“), so dass zumindest zusätzliche Warnhinweise auch in Deutschland angezeigt sind.

Quellen: www.fda.gov, EMEA-Informationen zu Luminit

*Lumiracoxib***Ruhen der Zulassung**

Das Ruhen der Zulassung des Cox-II-Hemmers Lumiracoxib (Prestige®) in Australien und danach in Kanada (im Oktober bereits an dieser Stelle berichtet) hat nun auch unsere Zulassungsbehörde veranlasst, das Präparat wegen schwerer Leberschäden mit sofortiger Wirkung aus dem Handel zu nehmen. Das zeitlich variable Auftreten der Lebertoxizität von Lumiracoxib lassen Empfehlungen des Herstellers, bei guter Verträglichkeit die Einnahme bis zur nächsten Untersuchung beim Arzt fortzusetzen, ärztlich nicht begründet erscheinen.

Quelle: AkdÄ Newsletter 2007-115

*Albumininfusionen***Erhöhte Sterblichkeit**

Nach einem Kommentar hat sich das Ergebnis einer früheren Studie an weiteren 460 Patienten in einer Post-hoc Follow-up-Studie bestätigt: Patienten mit schweren traumatischen Hirnverletzungen profitieren nicht von einer Gabe

von Albumin. Es bestand im Vergleich zu einer Kochsalzinfusion ein erhöhtes relatives Risiko von 1,88. Patienten mit mittelschwerem Trauma zeigten keinen signifikanten Unterschied in den Sterberaten.

Quelle: Referiert in Dtsch.med. Wschr 2007; 132: 2185 aus N Engl J Med 2007; 357: 874

*Glycyrrhetinsäure***Hypertonie**

Eine 60-jährige Patientin hatte eine seit Jahren, auch mit einer Dreierkombination (Betablocker, Diuretikum, Sartan) schwer einstellbare Hypertonie ohne Nachtabenkung, verbunden mit einer Hypokaliämie, die auch nach Weglassen des Diuretikums weiter bestand. Differenzialdiagnostisch wurde ein primärer Hyperaldosteronismus ausgeschlossen. Nach dem die Patientin einen täglichen Verzehr von circa 100 g Lakritz eingestanden hatte, normalisierten sich unter

Lakritzabstinenz innerhalb von 8 Wochen die Blutdruckwerte mit Nachtabenkung sowie die Kaliumwerte, so dass die Therapie der Hypertonie allein mit einem Betablocker ausreichte. Die in Lakritz enthaltene Glycyrrhetinsäure hemmt die Umwandlung von Cortisol in Cortison und führt dadurch zu einer Aktivierung des renalen Mineralokortikoidrezeptors. Die Einnahme großer Mengen Lakritz sollte daher bei schwerer hypokaliämischer Hypertonie differenzialdiagnostisch erwogen werden.

Quelle: Dtsch. Med. Wschr. 2007; 132: 2448

Anregungen, Vorschläge und insbesondere kritische Anmerkungen aus der Praxis und Klinik zu den Artikeln dieser Serie sind ausdrücklich erwünscht.
Telefon: 0211 4302-1560, Fax: 0211 4302-1588, E-Mail: dr.hopf@aekno.de
Dr. Günter Hopf, ÄK Nordhein, Tersteegenstr. 31, 40474 Düsseldorf

Steuer

Gewerbliche „Infizierung“ von Arztpraxen?

Nach §§ 140 a ff. SGB V werden zwischen Arzt und Krankenkasse bei einer integrierten Versorgung Verträge abgeschlossen, nach denen die Krankenkasse dem Arzt für die Behandlung der Patienten eine Fallpauschale zahlt. Diese Fallpauschale deckt sowohl die medizinische Betreuung als auch die Abgabe von Arznei- und Hilfsmitteln ab. Das bedeutet, dass sowohl freiberufliche als auch gewerbliche Tätigkeiten von dieser

Pauschale abgedeckt werden. Eine Tatsache, die Folgen haben kann. Denn es stellt sich die Frage, ob die gesamten Einkünfte der Praxis durch diesen gewerblichen Anteil – also durch Abgabe von Arznei- und Hilfsmitteln – gewerblich „infiziert“ werden (i. S. v. § 15 Abs. 3 Nr. 1 EStG). Die Vertreter der obersten Finanzbehörden der Länder und des Bundesministeriums der Finanzen haben in einer abgestimmten Verwaltungs-

auffassung festgelegt: Es kommt in diesen Fällen zu einer gewerblichen Infizierung der gesamten Tätigkeit der Gemeinschaftspraxen – sofern die von der BFH (Bundesfinanzhof) – Rechtsprechung ausgestellte Geringfügigkeitsgrenze (1,25 v. H.) überschritten ist (vgl. BFH-Urteil vom 11.08.1999, BStBl 2000 II S. 229 = StuB 1999, S. 1106).

(Quelle: Ralph Böttcher, www.DanRevision.com)

Leserbrief

Kammer sorgt für Patientensicherheit BERLINER ÄRZTE 01/08



Die darin geschilderte, kriminelle Kasuistik ist erschreckend. Täterschutz darf es in unseren Reihen nicht geben. Betroffene Patienten haben stets unser uneingeschränktes Mitgefühl, müssen selbstverständlich angemessen entschädigt werden. Leider hat der so genannte Patientenschutz eine ziemlich unerfreuliche Kehrseite, worauf man im Kammerbeitrag vollständigkeitshalber wenigstens andeutungsweise hätte hinweisen können. Es ist nicht zu bestreitende Wahrheit und eigentlich völlig unverständlich, dass bei Differenzen zwischen Patient und Arzt auch Kollegen, die sich dem Patienten gegenüber unter Wahrung ihrer ärztlichen Pflichten völlig korrekt verhalten haben, mit Beschwerden bei der KV oder Ärztekammer, Schlichtungen und/oder Zivil- sowie Strafprozessen überzogen werden, sie erfahrungsgemäß Beleidigungen, Verleumdungen, Nötigungen, Falschaussagen (alles Straftatbestände!) bei hochkochenden Emotionen hinnehmen müssen und trotz des Fehlens jedweder Haftungsgrundlage dennoch hartnäckig mit vermeintlichen Ansprüchen verfolgt werden. Der Unerfahrene mag so etwas einfach nicht glauben, es ist aber mitunter die harte Wirklichkeit. Beim Kampf solcher Patienten um „Beute durch Krankheit“ haben sich in diesen Fällen Täter- und Opferrolle total umgekehrt, also wäre korrekterweise der Titel des oben genannten Beitrages zu ergänzen: „Kammer sorgt für Patienten- und Mitgliedersicherheit“.

Dr. med. Alfred Lubitz

Gesucht



Kollegensport

Gemeinsam regelmäßig mit ärztlichen Kollegen/innen Sport treiben oder Musik machen – wo gibt es das in Berlin? Die Anfrage einer Berliner Ärztin, die sich gern in eine solche Gruppe einklinken würde, konnten wir leider nicht beantworten. Deshalb fragen wir unsere Leser: Gibt es selbst initiierte ärztliche Sport- oder Musikgruppen (letztere unterhalb des hohen Niveaus der beiden bekannten Berliner Ärzt orchester) in der Stadt? Falls ja, bitte melden unter: tkzen@t-online.de.

AWMF-Leitlinienkonferenz tagt in der Kammer

Die 18. Leitlinienkonferenz der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) hat am 14. Dezember in der Ärztekammer Berlin getagt. Im Zentrum der Konferenz stand die Kosten-Nutzen-Bilanz von Leitlinien. Beleuchtet wurden die Grenzen und Möglichkeiten einer ökonomischen Bewertung der Leitlinienentwicklung. Gefragt wurde auch, ob sich die Methoden der Evidenzbasierung und eine gesundheitsökonomische Bewertung ausschließen. Unter den Experten der Fachgesellschaften herrschte weitgehend Einigkeit, dass bei der Erstellung von Leitlinien auch die vorhandenen Ressourcen und die gesundheitsökonomischen Auswirkungen berücksichtigt werden



Foto: S. Rudat

müssten. Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz sagte zur Eröffnung, die Ärztekammern, die eine doppelte Verantwortung für Ärzte und Patienten hätten, könnten

durch ihre Problemlösungskompetenz viel zur Gestaltung von Leitlinien beitragen. Für die Entwicklung der Qualität in der Medizin sei „sauberes Wissen“, sprich evidenzbasiertes Wissen

erforderlich. Dieses werde auf den AWMF-Leitlinienkonferenzen in vorbildlicher Weise zusammengetragen.

srd

Allgemeinmedizin

Kammer weist Kritik an DV-Entscheidung zurück

Die Ärztekammer Berlin weist die Kritik der Senatsverwaltung für Gesundheit an der Entscheidung der Delegiertenversammlung zur Wiedereinführung des Faches Allgemeinmedizin als eigenständiges Gebiet zurück. Kurz vor Weihnachten hatte Gesundheitsstaatssekretär Dr. Benjamin-Immanuel Hoff in einem Schreiben an die Kammer die jüngste Änderung der Berliner Weiterbildungsordnung durch die DV kritisiert. Diese hatte am 14. November entschieden, das Fach Allgemeinmedizin wieder zu einem eigenständigen Gebiet mit geändertem Weiterbildungsgang zu machen. In einem zukunftsweisenden Konzept wird der Allgemeinarzt in Berlin damit wieder ein Facharzt mit

breiter Qualifikation auch in den Fächern Chirurgie und Orthopädie. Der Hybrid-Hausarzt für „Innere und Allgemeinmedizin“, ein Konzept, das bereits durch das Ausscheren anderer Landesärztekammern nicht mehr einheitlich bestand, wird damit auch von der Ärztekammer Berlin verlassen (wir berichteten). In seinem Schreiben beharrte Staatssekretär Hoff jedoch weiterhin auf diesem berufspolitisch bröckelnden Kurs. Hoff führte an, die zukünftige Notifizierung eines Facharztes für „Innere und Allgemeinmedizin“ sei auf Europa-Ebene in Gefahr. Zudem glaubt er, dass der beschlossene Weiterbildungsgang Allgemeinmedizin „nicht annähernd in der Mindestwei-

terbildungszeit“ abgeleistet werden könne; ohne freilich konkret zu benennen, worauf diese Befürchtung fußt. Hoff greift damit eine Argumentation der Bundesärztekammer auf. Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz betonte in einem Antwortschreiben an die Senatsverwaltung, dass der „Facharzt für Allgemeinmedizin“ deutschland- und europaweit notifiziert ist. Damit ist die jüngste Entscheidung der Ärztekammer Berlin selbstverständlich europarechtskonform. Jonitz erinnerte ferner daran, dass die Kammer nach § 12 des Weiterbildungsgesetzes für die Heilberufe sogar verpflichtet ist, die Bezeichnung „Facharzt für Allgemein-

medizin“ zu erteilen. Aus Sicht der Ärztekammer Berlin gehört es in den Bereich der Spekulation, ob je auf europäischer Ebene die Mischform eines „Facharztes für Innere und Allgemeinmedizin“ anerkannt würde, den es bislang nur in Deutschland und sonst in keinem anderen EU-Staat gibt. Die Kammer hofft auf die Einsicht der Gesundheitsse-natsverwaltung und fordert sie auf, die Genehmigung der geänderten Weiterbildungsordnung nicht zu verzögern. Anderenfalls droht eine Verunsicherung von Ärzten in der Weiterbildung, was nicht ohne Auswirkungen auf die Patientenversorgung bliebe. Dies kann nicht im Sinn des Senats sein.

Online

Mitglieder-Portal der Kammer kurz vor dem Start

Die letzten Tests laufen. Der Start rückt immer näher. In Kürze steht den interessierten Berliner Kammermitgliedern ein Web-Portal zu ihrer Ärztekammer zur Verfügung. Die Kammer will ihren Mitgliedern damit noch mehr Service bieten. Als erste Dienstleistung steht der Zugang zum persönlichen Fortbildungspunktekonto zur Verfügung. Das Punktekonto lässt sich dann jederzeit bequem von jedem Computer mit Internetanschluss einsehen. Weitere nutzerfreundliche Dienstleistungen werden folgen.

Wie bei einem Online-Bankkonto steht am Anfang die einmalige Einrichtung des Onlinezugangs. Benötigt wird der Benutzername, die eindeutige Identifizierung (Postident-Verfahren), ein Einmal-Passwort, das Approbationsdatum oder Datum der Berufserlaubnis, eine gültige E-Mail-Adresse sowie ein Internetzugang.

Zur besseren Einführung wird die Aussendung der Zugangsdaten (1. Brief: Benutzername + Postident-Coupon mit Einwilligungserklärung) schrittweise erfolgen, das heißt in den nächsten Wochen werden nach Abschluss der Tests wöchentlich 1.000 bis 5.000 Kammermitglieder angeschrieben.

Bitte haben Sie etwas Geduld. Auf der Internetseite der Ärztekammer Berlin, www.aerztekammerberlin.de, haben wir den genauen Ablauf des Erst-Zugangs erläutert sowie eine Beschreibung der Durchführung des Postident-Verfahrens bereitgestellt.

Nachdem der Erst-Zugang abgeschlossen ist, man also ein neues Passwort gewählt hat und den Link in der Bestätigungs-E-Mail erfolgreich betätigt hat, steht das Web-Portal zur Verfügung.

Im ersten Schritt der Einführung steht das persönliche Fortbildungspunktekonto zur Verfügung. In späteren Projekten werden Funktionen hinzugefügt, mit denen die Kammermitglieder Meldedaten (Arbeitgeberwechsel, Anschriftenänderung, Kontoänderungen etc.) mitteilen, Anträge stellen, Fortbildungen buchen sowie Anfragen an einzelne Abteilungen rund um die Uhr sicher übermitteln können. In der Vision sollen nach und nach alle nützlichen Funktionen angeboten werden, die die

Servicefunktion der Ärztekammer Berlin gegenüber ihren Mitgliedern erhöht und den Informationsaustausch verbessert. Dies wird ein stetiger Entwicklungs- und Verbesserungsprozess.

Das Online-Fortbildungspunktekonto

Nachdem Sie sich wie oben beschrieben online mit Ihren Zugangsdaten identifiziert haben, können Sie sich alle erfassten Buchungen Ihres Fortbildungspunktekontos anzeigen lassen. Hierbei sind neben dem Datum der Veranstaltung, Punkte, Kategorie, Name des Veranstalters und Titel der Veranstaltung aufgeführt. Die Summe der Punkte wird angezeigt und bei Bedarf lässt sich das Konto sortiert ausdrucken.

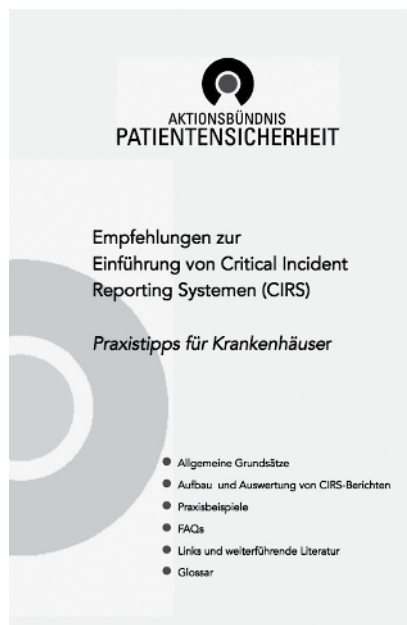
Die umfangreiche Erfassungsarbeit, insbesondere die vielen Teilnehmerlisten ohne Barcode-Aufkleber, der letzten Jahre haben circa 1.500.000 Fortbildungsbuchungen erzeugt.

Sollten Ihnen in Ihrem Fortbildungspunktekonto Fehler auffallen – es fehlt zum Beispiel eine Veranstaltung –, bitten wir Sie, uns bei der Korrektur zu unterstützen.

Hinweise hierzu entnehmen Sie bitte dann dem Web-Portal. Die zuverlässigste Methode zur richtigen Erfassung von Punkten ist die Verwendung Ihrer Fortbildungspunkte-Aufkleber.

Wir freuen uns darauf, Ihnen bald rund um die Uhr einen Zugriff auf Ihr Fortbildungspunktekonto bieten zu können.

Patientensicherheit



CIRS-Info-Broschüre für Krankenhäuser

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit gibt in einer neuen Broschüre Krankenhäusern „Empfehlungen zur Einführung von Critical Incident Reporting Systemen (CIRS)“.

Auf 38 Seiten erhalten Interessierte zahlreiche Praxistipps. Es wird erklärt, warum CIRS an Krankenhäusern sinnvoll sind, was sie leisten können, welche juristischen Rahmenbedingungen und technischen Lösungen es gibt.

Ergänzt wird dies durch Praxisbeispiele, FAQs, Links und weiterführende Literatur sowie einem Glossar. Die Broschüre lässt sich als PDF-Dokument von der Homepage des Aktionsbündnisses herunterladen: www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de unter „Veröffentlichungen und Downloads“.

JANUSKÖPFIGE STACHELTIERE



INDIVIDUELLE GESUNDHEITSLEISTUNGEN

Was die Praxis des einen vor dem Absturz ins Bodenlose bewahrt, ist für andere merkantiler Schnickschnack, der die Ärzte in den Ruch geldgieriger Abzocker bringt. Auch im Jahre 10 nach Erfindung der IGeL, der Individuellen Gesundheitsleistungen, polarisiert das Thema die Ärzteschaft. Die schmalen Praxis-Budgets – noch immer orientiert am Stichjahr 2002 – nehmen vielen Niedergelassenen die Luft zum Atmen. So mancher sieht da das Geschäft mit den privat abrechenbaren Zusatzleistungen als einzigen Rettungsanker. Doch das IGeLn bleibt eine Gratwanderung. Die meisten Ärzte bewahren hier Augenmaß. Leider reichen aber schon einzelne Kollegen, die ihre Patienten unter Druck setzen, salopp Bar-Pauschalen kassieren oder schlecht aufklären, um den gesamten Berufsstand in Misskredit bringen.

Von Sybille Golkowski

IGeL

10 Jahre IGeL – Nutzen oder Schaden für die Patienten?

Zunächst die gute Nachricht. Die Aufregung, die noch vor wenigen Jahren um das Thema Individuelle Gesundheitsleistungen herrschte, scheint sich gelegt zu haben. Zehn Jahre nach Erfindung der IGeL verbuchen nicht nur die Ärztekammer Berlin sondern auch Patientenberatungsstellen und Verbraucherzentrale vergleichsweise wenige Beschwerden zum Thema. „Etwa 25 - 30 von 1000 Anfragen pro Jahr betreffen zur Zeit die IGeL“, so das Büro der Berliner Patientenbeauftragten Karin Stötzner. Ähnliches vermeldet die Berliner Geschäftsstelle der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland. Auch hier sind es nur etwa 30 von 1000 Anrufern, die sich zu den IGeL Luft machen. Ob das bedeutet, dass Berlins Ärzte beim IGeL besonders moderat vorgehen, oder ob hiesige Patienten im Umgang mit den Offerten einfach nur „cooler“ geworden sind, bleibt offen.

Fakt ist jedoch: Es wird mehr „geIGeLt“ als je zuvor. Das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) hat im Juli 2007 zum zweiten Mal den IGeL-Markt sondiert. Die repräsentative Umfrage unter 3000 Versicherten zeigte im Vergleich zu 2004 ein Anstieg der IGeL-Aktivitäten. Mehr als 18 Millionen, also 25,2 % aller GKV-Versicherten (2004 waren es nur 16 Millionen und damit 23 %) wurde innerhalb des letzten Jahres eine IGeL-Leistung angeboten. Der IGeL-Gesamtumsatz pro Jahr wird vom WIdO bundesweit derzeit auf etwa 1 Milliarde Euro geschätzt.

Experten wie „IGeL-Erfinder“ Lothar Krimmel (siehe Interview S.19) gehen davon aus, dass die Individuellen Gesundheitsleistungen im Durchschnitt 5 % des Praxisumsatzes ausmachen.

Wohl gemerkt im Durchschnitt. Etliche Ärzte liegen deutlich darüber und andere darunter. Denn die WIdO-Studie zeigt nicht nur Unterschiede bei der Frage, wem IGeL-Leistungen überhaupt angeboten werden, sondern auch bei den Fachgebieten, die es tun. Von Gynäkologen, Augenärzten, Urologen, Hautärzten und Orthopäden werden die mit Abstand meisten Angebote gemacht. Dabei decken allein die Ultraschalluntersuchungen (19,7 %), die Augeninnendruckmessungen (14,6 %) und die ergänzende Krebsfrüherkennung bei Frauen (13,8 %) fast die Hälfte des gesamten IGeL-Marktes ab.

Berlin – ein hartes IGeL-Pflaster

Und mit den IGeL werden vor allem Besserverdienende beglückt. So bekam in den unteren Einkommensgruppen (bis zu 1000 Euro Haushaltsnettoeinkommen) nur etwa jeder Sechste Privatleistungen vorgeschlagen, während es bei den Besserverdienenden (über 4000 Euro Haushaltsnettoeinkommen) mehr als ein Drittel der Befragten waren. Angesichts dessen vermuten Beobachter, dass der Berliner Markt in punkto IGeL weitgehend ausgereizt ist. Schon die Tatsache, dass es in Berlins Ost-Bezirken kaum Privatversicherte gibt, legt nahe, dass sich auch die IGeL hier nicht besonders gut verkaufen. Und in den sozial problematischen Regionen West-Berlins wie Kreuzberg, Wedding und Neukölln können sich die meisten Patienten IGeL schlicht nicht leisten.

Doch obwohl Berlin eben nicht Düsseldorf oder München ist, sind seine Ärzte auf dem IGeL-Markt aktiv. Und unter den wenigen – aber nicht verstummenden – Beschwerden sind solche, die hiesigen

Standesvertretern die Schamesröte ins Gesicht treiben. Weil sie sich nach außen einfach nicht mehr rechtfertigen lassen. Da gibt es Gynäkologen, die bei allen Routineuntersuchungen standardmäßig einen Ultraschall der Gebärmutter offerieren. Oder den Berliner Augenarzt, der seinen Patienten bei jeder, wirklich jeder Kontrolluntersuchung eine Glaukom-Früherkennung anbietet. Seine vierteljährlich so angesprochenen Patienten sind genervt, weil ihr „Nein“ offenbar nirgendwo festgehalten wird. Oder den Berliner Anmeldetresen, bei dem die medizinische Fachangestellte schon beim ersten Vorlegen der Chipkarte einen bunten Strauß von IGeL-Leistungen anbietet, ohne dass der Patient den Arzt auch nur von weitem gesehen hat.

Verstöße gegen Berufsordnung

Schon die vielerorts im Wartezimmer herumliegenden Kladden mit dem zu Pauschalpreisen gelisteten „Menü“ der IGeL-Leistungen stoßen gegen die Abrechnungsregeln der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Aber das saloppe: „Bring' dann morgen das Geld mit, dann machen wir das“ – ohne Aufklärung, ohne Behandlungsvertrag, ohne Rechnung und gegen Barkasse –, von dem die Unabhängige Patientenberatung Deutschland zu berichten wusste, geht eindeutig zu weit. Abgesehen davon, dass sich der Ton einer Arztpraxis vielleicht doch von dem einer Schrauberwerkstatt unterscheiden sollte, handeln Ärzte, die so mit ihren Patienten umgehen, schlicht gegen die Berufsordnung. Die oben schon zitierte WIdO-Umfrage ermittelte, dass bundesweit 21 % der erbrachten IGeL-Leistungen ohne Rechnung erfolgen. Das sind genau 21 % zu viel.

Hinweise zum Erbringen von Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeLn)*

Sachlichkeit

IGeL dürfen den Patienten nicht aufgedrängt werden. Informieren Sie sachlich. Unzulässig sind marktschreierische Angebote und anpreisende Werbung oder eine Kopplung sachlicher Information mit produktbezogener Werbung. Der Leistungsumfang der GKV sollte nicht pauschal als unzureichend abgewertet werden.

Zulässige Leistungen

Das Angebot von IGeLn muss sich auf Leistungen beziehen, die entweder notwendig oder aus ärztlicher Sicht empfehlenswert und sinnvoll, zumindest aber vertretbar sind. Es darf sich nicht um gewerbliche Dienstleistungen handeln.

Korrekte und transparente Indikationsstellung

Bei Leistungen, die bei entsprechender Indikation als Leistungen der GKV zu erbringen sind, besteht eine besondere Verantwortung, eine etwaige Indikation korrekt und zugleich transparent zu stellen. Dem Patienten muss klar sein, unter welchen Umständen und in welchem Umfang eine Behandlung Kassenleistung ist.

Seriöse Beratung

Beraten Sie Ihre Patienten zu IGeLn so, dass dies nicht zu Verunsicherung oder Verängstigung führt, die Patienten sich nicht zur Inanspruchnahme gedrängt fühlen oder falsche Erwartungen hinsichtlich des Erfolges der Behandlung geweckt werden.

Aufklärung

Die für die Patientenaufklärung generell geltenden Regeln sind auch beim Gespräch über IGeL einzuhalten. Erläutern Sie dabei ehrlich und anhand der Kriterien der evidenzbasierten Medizin, wie der individuelle Nutzen einer Behandlung für den Patienten einzuschätzen ist.

Eine besondere ärztliche Darlegungslast besteht bei Leistungen, die bereits vom Gemeinsamen Bundesausschuss bewertet und aufgrund eines mangelhaft belegbaren Nutzens von der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossen wurden. Sofern solche IGeL überhaupt angeboten werden, sollte dies und auch die Gründe dafür in der Patientenaufklärung nicht verschwiegen werden.

Angemessene Informations- und Bedenkzeit

Den Patienten muss vor Abschluss des Behandlungsvertrages eine der Leistung angemessene Bedenkzeit gewährt werden. Es muss ihnen auch Zeit gegeben werden, leistungsrechtliche Fragen mit der Krankenkasse abzuklären oder eine Zweitmeinung einzuholen.

Schriftlicher Behandlungsvertrag

Für IGeL gegenüber gesetzlich Krankenversicherten schreibt der Bundesmantelvertrag einen schriftlichen Behandlungsvertrag vor. Er sollte die Leistungen anhand von Gebührenpositionen der GOÄ konkretisieren und den Steigerungssatz festlegen. Ferner sollte er den Hinweis enthalten, dass die Leistungen mangels Leistungspflicht der GKV privat zu honorieren sind.

Keine Kopplung mit sonstigen Behandlungen

IGeL sollten nicht in Zusammenhang mit Behandlungsmaßnahmen zu Lasten der GKV, sondern grundsätzlich davon getrennt erbracht werden.

Einhaltung von Gebietsgrenzen

Ärztinnen und Ärzte müssen die Grenzen ihres jeweiligen Fachgebietes auch bei der Erbringung individueller Gesundheitsleistungen beachten.

GOÄ-Liquidation

Die Rechnungsstellung bezüglich der IGeL erfolgt ausschließlich nach den allgemeinen Regeln. Grundlage ist die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Pauschale Vergütungen von IGeL-Leistungen sind unzulässig.

* Die 10 Regeln wurden auf dem Deutschen Ärztetag in Münster 2006 beschlossen. Wir haben sie redaktionell etwas gekürzt und an einigen wenigen Stellen präzisiert.

Solche Fälle sind für die Ärztekammer Berlin Anlass, das Thema noch einmal aufzugreifen. Sie kann im Detail zum IGeLn nicht beraten, weil sie in ein privatrechtliches Vertragsverhältnis von außen nicht eingreifen kann, sieht sich jedoch in der Verantwortung, Ärzten eine klare Rahmenorientierung zu geben, um Auswüchsen entgegenzutreten. Die im Kasten links gelisteten 10 Regeln zum IGeLn, verabschiedet auf dem Deutschen Ärztetag 2006 und von uns an einigen Stellen redaktionell gekürzt und präzisiert, sollen Ärzten eine Handlungsrichtschnur geben.

Nach wie vor gilt: Wenn IGeL-Leistungen angeboten werden, sollte patientendifferenziert und individuell kommuniziert und nach den Regeln der GOÄ abgerechnet werden. Gerade letzteres ist ein Hinweis, den Regina Klakow-Franck und Renate Hess in ihrem Grundlagenwerk „IGeL-Kompendium für die Arztpraxis“ ausführlichst behandeln und einem Mantra gleich wiederholen. Und das aus gutem Grund, denn gerade hier knirscht es erheblich.

Kassenleistung oder nicht?

Doch neben Rechnungen, die Pauschalsummen aufführen, statt korrekt nach GOÄ-Leistungsziffern aufgeschlüsselt zu werden, gibt es auch immer wieder Probleme bei der Information über Abgrenzungen zum üblichen GKV-Leistungskatalog.

Beispiel Augeninnendruckmessung: Bei Diabetikern oder im Rahmen prä- und postoperativer Untersuchungen zu zahlreichen interokularen Eingriffen ist sie eine reguläre Kassenleistung. Nur als reine Präventionsmaßnahme am beschwerdefreien Patienten wird sie zum IGeL. Oder die Knochendichtemessung. Bei schon vorhandenen Frakturen und daraus resultierendem Verdacht auf Osteoporose ist sie eine Kassenleistung, als reine Präventionsmaßnahme ohne vorherige Verdachtsmomente ist sie ein

Assistenten als IGeL-Verkäufer missbraucht?

Mit Sorge sieht die Ärztekammer Berlin, dass offenbar in einigen Berliner Praxen Weiterbildungsassistenten als IGeL-Verkaufskräfte eingesetzt werden. Die Abteilung Weiterbildung der Ärztekammer Berlin beobachtet in den letzten Monaten eine Häufung von Beschwerden zu diesem Thema. Junge Kollegen beklagen, auf Wunsch ihrer Chefs ausschließlich damit beschäftigt zu sein, Patienten gezielt IGeL-Leistungen anzudienen und diese dann auch selbst durchzuführen. Von einer strukturierten Weiterbildung, in der das gesamte Versorgungs- und Behandlungsspektrum der Praxis gesehen und erlernt werden kann, könne keine Rede sein. Ist an den Vorwürfen etwas dran, verstießen die Weiterbildungsbefugten nicht nur gegen die Weiterbildungsordnung, sondern auch gegen das Berufsrecht.

Die Ärztekammer Berlin geht diesen Fällen gezielt nach. Schriftlich auf dem Postweg oder unter der E-Mail-Adresse berufsrecht@aekb.de können entsprechende Hinweise an die Kammer gegeben werden. Die Meldungen haben jedoch nur dann Sinn, wenn sie nicht anonym, sondern unter Nennung des eigenen Namens und der betreffenden Praxis gegeben werden.



IGeL. Bei Frauen mit sehr unregelmäßigen Blutungen oder auffälligen Tastbefunden im Rahmen der Krebsvorsorge ist ein Ultraschall zur weiteren Abklärung eine Kassenleistung. Als reine Vorsorgemaßnahme ohne vorherigen Verdachtsbefund ist er ein IGeL.

Leider geschieht es immer wieder, dass Ärzte hier nicht differenzieren, sondern ihren Patienten vermitteln, die Maßnahme werde generell nicht – oder schlimmer: nicht mehr (was bezogen auf IGeL in der Regel falsch ist) – von der Kasse übernommen. Hier ist Augenmaß und eine patientenindividuelle Vorgehensweise gefragt, an der es vielerorts noch fehlt. Es kann auch nicht angehen,

dass einige Ärzte erst einmal bar kassieren und ihren Patienten dann den Rat mitgeben, doch im Nachhinein bei ihrer Kasse anzufragen, ob die Leistung übernommen wird. Auch dies eine Beschwerde, von der das Büro der Patientenbeauftragten berichtete. Patienten ist bei der Entscheidung über einen angebotenen IGeL grundsätzlich Bedenk- und Informationszeit einzuräumen. Alles andere erzeugt ungebührlichen Druck.

Pferdefuß Nutzen-Aufklärung

Besonders kritisch sieht die Ärztekammer Berlin jedoch die Aufklärungsarbeit über den Nutzen der IGeL. Bei der reise-

medizinischen Beratung, bei sportmedizinischen Untersuchungen oder dem Entfernen von Tattoos ist das sicher kaum ein Problem. Hier steht die Eigenanfrage des Patienten im Vordergrund, der ein individuelles Informations- und Leistungsbedürfnis befriedigt, das die Versichertengemeinschaft gar nicht belasten darf. Echte Rechtfertigungsprobleme haben Ärzte jedoch dort, wo sie dem Patienten eine Leistung selbst vorschlagen, deren Nutzen nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin und damit in Kenntnis des derzeit verfügbaren Forschungsstandes nicht ausreichend belegt werden kann. Dies trifft viele der gern offerierten Vorsorge-IGeL. Um dem Druck zu entgehen, bei Kenntnis des Forschungsstandes eine Nutzen-Argumentation aufzubauen, die eigentlich keine sein kann, gerät das Vorgespräch zu solchen IGeL zuweilen verdrückt. Oder es bleibt wolkig („Ich würde Ihnen das schlicht raten“) oder entfällt gar ganz. Das spüren die Patienten: „Die Leute ärgern sich nicht so sehr, dass sie dafür Geld bezahlen sollen, als vielmehr darüber, dass ihnen nicht schlüssig erklärt wird, warum solche Leistungen nötig sein sollen“, bringt es Michaela Schwabe von der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland auf den Punkt.

Berlins Ärztekammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz rät hier zu Offenheit. In ihrer Aufklärungsarbeit sollten Ärzte ehrlich bleiben und auch unbequeme Tatsachen mitkommunizieren: „Der Patient hat ein Recht darauf, nach den Regeln der evidenzbasierten Medizin beraten zu werden. Wenn eine Methode nachzeitigem Forschungsstand keinen bahnbrechenden Nutzen für den Einzelnen bringt, dann ist das eben so. Hier sollte man nicht drumherum reden.“ Jonitz geht davon aus, dass das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt durch klare Aufklärungsarbeit gestärkt wird. Der Patient muss wissen, wo die Möglichkeiten und Grenzen einer Methode liegen und selbst entscheiden, wie weit sein Sicherheitsbedürfnis geht.

IGeL-Bewertungen

www.mds-ev.org/ebm/

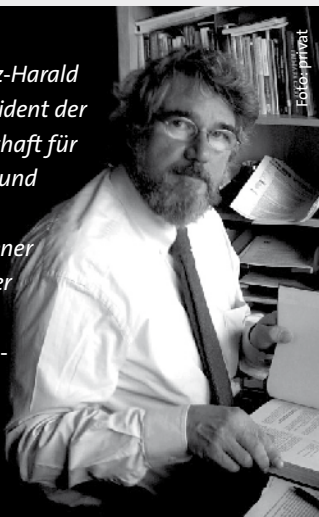
7 wichtige Präventions-IGeL hat der MDK mit den Methoden der evidenzbasierten Medizin bewertet. Die rund vierseitigen Kurzexposés bringen das derzeit verfügbare Wissen bündig – für einige sicher auch schmerzhaft – auf den Punkt.

Die AOK bietet auf ihrer Homepage nach derzeit über 38 Schlagworten sortiert Informationen über die wichtigsten IGeL und bewertet sie nach EBM-Kriterien. Die Texte sind kürzer als die Exposés des MDK. Hier fließen – wenn vorhanden – auch Bewertungen des Gemeinsamen Bundesausschusses mit ein: www.aok.de/bund/rd/152725.htm.

Auch andere Krankenkassen oder -verbände (z.B. der VdAK oder die BARMER) informieren über IGeL, allerdings nicht in dem Umfang, der auf der AOK-Page zu finden ist.



Prof. Dr. med. Heinz-Harald Abholz ist Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Er ist niedergelassener Allgemeinmediziner und Direktor der Abteilung für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Düsseldorf.



Herr Professor Abholz, die DEGAM hat sich im Dezember äußerst kritisch zu IGeL-Leistungen geäußert.

Nicht zu allen, aber zu solchen, die von Ärzten aktiv angeboten werden und deren Nutzen entweder nicht belegt oder gar als fehlend belegt ist. Gegen eine reisemedizinische Beratung oder das Entfernen von Tattoos etc. haben auch wir nichts einzuwenden. Das sind ja Leistungen, die seit jeher nicht von der Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen wurden. Aber wir halten die Eröffnung eines zweiten Gesundheitsmarktes für falsch. Die IGeL anbietenden Ärzte demontieren auf Dauer das professionelle Bild des Arztes. Der Arzt wird dadurch zum Kaufmann. Doch wie soll das für eine Arzt-Patienten-Beziehung so wichtige Vertrauen bestehen bleiben, wenn man als Patient nicht weiß, ob der gerade ausgesprochene Rat für einen als Patienten oder als Kunden gedacht ist?

In Ihrer Pressearbeit erwähnten Sie noch andere Probleme...

IGeL suggerieren, dass der Leistungskatalog der GKV ungenügend sei und einer Ergänzung bedarf. Es gebe nur eine Art Billig-Medizin für alle – und für das Gute müsse man dann noch extra bezahlen. Ich halte diese Entwicklung für perfide. Menschen, die sich IGeL nicht leisten können, müssen den Eindruck bekommen, dass sie von einer vollwertigen Versorgung ausgeschlossen werden. Dabei ist es – zumindest bisher – so, dass alle Leistungen mit nachweislichem Nutzen bzw. mehr Nutzen als Schaden in den GKV-Leistungskatalog aufgenommen worden

In weiten Teilen ohne Nutzen

Interview mit Prof. Dr. med. Heinz-Harald Abholz

sind. Man kann belegbar sagen: Was als IGeL angeboten wird, ist zu weiten Teilen ohne Nutzen oder teilweise gar mit mehr Schaden als Nutzen versehen – eben weil viele IGeL ja schon überprüft und für die GKV deswegen verworfen wurden. Und schließlich noch: Die IGeL zementieren eine Fixierung des Patienten auf körperliche Leiden, sie sind Teil einer Medikalisierung.

Wie meinen Sie das?

Angebote IGeL erzeugen eine künstliche Nachfrage nach Leistungen, die der Patient vorher gar nicht wollte, weil er sie nicht kannte. IGeL signalisieren ihm, er habe etwas „ausgelassen“. Und damit machen ihn die angebotenen Leistungen noch abhängiger vom Arzt; dies schwächt seine Eigenverantwortung für sich selbst.

Sie fordern, der mangelnde Nutzensnachweis müsse – wenn das Angebot schon gemacht wird – mitkommuniziert werden.

Ja, unbedingt. Doch ich fürchte, dass IGeL-Anbieter mit ihren Patienten nicht offen darüber sprechen, dass eine Methode nach Studienlage keinen Nutzen oder sogar mehr Schaden als Nutzen für sie bringen kann. Ärzten muss klar sein, dass dies im Falle eines auftretenden Schadens durchaus juristische Konsequenzen für sie haben kann. Was soll ein Arzt einer Patientin, die er zuvor nicht aufgeklärt hat, sagen, wenn aufgrund einer IGeL-Sonographie und einer Tumormarker-Bestimmung der Verdacht auf ein Ovarialkarzinom ausgesprochen wird, eine Laparoskopie durchgeführt wird, eine Blutung auftritt etc. – und die Patientin später erfährt, dass nach Studienlage der Nutzen der gesamten Untersuchung fraglich war.

Etwas anders ist es, wenn es gar keine Studien zum Nutzenbeleg gibt. Dann kann man darüber ja mit dem Patienten schon eher sprechen – so wie wir dies ja auch immer wieder abwägend tun. Nur bezweifle ich, dass Kollegen beim IGeL ehrlich sind, wenn sie ein kommerzielles Interesse daran haben, IGeL zu verkaufen.

TITELTHEMA

IGeL-Bewertung der Ärzteschaft steht noch aus

Wer gutes, auf evidenzbasierten Literaturrecherchen fußendes Info-Material zu den wichtigsten IGeLs sucht, findet dies derzeit vor allem bei den Krankenkassen (siehe KastenS.17). Die Stiftung Warentest hat erst einmal keine Ambitionen. Sie hatte bereits 2003 ein Test-Extra aufgelegt, in dem die 21 gängigsten Präventions-IGeL nach EBM-Kriterien bewertet wurden. Das Heft ist seit Jahren vergriffen, doch eine Neuauflage sei zunächst nicht geplant, heißt es aus der Test-Redaktion.

Selbstkritisch sieht die verfasste Ärzteschaft, dass sie das Feld einer evidenzbasierten IGeL-Bewertung bislang anderen überlässt. Dabei hat die Bundesärztekammer schon vor Jahren angekündigt, ein eigenes IGeL-Bewertungssystem im Internet anzubieten. Aber man weiß noch nicht recht, wie man das Thema anpacken soll. Allein die schiere Fülle möglicher IGeL – ihre Zahl wird intern auf mehrere Hundert geschätzt – ist ein Problem. Eine teure und aufwändige Bewertungs-maschinerie wäre die Folge, die zudem einmal Geprüftes immer wieder neu ansehen müsste. Das kostet Personal und Geld. Aber man überlegt, wie man die Sache dennoch realisieren kann. „Und glauben Sie mir, Angst vor berufspolitischen Konflikten haben wir dabei nicht“, sagt Regina Klakow-Franck, schon erwähnte IGeL-Buchautorin und Stellvertretende Hauptgeschäftsführerin der Bundesärztekammer.

Bleibt abzuwarten, wie sich die verfasste Ärzteschaft letztlich entscheidet. Drei Möglichkeiten hätte sie: Sie könnte das Projekt als nicht praktikabel geräuschlos auf den Sankt Nimmerleinstag verschieben, wie die Kassen einfach nur einige wenige sehr verbreitete IGeL bewerten oder sich mit anderen Partnern zusammentun, um mit ihnen ein entsprechendes Großprojekt zu heben. Es ist die Frage, ob die Sache der Ärzteschaft das Geld und die eben doch erwartbaren Konflikte wert wäre. So darf man gespannt bleiben, wie die Reise weitergeht. Sybille Golkowski



Strategisches Instrument

Interview mit Dr. med.
Lothar Krimmel

Dr. med. Lothar Krimmel, Allgemeinarzt aus Köln. Er war 1998 stellvertretender Hauptgeschäftsführer der KBV. Gemeinsam mit Dr. med. Winfried Schorre entwickelte er seinerzeit das Konzept der IGeL. Heute ist er Geschäftsführer der Bioscienta GmbH in Ingelheim.

Herr Dr. Krimmel, Sie gelten gemeinsam mit Ex-KBV-Chef Schorre als Vater der IGeL. Was hat Sie seinerzeit angetrieben?

Der erste IGeL-Katalog 1998 war ein strategisches Instrument, mit dem wir erzwingen wollten, dass die Kassenärzte nicht mehr zwischen unbegrenzten Patientenansprüchen und unklarem Leistungskatalog finanziell zerrieben werden. Denn wir hatten mit Sorge beobachtet, dass aufgrund medizinischer Innovationen und zunehmendem Anspruchsverhalten immer mehr Leistungen, gerade im Präventionsbereich, von den Patienten nachgefragt, von den Kassen jedoch nicht in den GKV-Katalog aufgenommen wurden. „Das macht Ihr doch sowieso, warum sollen wir Euch dafür zusätzliches Geld geben?“ hieß es von Kassenseite regelmäßig im Bundesausschuss. Bei immer knapper werdenden Mitteln konnte das so einfach nicht mehr weitergehen. Die IGeL-Idee war also ein ganz gezielter honorarpolitischer Befreiungsschlag.

Haben Sie erreicht, was Sie wollten?

Gesundheitsminister Seehofer hatte uns damals ins Stammbuch geschrieben: „Wer nicht handelt, wird behandelt!“ In strategischer Hinsicht waren wir insofern absolut erfolgreich, denn wir hatten endlich einmal gehandelt. Und die IGeL-Liste hat auch die Kassen zum Überdenken ihrer Verweigerungs-Strategie

gezwungen. Die bevorstehende Einführung des Hautkrebscreenings ist hierfür ein gutes Beispiel.

IGeL haben sich für manche Ärzte zum wirtschaftlichen Rettungsanker entwickelt. Wie sehen Sie das?

Das würde ich nicht überschätzen. Der gesamte IGeL-Umsatz beläuft sich nach Berechnungen der AOK auf etwas mehr als 1 Milliarde Euro pro Jahr, also gerade einmal 4 bis 5 % der GKV-Umsätze. Außerdem gehe ich davon aus, dass nur etwa die Hälfte aller Niedergelassenen überhaupt IGeL anbieten. Dabei haben 40 % zwar einzelne Selbstzahlerleistungen im Programm, allerdings rein indikationsbezogen und nicht im Rahmen eines ausgefeilten IGeL-Konzeptes. Nur etwa 10 % aller Ärzte, also rund 15.000, bieten ihren Patienten ein breites IGeL-Programm an.

Wie beurteilen Sie Missbrauch, den Patientenberatungsstellen bei den IGeL immer wieder beobachten?

Hier muss man sehr differenzieren. Es gibt in der Tat einzelne Ärzte, die es im Marketing übertreiben. Aber man sollte auch nicht allen Kassenangaben glauben, da die Kassen doch beim IGeL-Thema sehr starke eigene Interessen haben und keinesfalls unabhängig sind. Im Übrigen gibt es ja zahlreiche IGeL-Angebote, die medizinisch absolut sinn-

voll sind und deswegen völlig zu Recht auch aktiv in den Praxen beworben werden. Ferner bilden manche IGeL-Definitionen auch einen Schutz vor unberechtigten Ansprüchen. Wenn zum Beispiel die Augenärzte zivilrechtlich zum Angebot einer Glaukomvorsorge verpflichtet sind, diese jedoch sozialrechtlich nicht auf Chipkarte anbieten dürfen, dann ist das IGeL-Angebot die einzige Chance, aus diesem rechtlichen Mühlrad zu entkommen.

Patienten fühlen sich durch den Zwang zur schriftlichen Ablehnung oft regelrecht genötigt und beschweren sich.

Natürlich stößt ein solches Vorgehen manche Patienten vor den Kopf. Aber warum soll eigentlich der Arzt auf eigenes Risiko als Ausputzer für unbestimmte Rechtsvorschriften herhalten? Vielleicht liegt ein gesunder Kompromiss darin, den Patienten mündlich aufzuklären und im Falle einer Ablehnung der Glaukom-Vorsorge, dies in der Patientenakte zu dokumentieren.

Info-Material zum Thema

Literaturtipps

Renate Hess/ Regina Klakow-Franck (Hrsg.)
IGeL-Kompendium für die Arztpraxis
Patientengerechte
Selbstzahlerleistungen rechtssicher gestalten
Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2005
ISBN 3-7691-3172-X

Hinweise zur Abrechnung

....privatärztlicher Leistungen bei gesetzlich Krankenversicherten hat die Ärztekammer Berlin auf einem Informationsblatt zusammengestellt. Sie finden es unter www.aerztekammer-berlin.de im Kapitel Weiterbildung/Ärztliche Behandlung unter „Informationen für Ärzte“. Hier stellen wir auch ein Musterformular für eine Patienten-erklärung/Honorarvereinbarung zur Verfügung.

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

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

Termine	Thema / Referenten	Veranstaltungsort	Information / Gebühr	Fortbildungspunkte
■ Modul IV: 22./23.02.2008 Modul III: 04./05.04.2008 freitags jeweils 15 – 20 Uhr, samstags jeweils 9 – 13 Uhr	„Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ in 4 Modulen, basierend auf dem Curriculum der Bundesärztekammer	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1203 E-Mail: begutachtung@aekb.de Gebühr: Module I-IV / insgesamt 400 € (100 € pro Modul)	10 P pro Modul
■ Semesterbegleitende Veranstaltungsreihe jeweils donnerstags NEU / BITTE BEACHTEN: Beginn um 19:00 Uhr	Fachspezifische Fortbildungsreihe Innere Medizin; Schwerpunktthema im Wintersemester 2007/2008: Geriatrie 14.02.2008: Sterben und Tod, Patientenverfügung, Betreuungsrecht (an diesem Termin endet die Veranstaltungsreihe des Wintersemesters 2007/2008)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1206 E-Mail: fobi-zert@aekb.de Teilnahme kostenlos Anmeldung nicht erforderlich	3 P pro Veranstaltungstermin
■ 16.02.2008 15:00 – 18:30 Uhr	Harninkontinenz – Workshop für Ärzte und Apotheker (s. auch Textkasten auf Seite 21)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1207 E-Mail: fobi-zert@aekb.de Gebühr: 50 € Anmeldung erforderlich!	5 P
■ 25. – 27.02.2008	Grundkurs im Strahlenschutz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1301 E-Mail: aag@aekb.de Gebühr: 230 € Anmeldung erforderlich!	21 P
■ 27. – 29.02.2008	Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1301 E-Mail: aag@aekb.de Gebühr: 200 € Anmeldung erforderlich!	20 P
■ 29.2.2008	Spezialkurs im Strahlenschutz bei CT	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1301 E-Mail: aag@aekb.de Gebühr: 60 € Anmeldung erforderlich!	5 P
■ 03. – 07.03.2008	Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Tele- und Brachytherapie sowie bei der Behandlung mit Röntgenstrahlen (Therapiekurs)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1301 E-Mail: aag@aekb.de Gebühr: 1.100 € Anmeldung erforderlich!	51 P
■ Teil C: Alkohol, Nikotin und Medikamente: 07./08.03.2008 Teil B: Illegale Drogen: 04./05.04.2008 Teil D: Motivierende Gesprächsführung: 06./07.06.2008	Veranstaltungsreihe zum Erwerb der Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“	DRK Kliniken Mark Brandenburg – Haus E Drontheimer Str. 39-40, 13359 Berlin	Information: Tel.: 40806-1301 / -1303 Anmeldung erforderlich! E-Mail: aag@aekb.de Gebühr: 130 € / je Kursteil, ermäßigt: 70 € / je Kursteil (Eine Ermäßigung ist für arbeitslose Ärzte, PJ-ler und Arzthelferinnen möglich.)	15 P (je Kursabschnitt)
■ 10. – 15.03.2008 14. – 19.04.2008 09. – 14.06.2008	Weiterbildungskurs „Ärztliches Qualitätsmanagement“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1400, 40806-1207 E-Mail: QM-Kurs2008@aekb.de	50 P pro Modul
■ Modul I: 11. – 13.04.2008 Modul II: 23. – 25.05.2008 Modul III: 27. – 29.06.2008 Modul IV: 11. – 13.07.2008 Freitags jeweils 16-19 Uhr Samstags und sonntags jeweils ganztags ab 9 Uhr	80-Stunden-Kurs „Spezielle Schmerztherapie“ in vier Modulen (nach dem Curriculum der Bundesärztekammer)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1206 E-Mail: fobi-zert@aekb.de Gesamtgebühr: 850 € Anmeldung erforderlich!	80 P (für den gesamten Kurs)
■ 16.04.2008 BITTE BEACHTEN: 19:30 – 21:30 Uhr	Moderierte Vortrags-/ Fortbildungsveranstaltung der Arzt-Apotheker-Kooperation Berlin: „Arzt und Apotheker als Teampartner in der Wundversorgung“	BITTE BEACHTEN: Großer Hörsaal der Charité (Eingang Bettenhochhaus) Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte, Luisenstr. 65, 10117 Berlin	Information: Tel.: 40806-1207 E-Mail: fobi-zert@aekb.de Teilnahme kostenlos, Anmeldung nicht erforderlich	3 P

Gemeinsame Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin
und der Apothekerkammer Berlin

Harninkontinenz – Workshop für Ärzte und Apotheker

In der Bundesrepublik leiden etwa fünf Millionen Männer und Frauen an einer behandlungsbedürftigen Inkontinenz. 11 Prozent der über 60-Jährigen und 30 Prozent der über 80-Jährigen sind von einer behandlungsbedürftigen Harninkontinenz betroffen. Auch wenn Inkontinenz nicht immer heilbar ist, so gibt es eine Reihe therapeutischer Möglichkeiten, die Lebensqualität der Betroffenen entscheidend zu verbessern. Das konservative Therapiespektrum reicht vom Beckenbodentraining über Elektrostimulation und Biofeedback-Verfahren bis zur pharmakologischen Behandlung.

Darüber hinaus ist Vertrauen ein Schlüsselwort bei der Beratung, Betreuung und Versorgung. Die Patienten müssen der Versorgung vertrauen können. Die aufsaugenden und ableitenden Systeme müssen nach Geschlecht und Stärke der Inkontinenz gewählt werden, sicher sitzen und die Saugstärke von Anfang an passen.

Folgende Schwerpunkte werden für den Workshop gesetzt:

- Ätiologie, Einteilung und Therapie der Harninkontinenz aus somatischer Sicht
- Operative Therapie – Bandeinlagen, Kolposuspension, Neosphinkter
- Physiotherapie – Beckenbodentraining und Rüttelplatte
- Medikamentöse Therapie – Anticholinergika, Hormone, Botox, Phytotherapeutika und Alternativpräparate
- Praktische Vorstellung saugender Systeme
- Demonstration verschiedener Medizinprodukte
- Kostenerstattung

Die Themen werden mit ärztlichen Kollegen und Apothekern aus der öffentlichen Apotheke und dem Krankenhaus gemeinsam erarbeitet und Ansätze der Zusammenarbeit diskutiert. Für Ärzte und Apotheker stehen je 15 Seminarplätze zur Verfügung. Zu den Anmeldeformalitäten beachten Sie bitte die nachfolgenden Angaben.

Gemeinsame Fortbildungsveranstaltung der
Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin
Harninkontinenz – Workshop für Ärzte und Apotheker

Referenten: Dr. med. Annett Gauruder-Burmester
St. Hedwig Kliniken / Urogynäkologie, Berlin
Rugard Hovermann
Romberg-Apotheke, Recklinghausen

Moderation: Dr. Christian Heyde, Apotheker, Kommission
Arzt/Apotheker der Apothekerkammer Berlin und
der Ärztekammer Berlin

Termin: Samstag, 16.02.2008, 15.00 bis 18.30 Uhr

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Anmeldung erforderlich: Ärztekammer Berlin, Tel. 40 80 6-1207,
E-Mail: fobi-zert@aekb.de

Gebühr: 50,00 EUR

Die Veranstaltung ist ein gemeinsames Projekt der Apothekerkammer Berlin und der Ärztekammer Berlin zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit. Die Teilnahme an dem Workshop ist mit 5 Punkten für das Fortbildungszertifikat anrechenbar.

Weiterbildungskurs Pädiatrie zum Facharzt für Allgemeinmedizin

(nach WbO 1994 – 3)

Termine (Theoriekurs): 13.03.2008 (erster Termin); 10.04.2008 (zweiter Termin); der dritte Termin wird noch bekannt gegeben; jeweils donnerstags 19.00 – 21.15 Uhr

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Der Kurs ist Bestandteil der 5-jährigen Weiterbildung Allgemeinmedizin (Ersatz für ein halbes Jahr Kinderheilkunde)

Berufsbegleitender 3-Monatskurs, bestehend aus:

1. 9 Stunden Theoriekurs (s. oben)
2. 40 Stunden Hospitation in einer Kinderarztpraxis
3. 60 Stunden Hospitation in einer Erste-Hilfe-Stelle der KV

Gesamtgebühr: 550,00 €

Information und Anmeldung: Telefon: 030 40806-1203;
E-Mail: a.hellert@aekb.de

ANZEIGE

Das ganz besondere Kommunikationstraining:

Begleitete Visite

Leidgeprüfte Patienten unterscheiden zwischen Medizinerinnen und richtigen Ärzten. Die Nur-Mediziner, meinen sie, können sicherlich gut mit Röntgengeräten oder Labor-mäusen umgehen, aber nicht so gut mit kranken Menschen. Zum Arzt geboren sind wenige; im Studium zum Arzt statt nur zum Mediziner herangebildet werden längst noch nicht alle. Zumindest ärztliche Gesprächsführung lässt sich aber auch später noch trainieren. Lesen Sie, wie das zum Beispiel in einem Berliner Krankenhaus gemacht wird.

Klinische Visite. Der junge Arzt – noch in der Weiterbildung – gibt jedem Patienten die Hand, stellt sich denen vor, die ihn noch nicht kennen, fragt „Wie geht es Ihnen?“ Er hält Blickkontakt, beantwortet Fragen zu Krankheit und Behandlung, geht aber auch mal auf privaten Small talk ein. Er erläutert Befunde, strahlt Sicherheit aus, beruhigt Ängstliche, ohne zu beschwichtigen und zu bagatellisieren. Er reißt nicht einfach die Bettdecke weg, sondern fragt: „Darf ich Sie jetzt mal kurz untersuchen?“

Soweit alles gut gemacht bei der Visite, die ja von den Patienten immer mit Spannung, auch Angst oder Hoffnung erwartet wird. Ein paar Irritationen gibt es aber doch, zum Beispiel, wenn der Arzt, noch am Krankenbett stehend, lange etwas in die Patientenakte schreibt. Einmal spricht er sogar minutenlang, über die „Kurve“ gebeugt, mit der Stationsschwester und merkt dabei gar

nicht, dass die Patientin noch etwas zu ihm sagt.

Sollte man sich mit dem Schreibkram nicht lieber draußen befassen? Schon – nur: manchmal liegen in einem Zimmer drei Patienten, da vergisst man vielleicht die Hälfte. Aber am Fenster steht ein Tisch, da könnte der Arzt ja zwischen-durch kurz Platz nehmen und seine Notizen machen, nachdem er sich vom jeweiligen Patienten verabschiedet hat.

Worüber Patienten sich beschweren

Erwägungen nach einer Visite, die – mit Zustimmung der Patienten – kritisch begleitet wurde: von einem Psychologen und ausnahmsweise auch von einer Medizinjournalistin. Wir befinden uns in der Park-Klinik in Weißensee, die hier schon einmal als „Das erste EBM-Krankenhaus“ (zumindest Berlins) vorgestellt wurde (BERLINER ÄRZTE 9/2003 S. 20-22). Die

evidenzbasierte Medizin wird zum Teil noch immer als angeblich nur an Studienresultaten und nicht am individuellen Patienten orientiert missverstanden – ein Irrtum. Ihr Pionier David Sackett selbst definierte sie als „Integration of best research evidence with clinical expertise and patient values“.

Es ist eine tolle Sache, im Intranet der Klinik und im Internet jederzeit auf die aktuellen wissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse zugreifen zu können. Ebenso wichtig wie medizinisches Fachwissen ist aber die ärztliche Kommunikationsfähigkeit. Wie sehr sie im Studium wie auch später in Klinik und Praxis vernachlässigt wird, spiegelt sich in sämtlichen Befragungen von Patienten. Sie beschwerten sich durchweg über dasselbe: Die Ärzte hören nicht zu, gehen nicht genügend auf Fragen ein, sprechen mit ihnen nicht ausführlich genug über ihre Probleme.

So war es auch bei den befragten Patienten der Park-Klinik – worauf die Leitung vor etwa drei Jahren beschloss, das zu ändern. Verständlich, denn die Patientenzufriedenheit ist ein gewichtiger Pluspunkt im Wettbewerb. So bot man Wochenendseminare zum Kommunikationstraining in kleinen Gruppen an, für Ärzte, aber auch fürs Aufnahmepersonal. (Anderswo schult man auch Schwestern und Pfleger.) Das ist noch nichts Besonderes; seit Jahren finden solche Seminare und Kurse in Gesprächsführung überall großen Zuspruch, weil die Ärzte diesen Ausbildungsmangel

ANZEIGE

immer deutlicher spüren. Das Besondere in der Park-Klinik (und einigen diesem Vorbild folgenden anderen Krankenhäusern) ist das praxisnahe individuelle Coaching der Ärzte. Das geht so:

Ein Diplom-Psychologe begleitet den Arzt bei einer Visite – hier ist es Philipp Andresen vom Berliner „Institut für Unternehmensgesundheit“, der sich auf Kliniken spezialisiert hat. Er achtet darauf, was beim Arzt-Patient-Gespräch gut und was vielleicht schief läuft, und das wird unmittelbar darauf unter vier Augen besprochen. „Das bleibt vertraulich“, sagt Andresen, „der Chefarzt oder die Klinikleitung erfahren das Ergebnis nicht“. Die Chefarzte erhalten zwar Verbesserungsvorschläge für ihre Abteilung, aber es werden keine Namen genannt. Neu eingestellte Ärzte werden nachgeschult.

Bessere Kommunikation nützt Patienten und Ärzten

Zur Vertiefung des Kommunikationstrainings und als Gedächtnisstütze bekommen die Ärzte nach der begleiteten Visite ein knappes, aber inhaltsreiches Script, das auf 21 Seiten (einschließlich Literaturverzeichnis) das Wesentliche zusammenfasst, zum Beispiel Hinweise auf die große Bedeutung der Beziehungsebene unterhalb der Sachebene im Arzt-Patienten-Gespräch und auf die wissenschaftlich gesicherten positiven Effekte einer guten Kommunikation. Dazu gehören „bessere Compliance, weniger Komplikationen, bessere Heilung, kürzere Liegezeiten, höhere psychische Stabilität“ auf Seiten der Patienten sowie weniger Stress und größere Zufrie-

„Es ist mittlerweile sehr gut belegt, dass Kommunikation wahrscheinlich als das mächtigste Instrument in der Medizin angesehen werden sollte, nicht nur für den Aufbau einer Arbeitsbeziehung mit dem Patienten, sondern auch für den diagnostischen und therapeutischen Prozess.“ (Aus dem Kapitel „Die ärztliche Konsultation“ in: Uexküll, Psychosomatische Medizin, 6. Aufl. München/Jena 2003.)

denheit bei Patienten und auch Ärzten, deren Belastbarkeit und Gesundheit profitieren.

Was zu einer guten Kommunikation nötig ist, kann man in einer Art Checkliste nachlesen, beispielsweise: Das Hauptproblem für den Patienten selbst erkennen, herausfinden, was er wissen oder auch nicht wissen will: Welche Informationen braucht er, wie übermittelt man sie verständlich und – ganz wichtig – wie ermittelt man, ob sie tatsächlich verstanden wurden? Wieweit will er am Prozess der Entscheidungsfindung teilhaben? „Aktives und aufmerksames Zuhören gehört... zur wichtigsten Fähigkeit des Arztes“, heißt es im Text.

Was man oft falsch macht

Weitere Tipps: Keine – womöglich suggestiven – Fragen stellen, die der Patient nur mit Ja oder Nein beantworten kann, sondern offene Fragen, die ihm Raum für das geben, was ihm wirklich wichtig ist. (Also nicht: „Geht’s Ihnen jetzt schon besser?“, sondern: „Wie geht es Ihnen?“) Höchst bedeutsam, aber oft vernachlässigt, ist die non-verbale Kommunikation, von Händedruck und Blickkontakt über Mimik und Gestik (auch des Patienten) bis zur Stimmlage und Lautstärke.

Auch häufige Fehler werden aufgeführt, blockierende Verhaltensweisen wie die, das Leiden des Patienten herunterzuspielen, ihn nicht ernst zu nehmen, sich allein auf die körperlichen Aspekte der Krankheit zu beschränken, ihm Ratschläge zu geben, noch ehe man sein Hauptproblem herausgefunden hat. Hinweise zu einer zeitsparenden Gesprächsführung und zum Umgang mit Einwänden bekommen die Teilnehmer am Kommunikationstraining ebenfalls schriftlich. Auch werden ihnen Auswege aus festgefahrenen Gesprächssituationen gezeigt. Ein besonderer Abschnitt befasst sich mit der Mitteilung einer schwerwiegenden Diagnose: ohne Verschweigen oder Verharmlosen, aber der Aufnahmefähigkeit des Kranken angepasst und so, dass er bei der emotionalen Verarbeitung unterstützt wird.

Über den Arzt selbst als wichtigstes Medikament (meist falsch als „Droge“ übersetzt) schrieb Michael Balint, „dass es für dieses hochwichtige Medikament noch keine Pharmakologie gibt... In keinem Lehrbuch steht etwas über die Dosierung, in welcher der Arzt sich selbst verschreiben soll; nichts über Form und Häufigkeit, nichts über heilende und erhaltende Dosen usw. Noch beunruhigender ist der Mangel an Literatur über die Risiken dieses Medikaments, über die vielfältigen allergischen Zustände, auf die man die Patienten zu beobachten hat, oder über etwaige unerwünschte Nebenwirkungen.“ (Aus: Michael Balint: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Stuttgart 1957.)

Ärzte schätzen individuelles Coaching

Wie kommt die Visitenbegleitung bei den Ärzten an? BERLINER ÄRZTE fragte Stefan Müller-Lissner, Chefarzt der Inneren Abteilung und Promotor erst der Evidenzbasierten Medizin und nun auch des Kommunikationstrainings in der Park-Klinik. Er hat die Ärzte seiner Abteilung um das Ausfüllen eines Fragebogens zur Beurteilung der psycholo-

gischen Visitenbegleitung gebeten. Einige wenige räumten ein, Vorbehalte gegen diese effektive, aber sehr persönliche Form der Fortbildung gehabt zu haben, die sich aber nicht bestätigten. Bei der Visite beobachtet zu werden, störte nur wenig oder gar nicht. Das Evaluationsgespräch mit dem Psychologen wurde fast durchweg positiv bewertet. „Die direkte Rückmeldung von nicht optimalem Verhalten bei der Visite im anschließenden Vieraugengespräch empfand ich als besonders hilfreich“, schrieb einer der Ärzte. Die Frage, ob sich durch das psychologische Coaching etwas an den Visiten verbessert, wurde ganz überwiegend bejaht. Eine der Antworten: „Die Visitenbegleitung hat meine Aufmerksamkeit für die Visiten-technik aufgefrischt. Ich würde mir eine regelmäßige Wiederholung wünschen.“

„Liaison von Humanität und Ökonomie“

Bei dieser Kommunikationsschulung geht es um den Umgang mit „ganz normalen“ Patienten eines Allgemein-krankenhauses ohne psychosomatische oder psychiatrische Abteilung. Werden aber, auch dank sensiblerer Gesprächsführung, psychische Probleme bei den als somatisch krank Eingelieferten aufgedeckt, können die Ärzte eine der beiden im Hause mit Präventionskursen und Kunsttherapie befassten Psychologinnen bitten, den betreffenden Patienten eine Gesprächstherapie anzubieten. Wird eine psychosomatische Komorbidität oder gar eine psychiatrische Krankheit vermutet, holt man aus einer anderen Klinik einen Konsiliar ans Krankbett. Nach amerikanischen Studien wird

durch einen frühzeitigen Konsiliardienst die Liegedauer um ein bis zwei Tage verkürzt. Noch wirksamer als ein Konsiliardienst von Fall zu Fall ist eine kontinuierliche Liaisonarbeit, wobei ein Psychosomatiker an der Visite, an Fallbesprechungen und an Stationskonferenzen teilnimmt. Er „wirkt hier im Idealfall eher indirekt anleitend, supervidierend; Liaisonarbeit folgt damit dem Prinzip der Integration durch Kompetenzsteigerung“, schreibt Michael Wirsching in „Psychotherapie und Medizin“ (Herausgeber Elmar Brähler, Opladen 1991).

Die hier beschriebene Kommunikationsschulung ist ein wertvoller Ansatz zu dem, was einmal „Liaison von Humanität und Ökonomie“ genannt wurde.

Rosemarie Stein

BUCHBESPRECHUNG

Wissenschaft vom kranken Menschen

Allgemeine Klinische Medizin; ärztliches Handeln im Dialog als Grundlage einer modernen Heilkunde. Hans-Christian Deter (Hrsg.) Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2007, 235 Seiten, 19,90 Euro.

Der Titel geht auf Viktor von Weizsäcker zurück: „Ich stelle mir darunter eine bestimmte ärztliche Einstellung und eine allgemeine Wissenschaft vom kranken Menschen vor“, schrieb er –

nicht von den Krankheiten also, sondern vom kranken Menschen: seine berühmte Anthropologie. Der Untertitel zeigt, im Kontext mit unserem Bericht über klinisches Kommunikationstraining, die Aktualität des großen Arztes. Anlässlich seines 120. Geburtstages 2006 fand in Berlin eine Tagung statt, zu der Vertreter ganz verschiedener Fächer zusammenkamen. Deren Beiträge sind in dieser Broschüre vereinigt.

Der Psychosomatiker Hans-Christian Deter betrachtet es als Aufgabe einer evidenzbasierten Medizin, auch die „Grauzone“ der unspezifischen Heilfaktoren einem rationalen Verständnis zuzuführen. Im Fazit eines Beitrags über Kommunikation heißt es zum Beziehungsaspekt: „Die Forderung, diesen intensiver auszubilden und ins Zentrum der Patientenbehandlung zu rücken, ist auch unter Kostendruck alternativlos, wenn das Vertrauen in eine hoch spezialisierte und technisch ausgerichtete Medizin erhalten werden soll.“ Ohne dies Vertrauen wandern die Patienten ab: Zum nächsten Arzt, in eine andere Klinik oder womöglich zum Scharlatan. R. St.

ANZEIGE

Wöhlermann • Lorenz & Partner

Rechtsanwälte

Sebastian Loewe
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Bau- und Architektenrecht
Tätigkeitsschwerpunkte:
Arzthaftungsrecht
Handels-/
Gesellschaftsrecht
Bau- und
Architektenrecht
Arbeitsrecht

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

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

Berlin Leipzig Magdeburg Torgau Herzberg Jessen Poznan Barcelona Mallorca
Walter-Benjamin-Platz 6 · 10629 Berlin · Tel.: 030 288830-0 · Fax: 030 288830-90

Bestandene Facharztprüfungen März bis Juni 2007*

Gebiet Anästhesiologie

Dr. med. Maria-Jasmin Albert
Götz Bosse
Sarah Breuckmann
Dr. med. Verena Bettina Maria Eggers
Roland Fink
Dr. med. univ. Lukas Fischer
Dr. med. Martin Franz
Dirk Grebe
Dr. med. Elmar Josef Hagemeyer
Judith Heinze
Dr. med. Oliver Izi
Cathrin Juhnke
Dr. med. German Kollow
Dr. med. Niels Alexander Maderlechner
Sabine Mensching
Katrín Susanna Raff
Dr. med. Corinna Maria Schilling
Dr. med. Yvonne Sabrina Simonis
Dr. med. Jan Ulrich Stier

21. Juni 2007
27. Juni 2007
6. März 2007
27. Juni 2007
21. Mai 2007
14. Mai 2007
18. Juni 2007
27. Juni 2007
21. Mai 2007
27. Juni 2007
21. Mai 2007
30. Mai 2007
6. März 2007
14. Mai 2007
21. Mai 2007
21. Mai 2007
30. Mai 2007
6. März 2007
18. Juni 2007

Gebiet Arbeitsmedizin

Dr. med. Sven Boschan
Annette Christiane Froehlich
Christian Lotz
Dr. med. Miriam Molliné

20. März 2007
15. Mai 2007
15. Mai 2007
20. März 2007

Gebiet Augenheilkunde

Dr. med. Ingmar Fetter
Dr. med. Dirk Jörg Michael Hänisch
Dr. med. Amir Reza Karandish
Dr. med. Thomas Köppel
Dr. med. Agnes Ute Porstmann
Dr. med. Ulrike Sanft

7. März 2007
16. Mai 2007
7. März 2007
16. Mai 2007
7. März 2007
16. Mai 2007

Gebiet Chirurgie

Dr. med. Kerstin Leckel
Marc-Oliver Petzel
Dr. med. Pia Theresia Maria Platzek
Dr. med. Ove Schröder
Dr. med. Frank Normann Unterhauser
Ulrich Zappe

22. Mai 2007
13. März 2007
13. März 2007
13. März 2007
24. April 2007
13. März 2007

Allgemeine Chirurgie

Gernoth Remtisch

12. Juni 2007

Gefäßchirurgie

Peter Lübke
Dr. med. Ronald Fritz Lützenberg
Dr. med. Gero Puhl
Torsten Ronald Wolff

12. Juni 2007
13. März 2007
13. März 2007
13. März 2007

Herzchirurgie

Dr. med. Sebastian Holinski

13. März 2007

Orthopädie

Ulrike-Dorothea Arntz
Khaled Al Assiri
Dr. med. Roland Gernot Herwig
Dr. med. Thomas Hildenhagen
Dr. med. Univ. Torsten Temme

8. Mai 2007
13. März 2007
13. März 2007
8. Mai 2007
13. März 2007

Orthopädie und Unfallchirurgie

Dr. med. Henrik Behrend
Dr. med. Ulrich Böhling
Dr. med. Djamil Djouchadar
Dr. med. Roman Feil
Dr. med. Holger Christian Göbel
Dr. med. Claudia Jacobs
Dr. med. Jesco Jores
Priv.-Doz. Dr. med. Max Kääb
Thomas Werner Horst Kuntz
Dr. med. Roland Lege
Dr. med. Markus Leyh
Dr. med. Alexander Martin Moser
Dr. med. Joachim Christian Müller
Dr. med. Stephan Johannes Werner Müller
Kristian Nottebaum
Arzu Palakaya-Kiyildi
Dr. med. Antonius Paraskewaidis
Dr. med. Falk Reuther
Dr. med. Jörg Schmidt
Dr. med. Thilo Sydow
Dr. med. Stefan Klaus Robert Wilke

24. April 2007
24. April 2007
7. März 2007
30. Mai 2007
30. Mai 2007
8. Mai 2007
30. Mai 2007
7. März 2007
8. Mai 2007
7. März 2007
8. Mai 2007
13. März 2007
24. April 2007
13. März 2007
24. April 2007
13. März 2007
30. Mai 2007
7. März 2007
24. April 2007
8. Mai 2007
13. März 2007

Plastische und ästhetische Chirurgie

Dr. med. Henning Richard Becker
Dr. med. Günther Mathias Wagner

22. Mai 2007
22. Mai 2007

Visceralchirurgie

Dr. med. Claudia Regine Benecke
Michael Peter Blanca
Dr. med. Frauke Fritze
Dr. med. Guido Junge
Dipl.-Oec. med. Dr. med. Colin Markus Krüger
Dr. med. Martina Christine Claudia Lang

12. Juni 2007
12. Juni 2007
22. Mai 2007
2. Mai 2007
12. Juni 2007
22. Mai 2007

Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Katrin Dziggel	25. April 2007
Dr. med. Nikola Graff	21. März 2007
Ioanna Katsares	25. April 2007
Dr. med. Petra Bodil Christina Lieder	21. März 2007
Lidia Faddeevna Perlova-Griff	21. März 2007
Egine-Christine Schuller	25. April 2007

Gebiet Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Sandra Dannappel	25. April 2007
Anja Franziska Grapengiesser	21. März 2007
Masen Dirk Jumah	5. April 2007
Irmgard Kristina Wiedelmann-Breloer	21. März 2007

Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen

Dr. med. Jörg Uwe Sandmann	21. März 2007
----------------------------	---------------

Gebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten

Khaled Al-Mutawakel	20. Juni 2007
---------------------	---------------

Dermatologie und Venerologie

Frank Arne Werner Böhm	20. Juni 2007
Carolin Vanessa Maria Bouveret	9. Mai 2007
Dr. med. Karsten Hartmann	6. Juni 2007
Dr. med. Natalie Maile	20. Juni 2007

Gebiet Humangenetik

Dr. med. Andreas Tzschach	31. Mai 2007
---------------------------	--------------

Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin

Allgemeinmedizin

Andreas Gerhard Bär	3. April 2007
Marita Irene Bikadorov	22. Mai 2007
Dr. med. Annett Bischoff	19. Juni 2007
Katrin Bürkle	19. Juni 2007
Dr. med. Stephan Christ	8. Mai 2007
Dr. med. Rico Manfred Deterding	3. April 2007
Eva Katharina Forster	27. März 2007
Rahel Haile	27. März 2007
Dr. med. Sabine Alexandra Leitzke	8. Mai 2007
Dr. med. Gülenay Pamuk	26. Juni 2007
Dr. med. Martin Scherwinski	22. Mai 2007
M.B.CH.B. Wethir Salih	3. April 2007
Dr. med. Henning Sepold	8. Mai 2007
Marina Steffen	26. Juni 2007
Dr. med. Michael Teut	26. Juni 2007
Dr. med. Claudia Melanie Walser	27. März 2007
Dr. med. Ruth Zimmermann	19. Juni 2007

Innere Medizin

Dr. med. Christian Lars Baumeister	4. April 2007
Lisabeth Dorothee Bewer	27. Juni 2007
Dr. med. Olaf Boenisch	21. März 2007
Bernadette Maria Borgert	25. April 2007
Dr. med. Dirk Peter Buchwald	9. Mai 2007
Dr. med. Dorothee Daske	14. März 2007
Dr. med. Eva Susanna Deininger	9. Mai 2007
Nermin Eibl	9. Mai 2007

Dr. med. Matthias Eimer	4. April 2007
Dr. med. Jan Emmerich	6. Juni 2007
Dr. med. Olaf Förster	9. Mai 2007
Dr. med. Katharina Friedrich	28. März 2007
Dr. med. Martin Karl Goette	6. Juni 2007
Dr. med. Patricia Grabowski	23. Mai 2007
Dr. med. Bert Karl-Heinz Hanke	4. April 2007
Dr. med. André Haßler	27. Juni 2007
Dr. med. Matthias Henschen	28. März 2007
Dr. med. Sandra Hermann	13. Juni 2007
Dr. med. Stefan Hippenstiel	9. Mai 2007
Peter Hoffmann	25. April 2007
Anett Hotzwik	6. Juni 2007
Frank Isken	25. April 2007
Prof. Dr. med. Ulrich Walter Kintscher	23. Mai 2007
Dr. med. Roland Körner	23. Mai 2007
Dr. med. Marie-Louise Koepke	27. Juni 2007
Holger Lentzen	14. März 2007
Dr. med. Andreas Loew	28. März 2007
Dr. med. Antje Markus	21. März 2007
Dr. med. Gregor Martin Meier-Sundhaußen	21. März 2007
Dr. med. Olaf Penack	7. März 2007
Dr. med. Johannes Sebastian Portner	20. Juni 2007
Dr. med. Meike Daniela Probst	7. März 2007
Dr. med. Manuela-Elena Reisbeck	7. März 2007
Daniel Markus Riegelmann	14. März 2007
Dr. med. Sascha Stephan Rolf	4. April 2007
Dr. phil. Christian Manfred Rust	13. Juni 2007
Dr. med. Jörg Sasse	14. März 2007
Dr. med. Martin Schmidt-Hieber	28. März 2007
Dr. med. Katja Schmitt	20. Juni 2007
Dr. med. Kathrin Schneider	21. März 2007
Axel Christian Schulz	23. Mai 2007
Katrin Stantke	20. Juni 2007
Jens Markus Stegemann	6. Juni 2007
Ulrike Stein	13. Juni 2007
Dr. med. Tankred Cornelius Stöbe	9. Mai 2007
Dr. med. Andrea Vetterlein	20. Juni 2007
Bethina Volkmann	7. März 2007
Dr. med. Klaus Walldorf	20. Juni 2007
Dr. med. Ingrid Henriette Weißenborn	13. Juni 2007
Dagmar Waltraud Wenz	27. Juni 2007
Dr. med. Thomas Wiegemann	27. Juni 2007
Dr. med. Roland Michel Johannes Zerm	14. März 2007

Innere Medizin und Schwerpunkt Kardiologie

Dr. med. Birgit Gisela Uhrig	13. Juni 2007
------------------------------	---------------

Gebiet Kinder- und Jugendmedizin

Dr. med. Ines Caroline Albers	6. März 2007
Dr. med. Katharina Blümchen	29. Mai 2007
Dr. med. Ulrike Brandenburg	28. März 2007
Dr. med. Malte Cremer	21. März 2007
Katja Eckermann	20. Juni 2007
Dr. med. Hagen Alexander Einsiedel	28. März 2007
Dr. med. Lars Garten	21. März 2007
Dr. med. Tilmann Kallinich	29. Mai 2007
Carsten Krause	20. Juni 2007
Dr. med. Niels Christopher Sven Axel Küchen	20. Juni 2007
Dr. med. Fatimah Kussebi	20. Juni 2007
Dr. med. Axel Moysich	21. März 2007
Dr. med. Sabine Pfeiffer	20. Juni 2007
Dr. med. Barbara Schütz	6. März 2007
Dr. med. Claudia Annette Sengler	29. Juni 2007
Dr. med. Philippe Stock	29. Mai 2007

Gebiet

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Rita Edith Barbara Enahoro	3. Mai 2007
Matthias Köster	19. Juni 2007
Christian Günther Schulze	17. April 2007
Dr. med. Heike Weschenfelder-Stachwitz	19. Juni 2007

Gebiet Laboratoriumsmedizin

Dr. med. Cornelia Claudius	3. April 2007
Dr. med. Julia Poland	3. April 2007

Gebiet Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Dr. med. Klaus Michael Herrligkoffer	15. März 2007
Dr. med. (H) Martin Jaresch	15. März 2007

Gebiet Neurochirurgie

Felix Christian Depner	23. April 2007
Dr. med. Wibke Jakob	23. April 2007

Gebiet Neurologie

Dr. med. Stefanie Leistner	3. April 2007
Edith Christa Ratto	5. Juni 2007
Dr. med. Martin Ekkhard Herrmann Reich	27. März 2007
Dr. med. Ulrike Andrea Schmitz	15. Mai 2007
Daniel Herbert Schumacher	3. April 2007
Dr. med. Philipp Sterzer	27. März 2007
Martin Kurt Simon Voß	3. April 2007

Gebiet Nuklearmedizin

Dr. med. Thomas Krössin	22. Mai 2007
-------------------------	--------------

Gebiet Pathologie

Dr. med. Harald Ebhardt	13. Juni 2007
-------------------------	---------------

Gebiet Pharmakologie

Klinische Pharmakologie

Dr. med. Frank Andersohn	24. April 2007
Carola Metzig	20. März 2007
Dr. med. Susanne Penz	20. März 2007
Dr. med. Frank Christian Richard	20. März 2007
Ilka Schellschmidt	20. März 2007

Gebiet Physikalische und Rehabilitative Medizin

Dr. med. Silke Jahr	22. Mai 2007
---------------------	--------------

Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie

Alexandra Flother	10. Mai 2007
Dr. med. Rene Köckemann	28. Juni 2007
Dr. med. Golo Kronenberg	6. März 2007
Dr. med. Lienhard Ulrich Maeck	10. Mai 2007
Dr. med. Jutta Christine Martini	24. April 2007
Dr. med. Christiane Montag	28. Juni 2007
Dr. med. Daniel Müller	26.06.2007
Cornelia Pless-Steinkamp	6. März 2007
Dr. med. univ. Birgit Pruckner	8. Mai 2007
Dr. med. Jana Anja Richter	26. Juni 2007
Dr. med. Stefan Rupprecht-Mrozek	8. Mai 2007
Isolde Anita Schmitt	13. März 2007
Johanna Gisela Winkler	28. Juni 2007

Nervenheilkunde

Dr. med. Martin Ekkhard Herrmann Reich	6. März 2007
Dr. med. Tamara Angela Friedericke Schmidt	8. Mai 2007

Gebiet

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Dr. med. Maike Hülsebusch	6. Juni 2007
Martina Schwarz-Gruber	6. Juni 2007
Astrid Susanne Weins	9. Mai 2007

Psychotherapeutische Medizin

Jutta Elisabeth Aloisia Müller-Osthege	4. April 2007
Dr. med. Torsten Neynaber	7. März 2007

Gebiet Radiologie

Dr. med. Martin Wilfried Bäuerlein	15. März 2007
Andreas Jörg Getz	15. März 2007
Dr. med. Alexander Pöllinger	28. Juni 2007

Diagnostische Radiologie

Dr. med. Georg Bohner	28. Juni 2007
Dr. med. Thorwalt Christoph Gaigal	8. Mai 2007
Dr. med. Roland Volkmar Psille	8. Mai 2007
Dr. med. Jens Lothar Rudolph	25. April 2007
Dr. med. Irene Stein	22. Mai 2007
Martin Stenzel	25. April 2007

Gebiet Rechtsmedizin

Dr. med. Melanie Ganswindt	13. Juni 2007
----------------------------	---------------

Gebiet Strahlentherapie

Dr. med. univ. David Kuczer	24. Mai 2007
Dr. med. Susanne Sellin	24. Mai 2007

Gebiet Transfusionsmedizin

Dr. med. Monika Hedwig Maria Tilmann	29. Mai 2007
--------------------------------------	--------------

Gebiet Urologie

Gordon Branscheidt	29. Mai 2007
Dr. med. Tom Florian Fuller	20. März 2007
Hasan Igde	20. März 2007
Dr. med. Carsten Kempkensteffen	24. April 2007
Tobias Lukas Friedrich Laux	29. Mai 2007
André Litfin	29. Mai 2007
Dr. med. Andreas Peter Römer	24. April 2007
Bert Axel Schindler	29. Mai 2007
Max Emanuel Tüllmann	24. April 2007

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

Ärztliche Kunst, gleich doppelt

Musici Medici

November 1997, im IC Dresden – Berlin. 25 Musiker benahmen sich in den Augen der pikiert wegrückenden anderen Fahrgäste sehr feucht-fröhlich daneben. Sie kamen von einem gelungenen Benefizkonzert für den Wiederaufbau der Frauenkirche in deren Krypta. Nun ließen sie entspannt und übermütig die Weinflaschen kreisen. „Bis plötzlich – der Blutalkoholspiegel steuerte seinem Gipfel zu – der Ruf nach einem Arzt laut wurde. Die Mitreisenden vermochten ihr Entsetzen nur mühsam zu verbergen, als ein halbes Dutzend betrunkenen Musici behände aufsprang, um dem kollabierten Mädchen zu Hilfe zu eilen. Nachdem die Patientin durch Hochlagern der Beine das Bewusstsein wiedererlangt hatte, wurden die Lebensretter gebührend gefeiert.“

Die Musici waren zugleich Medici. „Musici Medici“ heißt das Kammerorchester der jetzigen Universitätsmedizin Berlin. Die Anekdote liest man, neben vielen anderen Kuriosa, in einer kleinen Festschrift, die zum 25-jährigen Jubiläum des ambitionierten Amateur-

orchesters erschien. Auch Namen, Daten und Fakten zu seiner Geschichte enthält sie: über Kooperationspartner, Konzertreisen, Teil-Ensembles (wie Klassisches und Jazz-Quartett) und auch über die Spielstätten, wie Charitébauten zwischen Trichinentempel und Virchows Ruine; aber auch Schauspielhaus und ICC (Kongresseröffnungen) oder die Staatsoper (HU-Festakt 1990 mit Bundespräsident zum Studienjahrsbeginn nach der Einheit).

Vorm Gründungsjahr 1981 gab's ein prähistorisches Vor-Spiel: „Musica Domestica biochemica“. Nach der Diplomprüfung fragte ein flötender Medizinstudent, Cornelius Frömmel (später Forschungs-Dekan der Charité, die ihn leider nach Göttingen ziehen ließ) einen seiner Gutachter, den Biochemiker Günter Sauer, ob man nicht gemeinsam musizieren könne. So entstand 1976 eine kleine, durch Zustrom von Medizinstudenten rasch wachsende Hausmusikgruppe (bis etwa 1981 eine reine „Barock-Band“). Man spielte im Biochemischen Institut, dann zu Hause vor Freunden, später in

wechselnder Besetzung auch bei akademischen Anlässen, zu Kongresseröffnungen und 26 Mal vor Patienten. Die Musici Medici erfahren zwar noch immer Unterstützung durch die Charité, nicht aber für Patientenkonzerte. Das letzte fand im Advent 1995 im Foyer des Charité-Hochhauses statt. „Die neue Verwaltung der Charité hatte kein Interesse daran, diese fünfzehnjährige Tradition fortzusetzen“, muss man leider erfahren.

Seit 1981 nennen sich die mit Leidenschaft und Disziplin spielenden Ärzte „Musici Medici“. Über sich selbst sagen sie: „War das typische... Mitglied 1981 der ledige, kinderlose Medizinstudent, ist es heute die promovierte Ärztin mit durchschnittlich 1,6 Kindern und einer Verweildauer von zehn Jahren“. Die meisten der 35 Musici – zur Hälfte Ärztinnen und Ärzte – sind beruflich und privat stark beansprucht, trotzdem ist die Fluktuation gering. Nur ein Fünftel der Mitglieder sind derzeit Medizinstudenten (Nachschub willkommen!), ein Drittel kommt aus nichtmedizinischen Berufen. Spiritus Rektor blieb bis heute „der Doktor“: Günter Sauer; Cembalist, Moderator, unermüdlicher „Intendant“ und Zeremonienmeister vieler Feste.

Einen Qualitätssprung machte das ehrgeizige Liebhaberorchester, als zwei professionelle Musiker der lustbetonten ärztlichen Musizierkunst die Kunst-Fehler auszutreiben begannen. Seit 1988 dirigiert es Jürgen Bruns, der schon als Musikstudent dazu stieß und dann künstlerischer Leiter wurde. „Er ist streng mit uns“, sagt Georg Winkelmann, Jungmediziner und Kontrabassist. „Das ist mein Job“, meint Bruns. Seit 1996 leitet Thomas Hofreiter das zehnköpfige Bläserensemble, das den Musici mehr stilistische Vielfalt erlaubt. Seither können sie auch sinfonische Werke spielen. Die Programme reichen vom Barock bis zur Gegenwart. (Zum zehnjährigen Jubiläum spielten sie sogar ihr bisher einziges Auftragswerk, einen „Hymnus an das Insulin“.)

Etwas „Modernes“ (Bartok) führten sie erstmals 1988 auf: bei den Arbeiterfestspielen in Frankfurt/Oder, dazu ein Flö-



Foto: pmusicimedicini



tenkonzert vom Alten Fritz – hübsches Kontrastprogramm! Danach gab's die Medaille „Ausgezeichnetes Volkskunstkollektiv der DDR“. In der bildungsbürgerlichen Nische (die vierzig Jahre überdauerte) blieb man nicht ungestört, sondern wurde auch Teil der sozialistischen Festbetriebsamkeit mit ihren Kampfgruppen-, Mai- und Oktoberfeiern. Höhepunkte aber waren die öffentlichen Konzerte, vor allem zu Weihnachten; erst in der kleinen spätgotischen Heilig-Geist-Kapelle Spandauer Straße, dann wegen immer größeren Andrangs in der Französischen Kirche am Gendarmenmarkt.

Selbst dort mussten die Weihnachtskonzerte wiederholt werden, wie auch 2007, als das weite, hugenottisch-schlichte Oval von einem bunt gemischten, aufmerksamen Publikum beide Male gefüllt

war. Thomas Hofreiter leitete mit Orgelmusik von Buxtehude ein, es folgten ein Concerto grosso von Händel, ein Bruckner-Adagio, ein Bläser-Divertissement von Vincent d'Indy und eine überraschend reizvolle Schauspielmusik (zu Pelléas und Mélisande) von Sibelius – so entdeckungsfreudig und anspruchsvoll sind die Musici Medici!

Die Struktur der Konzertprogramme – bisher drei gibt's auch als CD – steht fest: Ein Barockstück, je ein Werk für Streicher und für Bläser, schließlich ein gemeinsames Stück. Auch an den Orchesterpart großer Oratorien wie Händels Messias und Bachs Johannespassion wagten sich die Musici Medici heran. Demnächst wird die Matthäuspassion aufgeführt: Am 19. März, 19.30 Uhr in der Französischen Kirche am Gendarmenmarkt, am 20. März,

19.30 Uhr in der Marienkirche. (Karten dort über Dr. Sauer, Tel. 649 80 57), www.musicimedici.de

Rosemarie Stein

BERLINER ÄRZTE

2/2008 45. JAHRGANG

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

Herausgeber:

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

Redaktion:

Dipl.-Jour. Sascha Rudat (v.i.S.d.P.)
Dipl.-Pol. Sybille Golkowski
Eveline Piötter (Redaktionsassistentin)

Redaktionsbeirat:

Dr. med. Günther Jonitz
Dr. med. Elmar Wille
Prof. Dr. med. Vittoria Braun
Dr. med. Daniel Sagebiel MPH

Anschrift der Redaktion:

Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-4100/-4101, -4102, FAX -4199
Titelgestaltung: Sehstern/Berlin

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

Die Zeitschrift erscheint 12mal im Jahr jeweils am 1. des Monats. Sie wird von allen Berliner Ärzten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft zur Ärztekammer bezogen. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedspreis abgegolten. Nichtmitglieder können die Zeitschrift beim Verlag abonnieren. Der Jahresbezugspreis (12 Ausgaben) beträgt im Inland € 64,50 (einschließlich Versand), Patenschaftsabonnement Berlin-Brandenburg € 43,00 (einschließlich Versand). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 4,40 zzgl. € 2,50 Versandkosten.
Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 8 vom 01.01.2008.

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

ISSN: 0939-5784