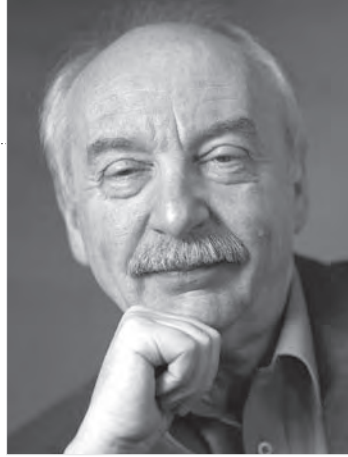


Warum wir verständliche Informationen brauchen



Prof. Dr. Gerd Gigerenzer



Fotos: Max-Planck-Institut

Dr. Wolfgang Gaissmaier

vom Max-Planck-Institut für Bildungsforschung und Harding Center for Risk Literacy

Als die britische Presse meldete, dass die Antibabypille der 3. Generation das Risiko einer Thromboembolie um 100% erhöht, reagierten viele Frauen mit Panik und setzten die Pille ab, was zu etwa 14.000 zusätzlichen Abtreibungen führte. Was bedeuten diese 100%? Das absolute Risiko stieg von 1 auf 2 von je 7000 Frauen an. Hätten die Frauen dies gewusst, wären unnötige Angst, Schwangerschaften und ungefähr £ 4-6 Millionen Kosten für zusätzliche Abtreibungen vermieden worden¹.

Dieses Beispiel verdeutlicht, wie stark das Verständnis von Informationen von deren Darstellung abhängt – und nicht nur von unserer Intelligenz oder unseren Genen. Man kann Einsicht durch passende Repräsentation erzeugen oder aber unnötige Ängste und Hoffnung durch nicht-transparente Formen. Es ist gut belegt, dass Menschen, und zwar sowohl Patienten als auch Ärzte, Risiken viel besser einschätzen können, wenn diese als absolutes Risiko („1 von 7000“) dargestellt werden, dass sie aber relative Risiken („100%“) stark überschätzen.

Relative Risiken führen jedoch nicht nur dazu, dass Gefahren maßlos überschätzt werden, sie können auch dazu führen, dass der Nutzen bestimmter Maßnahmen überschätzt wird. So warb jüngst eine Pressemitteilung in der Überschrift, dass die PSA-gestützte Früherkennung von Prostatakrebs einer großen Studie zufolge

das Risiko, an diesem Krebs zu sterben, um 20% senken würde². Dahinter verbarg sich, dass 1410 Patienten regelmäßig PSA-Tests durchführen lassen müssen, um einen Tod durch Prostatakrebs zu verhindern. Zusätzlich werden dadurch je 48 Männer unnötig behandelt, was bekanntermaßen in ein bis zwei Drittel der Fälle schwere Nebenwirkungen wie Inkontinenz oder Impotenz mit sich bringt. Die Pressemitteilung verschwieg jedoch, dass die Gesamtmortalität keineswegs durch die Früherkennung gesenkt wurde. Sprich, der eine vor dem Prostatakrebstod gerettete Patient starb im selben Zeitraum an etwas anderem, möglicherweise an Folgen der Überbehandlung.

Dies verdeutlicht ein grundlegendes Problem unseres Gesundheitssystems³. Viele Informationen, die Patienten, aber auch Ärzte, erhalten, sind leider nicht darauf ausgerichtet, wirklich zu informieren, sondern darauf, Menschen dazu zu überreden, das vermeintlich Richtige zu tun. Dahinter können zum einen finanzielle Interessen des Vermittlers stehen, beispielsweise der pharmazeutischen Industrie. Oft lässt sich aber auch beobachten, dass Menschen von einer bestimmten Maßnahme so voreingenommen sind, dass sie glauben, es sei eine moralische Pflicht, andere davon zu überzeugen, selbst wenn dies auf Kosten ausgelegener Information geht.

Solche Formen der Manipulation werden häufig damit begründet, dass man dies ja nur zum Wohle der Bürger tue. Dahinter verbirgt sich ein Bild des Menschen, der nicht in der Lage ist, für sich selbst gute

Entscheidungen zu treffen. Diesem Menschenbild möchten wir eine klare Absage erteilen. Viele Studien belegen eindrücklich, dass die meisten Männer und Frauen dazu sehr wohl in der Lage sind, sobald Journalisten, Broschüren und Ärzte verständlich informieren. Im Spiel der Interessenkonflikte entsteht weltweit heute immer noch eine intransparente Botschaft nach der anderen und damit ein Heer von unmündigen Patienten und auch Ärzten, welche die Evidenz missverstehen. Wir könnten in Deutschland die Ersten sein, die Transparenz im Gesundheitswesen einführen, leben und dann auch exportieren.

Das Harding Center for Risk Literacy am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung wurde im April 2009 gegründet, um zu diesem Ziel beizutragen. Wer möchte sonst noch mit anpacken?

Gerd Gigerenzer
W. Gaissmaier

Literaturhinweise über die Redaktion.

MEINUNG.....

Warum wir verständliche Informationen brauchen

Von Gerd Gigerenzer und Wolfgang

Gaissmaier.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*..... 6**Piercing kann zu Nickel-Allergie führen**Informationen des Bundesinstituts für
Risikobewertung.....11BERUFS- UND GESUND-
HEITSPOLITIK.....**Wenige deutsche Teilnehmer bei Qualitätsforum**Eindrücke vom „International Forum on
Quality and Safety in Health Care“

Von Werner Wyrwich..... 21

Überbetriebliche Ausbildung wird vereinfachtBericht von der Delegiertenversamm-
lung am 1. April 2009

Von Sascha Rudat 24

Schwierige UnabhängigkeitVorstellung der Initiative MEZIS (Mein
Essen zahl' ich selbst)

Von Ulrike Hempel..... 26

Krankenhäuser brauchen PsychosomatikBericht von einer Tagung des „Berliner
Arbeitskreises Psychosomatischer
Konsil- und Liaisondienst“

Von Rosemarie Stein..... 28

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen.....10

TITELTHEMA.....

**SAPV – Der lange Weg zur guten Palliativversorgung**Seit zwei Jahren gibt es für gesetzlich versicherte Patienten einen Rechtsan-
spruch auf Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung. Doch die Umsetzung
kommt bisher nur schwer in Gang. BERLINER ÄRZTE zeigt die Ursachen.

Von Ulrike Hempel.....14

„Die Kassen zum Jagen tragen“

Interview mit Staatssekretärin Marion Caspers-Merk zum Thema SAPV.....18

Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin.....22

FEUILLETON.....

Das Paradieschen vor der TürGärtnern als Ausgleich zum
anstrengenden Arztberuf.

Von Rosemarie Stein..... 30

Impressum..... 42

Kommunikationstrainings für internationale Ärzte

Nach Aussage der Bundesärztekammer arbeiten mittlerweile rund 5 % internationale Ärztinnen und Ärzte in Deutschland – eine Zahl, die in den letzten Jahren exponentiell gestiegen ist und weiter steigen wird angesichts des Ärztemangels in Deutschland, der schon jetzt in einigen Gebieten des Landes zu beobachten ist, und der sich in den nächsten Jahren weiter ausbreiten wird.

Die sichere Beherrschung der deutschen Sprache ist nicht nur für die richtige Behandlung, sondern auch für die erfolgreiche Kommunikation mit ärztlichen Kollegen, Pflegepersonal und Patienten unabdingbar. Daraus ergibt sich ein akuter aktueller

Bedarf an Sprachkursen im Bereich der medizinischen Fachsprache, auf den die Charité mit der Entwicklung eines Kommunikationstrainings Deutsch für Internationale Ärztinnen und Ärzte reagiert hat, das seit November 2008 erstmalig angeboten wird. Das Angebot wurde von der Gesundheitsakademie Charité in Zusammenarbeit mit Charité International Cooperation (ChIC) entwickelt. Pädagogen, Humanmediziner, Dozenten für Deutsch als Fremdsprache, Deutsch für Mediziner und Interkulturelle Kommunikation und Kompetenz arbeiteten gemeinsam an dem Kurskonzept, das jeweils von einem Dozententeam durchgeführt werden wird.

Ziel der Trainings ist es, internationale Ärztinnen und Ärzte, die in Deutschland arbeiten oder es Zukunft möchten, zur erfolgreichen Kommunikation im ärztlichen Alltag zu befähigen. Der Schwerpunkt liegt auf der Kommunikation mit den Patienten in Form von Anamnesegesprächen und körperlichen Untersuchungen sowie auf der Kommunikation mit Kollegen und Vorgesetzten in Form von Fallvorstellungen, Diskussionen von Differenzialdiagnosen und Gesprächen mit dem Oberarzt. Besondere Attraktion der Ausbildung sind Gespräche mit Simulationspatienten zum Training von erfolgreichen Anamnesegesprächen sowie eine Führung durch die Charité, die einen authentischen Eindruck vom ärztlichen Arbeitsfeld in einer der europaweit führenden Universitätskliniken ermöglicht. Auch sollen zur Verbesserung des interkulturellen Verständnisses Einblicke in das kulturelle Leben der Hauptstadt in Form von Exkursionen gegeben werden (Reichstag, Medizinhistorisches Museum).

Der Fachsprachekurs Deutsch für Internationale Ärztinnen und Ärzte wird als einwöchiges Blockseminar und als dreimonatiger modularer Kurs angeboten. Weitere Informationen zu den genauen Kursinhalten, Terminen, Anmeldeformalitäten usw. erhalten Sie unter: http://www.charite.de/studium/international/sprachtraining/internationale_aerzte



Foto: KV Berlin

Tesic neuer Geschäftsführer bei MVZ GmbH

Dusan Tesic ist seit 1. April neuer Geschäftsführer der Vivantes MVZ GmbH. Er übernimmt neben dem weiteren MVZ-Geschäftsführer Joachim Bovelet (Vorsitzender der Vivantes-Geschäftsführung) und Dr. Dorothea Dreizehnter (Geschäftsführerin für Klinikmanagement) die Verantwortung für die 100-prozentige Tochtergesellschaft mit den neun Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) von Vivantes in Berlin. Tesic war zuvor Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin. Er betonte: „Die ambulanten Angebote unserer Medizinischen Versorgungszentren stehen allerdings bewusst nicht in Konkurrenz zu den niedergelassenen Ärzten. Insbesondere werden ärztliche Leistungen aus hoch spezialisierten Bereichen wie etwa der Strahlentherapie oder der Nuklearmedizin angeboten.“ Die Vivantes-MVZ befinden sich bisher räumlich vorwiegend an den über die Stadt verteilten Klinikstandorten von Vivantes. Neben der Verbesserung des ambulanten ärztlichen Versorgungsangebots sollen bisherige Schnittstellenprobleme zwischen dem ambulanten und stationären Sektor zugunsten der Patientenversorgung abgebaut werden.

ANZEIGEN

Musik

US-Premiere des World Doctors Orchestra vor über 1800 Zuhörern

Berliner Ärzte musizierten gemeinsam mit Kollegen aus über 20 Nationen für humanitäre Zwecke

Über 1800 begeisterte Zuhörer erlebten die US-Premiere des World Doctors Orchestra am 8. Februar 2009 in der Severance Hall in Cleveland. Minutenlange Standing Ovationen waren der verdiente Lohn für die Aufführung des Orchesters, bei der auch fünf Berliner Ärztinnen und Ärzte mitmusizierten.

Doch das erst zweite Konzert der engagierten Mediziner war nicht nur in musikalischer Hinsicht ein Erfolg: Umgerechnet über 30.000 Euro an Eintrittsgeldern gehen als Spende an die Hugo-Tempelmann-Stiftung in Südafrika und die Free Medical Clinic in Cleveland.

Wir sprachen mit Prof. Stefan Willich, dem Direktor des Instituts für Sozialmedizin der Charité, der das WDO 2007 gegründet hat.

Professor Willich, wie kommt man als Internist und Sozialmediziner dazu, ein Welt-Ärzteorchester zu gründen?

„Mit der Orchestergründung 2007 wollte ich einen hohen musikalischen Anspruch mit globalen medizinischen Zielen verbinden, ein internationales Orchester als weltweit wahrnehmbaren ‚ärztlichen Botschafter‘ entwickeln.“

Wie gestaltet sich die Arbeit? Regelmäßige, gemeinsame Proben werden kaum möglich sein, da Ihre Mitstreiter aus über zwanzig Nationen anreisen...

„Das ist richtig. Die Musiker bereiten sich individuell vor und proben erst wenige Tage vor dem Konzert zusammen. Die Proben sind dann äußerst intensiv, aber Ärzte sind ja harte Arbeit gewohnt. Dabei findet das musikalische Engagement unserer Mitglieder in der persönlichen Urlaubs- und Freizeit statt. Sogar die Kosten für Anreise und Unterkunft tragen unsere Mitstreiter selbst.“

Ihr Premierenkonzert war letzten Mai in Berlin, dann haben Sie Anfang des Jahres gleich den Sprung über den „großen Teich“ gewagt. Nun dirigiert man als Mediziner ja nicht alle Tage ein Orchester vor großem Publikum. Was ging Ihnen durch den Kopf als Sie vor fast 2000 Zuhörern in der Severance Hall das Dirigentenpult betraten?

„Cleveland ist ein ‚Mekka‘ für Medizin wie für Musik und war daher bestens geeignet für die US-Premiere des WDO. In einem der schönsten Konzertsäle der Welt, Heimat des berühmten Cleveland Orchestra, und vor



enthusiastischem Publikum zu spielen war deshalb schon ein ganz besonders erhebendes Gefühl. Vor allem aber gibt es uns allen Vertrauen in die internationale Sprache und Überzeugungskraft der Musik.“

Wie geht es weiter?

„Das Orchester hat mittlerweile über 300 Mitglieder und ist in den ersten Konzertphasen musikalisch und menschlich wunderbar zusammengewachsen. Unser nächstes Konzert am 4. Juli 2009 in der Philharmonie wird eine besondere Herausforderung: Mit Mozarts Sinfonia Concertante und der 5. Symphonie von Gustav Mahler stehen zwei der schönsten und intensivsten Werke der euro-

päischen Klassik auf dem Programm. Für nächsten Winter ist Armenien in der Vorbereitung, danach wieder Deutschland, dann Taiwan und Sydney. Die Konzertphasen haben bereits jetzt große Resonanz und humanitäre Bedeutung – dank des Enthusiasmus der Kolleginnen und Kollegen und der vielfältigen Unterstützung durch die Ärzteschaft.“

Aktive Mitstreiter und Unterstützer kann es aber sicher nicht genug geben?

„Wer mittun will ist herzlich eingeladen, sich zu melden. Das gilt natürlich nicht nur im musikalischen Bereich – auch über Sponsorenanfragen freuen wir uns! Trotz des weitgehenden persönlichen Engagements unserer Mitglieder entstehen Kosten, die wir zu tragen haben. Erst das finanzielle Engagement unserer Sponsoringpartner ermöglicht die volle Weitergabe der Konzerterlöse an medizinische Hilfsprojekte.“

Eintrittskarten für das nächste Konzert des World Doctors Orchestra am 4. Juli 2009 in der Berliner Philharmonie sind an allen Vorverkaufsstellen erhältlich. Die Preise liegen zwischen 26 Euro und 45 Euro (zzgl. Vorverkaufsgebühren). Kontakt und Infos zum WDO: <http://world-doctors-orchestra.org/>

— ANZEIGE

Chefarztwechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



Helios Klinikum Berlin-Buch PD Dr. Christian Wrede, bisher Oberarzt in der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I sowie Leiter der internistischen Intensivmedizin und interdisziplinären Notaufnahme des Universitätsklinikums Regensburg, ist jetzt Chefarzt des neu aufgebauten interdisziplinären Notfallzentrums mit Rettungsstelle des Helios Klinikums Berlin-Buch.

Bundeswehrkrankenhaus Berlin PD Dr. Florian Masuhr, zuletzt tätig als Oberarzt der Neurologischen Intensivstation und Stroke Unit der Klinik für Neurologie der Charité, ist neuer Leiter der Abteilung für Neurologie am Bundeswehrkrankenhaus Berlin. Er löst Dr. Martin Haase ab, der ans Bundeswehrkrankenhaus nach Koblenz gewechselt ist.

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

ANZEIGEN

Leserbrief:

Kindergesundheit in Berlin

am Beispiel des Ost-West-Bezirks Friedrichshain-Kreuzberg
Von Dietrich Delekat, BERLINER ÄRZTE 12/2008

Der greise Arzt freut sich, wenn er in der Zeitschriftenliteratur Berichte über Neuerungen in der Medizin und im Gesundheitswesen liest. Dies trifft auch auf den Beitrag „Kindergesundheit in Berlin“ am Beispiel des Ost-West-Bezirks Friedrichshain-Kreuzberg von Medizinaldirektor Dietrich Delekat zu (1). Etwas erstaunt ist er aber über die Bemerkung:

„Diese Daten werden berlinweit von allen Bezirken standardisiert nach einem einheitlichen Landesverfahren erhoben, das der Verfasser ab dem Jahr 2000 in der Senatsverwaltung für Gesundheit entwickelt hat“ sowie dem Anmerkungsapparat. Unbestreitbar ist, dass am Beginn des 21. Jahrhunderts ein den modernen technischen Möglichkeiten angepasstes System der Dokumentation der Einschulungsuntersuchungen in den Berliner Gesundheitsämtern eingeführt wurde (2). Aber gab es nicht eine lange Vorgeschichte?

Der Autor dieses Leserbriefes erinnert sich ‚als medizinstudierender Historiker und wissenschaftliche Hilfskraft‘ am Seminar für Sozialhygiene und öffentliches Gesundheitswesen der Freien Universität Berlin (Direktor: Senatsdirektor Prof. Dr. Erich Schröder) (3) die Einführung der von Schröder entwickelten Funktionsdiagnostischen Tabellen in den Schulärztlichen Dienst des Landes Berlin in der zweiten Hälfte der fünfziger Jahren erlebt zu haben (4). Der engagierte rheinisch-westfälische Kommunalarzt hatte diese entwickelt, stieß aber mit seinem theoretisch entwickelten System bei den an der Praxis orientierten Berliner Schulärzten, unter Führung von Ruth Mattheis (Zehlendorf), Dieter Scholz (Tempelhof) und Wilhelm Schippkus (Neukölln), auf Widerstand. Man raufte sich auf einen Kompromiss zusammen und die reformierten Tabellen wurden im Lande Berlin zu Beginn der sechziger Jahre eingeführt. Die damals bestehende Arbeitsgemeinschaft der Schulärzte führte im Seminar für Sozialhygiene Fortbildungsveranstaltungen mit Untersuchungsübungen, unter Beteiligung des Oberarztes am Kaiserin Auguste Victoria Haus Priv.-Doz. Dr. Herbert Genz und dem Berufsschularzt des Gesundheitsamtes Wedding, Dr. Hanns Orthmann, durch. Mit der Einführung der automatischen Datenverarbeitung in der Berliner Verwaltung Mitte der sechziger Jahre erfolgte die Aufbereitung der Daten nach Diagnosen und sozialen Kriterien. Sie wurden von der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatverwaltung, meist mit einer Auswertung von Dieter Scholz, der sich auch sonst mit der epidemiologischen Interpretation von Daten aus dem Jugendgesundheitsdienst beschäftigte, publiziert (5). Die Anpassung der funktionsdiagnostischen Tabellen und ihre Interpretation war immer notwendig. Es kann von dem Autor des Aufsatzes durchaus eine dieser Anpassungen der Auswertung an die Verhältnisse im 21. Jahrhundert erfolgt sein und es ist sein Verdienst die neuen Befunde für den Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg ausgewertet zu haben, nur sollte man die Vorgeschichte nicht verschweigen.

Anmerkungen können beim Autor angefordert werden.
Dr. phil. Dr. med. M. Stürzbecher
Buggestr. 10 b, 12163 Berlin

Neue Spezialambulanzen für Jugendliche mit Computerproblemen

Die Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Vivantes Klinikum Hellersdorf und am Vivantes Humboldt-Klinikum haben am 1. April zwei Spezialambulanzen für Kinder und Jugendliche mit Computer- und Medienproblemen eröffnet. „Eine Beratung oder eine Therapie ist spätestens dann wichtig, wenn das Computer- und Medienverhalten eines Jugendlichen beispielsweise Schule und Familienleben stark beeinträchtigt“, erklärt Chefarzt Dr. med. Oliver Bilke. In den Spezialambulanzen können nicht nur Kinder und Jugendliche, sondern auch Eltern und Fachleute in Ergänzung zum bisherigen Angebot in Berlin Rat und Hilfe suchen.

Die so genannte Internetsucht oder multiple Medienabhängigkeit gilt den Angaben zufolge als ein relativ neues Phänomen, das aus ärztlicher Sicht immer bedeutsamer wird: Allein im Jahr 2008 wurden mehr als 30 medienabhängige Minderjährige mit schweren Computer-assoziierten Störungen stationär in den Vivantes-Kliniken behandelt. „Die meisten Jugendlichen, die wir stationär behandeln, haben den Kontakt zur Realität völlig verloren. Oft können sie erst nach monatelanger Therapie in ihre Familie zurückfinden und wieder zur Schule gehen“, berichtete Bilke anlässlich der Eröffnung. Die zwei Spezialambulanzen ergänzen niederschwellige, offene Hilfsangebote wie etwa das „Cafe

Beispiellos“ oder weitere Angebote für glücksspielsüchtige Erwachsene.

Kontakt zu den Spezialambulanzen / Anmeldung zur Sprechstunde:

Vivantes Klinikum Hellersdorf,
Brebacher Weg 15, 12683 Berlin,
Tel. 030/130 183730
Vivantes Humboldt-Klinikum,
Frohnauer Str. 74-80, 13467 Berlin,
Tel. 030/130 123010

Fehlerteufel

Kein Aprilscherz

Einige Leser vermuteten hinter dem Buchstabendreher auf dem Titel des letzten Heftes einen Aprilscherz, andere sahen darin böse Absicht oder Unvermögen, da das Januar-Heft den gleichen Dreher aufgewiesen hatte. Während der Fehler im Januar-Heft tatsächlich Absicht war und eine ironische Anspielung auf das Titelthema (Patientensicherheit und Behandlungsfehler) darstellte, handelte es sich beim April-Heft um einen tatsächlichen Fehler. Wir bedauern das sehr und geloben Besserung, aber das zeigt, dass auch Redakteure und Grafiker gelegentlich Fehler machen.

ANZEIGE

Tibolon

Brustkrebsrezidivrisiko

Das synthetische Steroidhormon Tibolon (Liviella®, Reimporte) ist zugelassen zur Therapie von Estrogenmangelsymptomen in der Postmenopause. In den deutschen Fachinformationen zu diesem Arzneistoff wurde als Gegenanzeige „bestehender oder früherer Brustkrebs bzw. ein entsprechender Verdacht“ bereits aufgenommen. Die englische Arzneimittelüberwachungsbehörde diskutiert noch einmal die Ergebnisse einer 2009 publizierten Studie, die vorzeitig abgebrochen wurde, da unter der Einnahme von Tibolon bei an Brustkrebs operierten Patientinnen in höherer Anzahl vaginale Blutungen und ein Brustkrebsrezidiv auftrat (Ratio 1,4, 95 %iges Konfidenzintervall 1,1 - 1,7). Anscheinend wurde in England aufgrund der bei Brustkrebspatientinnen häufig auftretenden postmenopausalen Beschwerden Tibolon „Off-label“ angewandt, in der Annahme, dass

dieser Arzneistoff sicherer sei als eine konventionelle Hormontherapie. Dem scheint nicht so zu sein.

Quelle: Drug Safety Update 2009; 7(2): 2

NSAIDs

Kardiovaskuläres Risiko

Nicht-steroidale Antiphlogistika (non-steroidal antiinflammatory drugs – NSAIDs) haben das bekannte, prinzipiell bei allen Vertretern dieser Arzneistoffgruppe auftretende Risiko gastrointestinaler und nephrotoxischer unerwünschter Wirkungen (UAW). Primär bei den Coxiben wurden kardiovaskuläre UAW aufgedeckt, die jedoch aufgrund neuerer Studien unterschiedlich ausgeprägt, grundsätzlich jedoch bei allen NSAIDs dosisabhängig auftreten können. Die englische Arzneimittelüberwachungsbehörde informiert darüber, dass kardiovaskuläre UAW bei allen Pati-

enten (nicht nur bei entsprechend vorgeschädigten) und nicht nur bei Dauergebrauch auftreten können. Im Gegensatz zu Diclofenac scheint für Naproxen und für Ibuprofen bis zu 1200 mg/d ein geringeres Risiko zu existieren. Auch in Hinblick auf andere bekannte UAW gilt: niedrigste effektive Dosis, kürzest mögliche Einnahmedauer, periodische Überprüfung der Notwendigkeit einer Langzeittherapie.

Quelle: Drug Safety Update 2009; 7(2): 3-4

Flupirtin

Abhängigkeit

Mit einem eindrucksvollen Beispiel einer 33-jährigen Patientin, die nach langjähriger Ein-

nahme von Flupirtin (Kataldolon®, Generika) zwei stationäre Aufenthalte zur Entzugsbehandlung ohne Ergebnis durchmachte, weist die AkdÄ nach, dass – wie bei allen zentral wirkenden Arzneistoffen – die Gefahr einer Arzneimittelabhängigkeit bestehen kann. Über 50 weitere Meldungen zu Arzneimittelmisbrauch und verwandte UAW unter Flupirtin machen deutlich, dass die Angaben des Herstellers in den Fachinformationen (keine Sucht und keine Toleranzentwicklung) problematisch erscheinen.

Quelle: Dt. Ärztebl. 2009; 106(7)“

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

ANZEIGE

Piercing kann zu Nickel-Allergien führen

Nickel ist beständig und lässt sich gut schmieden und polieren – Eigenschaften, wegen derer das Metall in vielen Gegenständen des täglichen Bedarfs eingesetzt wird. Nickel kann aber bei längerem Hautkontakt auch Allergien auslösen, und dann wird die Vielzahl der nickelhaltigen Produkte, mit denen Verbraucher in Kontakt kommen können, zum Problem. Das Metall verbirgt sich in Modeschmuck, Jeansknöpfen, Reißverschlüssen, Gürtelschnallen, Schuhschnallen, Uhren, Essbestecken, Kochgeschirr, Schlüsseln, Türklinken, Brillenrahmen aus Metall, in Blasinstrumenten und Gitarrensaiten. Auch medizinische Geräte können Teile aus Nickellegierungen enthalten, und Kinder können über Metallspielzeug mit Nickel in Kontakt kommen.



Nickel ist der häufigste Auslöser von Kontaktekzemen. Bei Nickel-sensibilisierten Menschen bewirkt der direkte Hautkontakt mit nickelhaltigen Materialien eine Überempfindlichkeitsreaktion. An der Kontaktstelle kommt es dabei nach ein bis zwei Tagen zu einer Entzündungsreaktion der Haut, dem Kontaktekzem. Ob jemand eine Sensibilisierung oder ein Kontaktekzem gegenüber Nickel entwickelt, hängt vor allem davon ab, ob und wie viel Nickel aus dem jeweiligen Material freigesetzt wird. Zwischen dem Nickelgehalt eines Produktes und der Menge, die freigesetzt wird, besteht allerdings kein direkter Zusammenhang. Körperflüssigkeiten können die Freisetzung von Nickel katalysieren. Kommt zum Beispiel nickelhaltiger Schmuck direkt mit der Haut in Kontakt, kann Nickel durch Schweiß leicht herausgelöst werden.

Die Zahl der Verbraucher, die gegenüber Nickel sensibilisiert sind, hat sich in den vergangenen Jahren kaum verändert. Allerdings wurde bei Frauen unter 18 Jahren eine deutliche Zu-

nahme der Nickelsensibilisierung beobachtet. Grund dafür könnte ein Modetrend sein: Piercings. Studien zufolge tragen vor allem Jugendliche Piercings. So sind in Deutschland circa 53 % der Piercingträger jünger als 18 Jahre. Frauen tragen drei Mal so häufig Piercings wie Männer. Vor diesem Hintergrund hat das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) die Entwicklung der Nickelsensibilisierung bewertet. Ergebnis der Bewertung war, dass beim Piercen ein besonderes

Risiko besteht, eine Kontaktdermatitis zu entwickeln. Durch den Kontakt des Materials mit Blutplasma kann wesentlich mehr Nickel freigesetzt werden als durch den Kontakt mit Schweiß auf der Hautoberfläche.

Etwa ein Drittel der Piercingträger entwickelt eine Nickelallergie. Das Tragen von Piercings in jungen Jahren erhöht die Wahrscheinlichkeit, als Erwachsener eine Nickelallergie auszubilden. Für die Betroffenen bedeutet dies unter Umständen erhebliche Einschränkungen der Lebensqualität, daneben verursachen die Therapien dem Gesundheitssystem Kosten. Jugendliche sollten daher schon früh über Risiken des Piercings informiert werden, die Aufklärung darüber könnte an den Schulen erfolgen. Den zuständigen Gesundheitsbehörden empfiehlt das BfR Möglichkeiten zu prüfen, nach denen Jugendliche unter 18 Jahren nur unter Vorlage einer Einverständniserklärung der Eltern gepierct werden dürfen. Und auch Verbraucherschutzbehörden sind gefragt: Um die Zahl der Nickel-Sensibilisierungen langfristig zu senken, sollte der zurzeit gültige Höchstwert für die Freisetzung von Nickel aus Gegenständen des täglichen Gebrauchs, die länger mit der Haut in Berührung kommen, weiter gesenkt werden.

www.bfr.bund.de

Orchester Äskulap Berlin

Sommerkonzerte im Juni

Die Sommerkonzerte des Orchesters Äskulap Berlin finden am 6. und 7. Juni in Berlin statt. Dirigent ist Jens Albert. Das Orchester spielt Werke von Dvorák, Fauré und Brahms. Der Eintritt kostet 10 Euro (ermäßigt 7 Euro). Der Vorverkauf ist telefonisch und per Fax erreichbar unter 030/2410750.

Das Konzert am 6. Juni findet in der Parochialkirche in der Klosterstraße 67 in Berlin-Mitte statt. Beginn ist 19.00 Uhr.

Am 7. Juni spielt das Orchester in der Christuskirche, Firlstraße 16, Berlin-Oberschöneeweide. Beginn ist 18.00 Uhr.

Internet:
www.orchester-aeskulap-berlin.de
E-Mail:
info@orchester-aeskulap-berlin.de

NAV-Virchow-Bund

Landesgruppe lädt zur Hauptversammlung ein

Die Landesgruppe Berlin-Brandenburg des NAV-Virchow-Bundes lädt am 6. Juni 2009 um 9.00 Uhr zur Landeshauptversammlung ein. Das Thema: „Perspektiven des KV-Systems und neue Entwicklungen in der ambulanten Versorgung“. Als Gast ist Dr. Klaus Bittmann, Bundesvorsitzender des NAV-Virchow-Bundes und 1. Sprecher des Vorstandes der Ärztenogensenschaft Schleswig-Holstein, eingeladen. Auf der Tagesordnung steht u. a. die Wahl des Landesgruppenvorstandes.

Treffpunkt: Anlegestelle der Reederei Roderich Wolff (RRW), 10589 Berlin, Tegeler Weg, gegenüber Landgericht Charlottenburg, Traditionsschiff „Kreuz As“.

Anmeldung/weitere Infos:
telefonisch bei Frau Tchorz unter 030/24487426 (Geschäftsstelle Berlin)

Evaluation der Weiterbildung

Informationsveranstaltung zur Evaluation der Weiterbildung

Zur in den nächsten Wochen anlaufenden Evaluation der Weiterbildung gibt es Anfang Mai eine Informationsveranstaltung in der Ärztekammer Berlin. Wie in Heft 4/2009 BERLINER ÄRZTE ausführlich berichtet, wird die Evaluation bundesweit als Online-Befragung durchgeführt. Da die gesamte Organsiation hierzu über die Weiterbildungsbefugten läuft, bietet die Veranstaltung gerade Assistenzärztinnen und -ärzten die Möglichkeit zur Information aus erster Hand. Weiterbildungsbefugte wie Ärzte in Weiterbildung sind daher herzlich zu dieser Informationsveranstaltung eingeladen. Sie findet statt am:

Mittwoch, 06. Mai 2009, 17:00 – 20:00 Uhr
im Hause der Ärztekammer Berlin,
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin, Konferenzsaal

PROGRAMM:

Grußwort Präsident der Ärztekammer Berlin
Dr. med. Günther Jonitz

Weiterbildung heute und morgen
Dr. med. Dietrich Bodenstein/ Dr. med. Michael Peglau

Wie steht es um die Befugnisse ?
Dr. med. Kerstin Hoeft

„Evaluation der Weiterbildung – Start der bundesweiten Evaluation steht bevor“
Dr. med. Annette Güntert, Dezernentin der Bundesärztekammer

Diskussion

Danach: Individuelle Beratung durch Mitarbeiter/-innen
der Abteilung Weiterbildung/ Ärztliche Berufsausübung

Um besser planen zu können bitten wir Ärzte in Weiterbildung, sich über ihre Befugten oder im Einzelfall über eine formlose Mail an eva@aekb.de anzumelden.



Hertha Nathorff-Preis

Berlins beste Abschlussarbeiten Public Health ausgezeichnet

Bereits seit 1995 zeichnet die Ärztekammer Berlin jährlich mit dem Hertha-Nathorff-Preis die besten Berliner Magisterarbeiten im Bereich der Public Health aus. Der mit 2.500 Euro dotierte Preis erinnert an die engagierte jüdischen Ärztin Hertha Nathorff, die in den 30er Jahren, wie viele andere Kollegen, von den Nazis zunächst mit Berufsverbot belegt und dann verfolgt wurde und mit knapper Not in die USA emigrieren konnte.

Vier Preisträger-Arbeiten wählte eine unabhängige Jury aus 25 Magisterarbeiten aus, die in drei an der Berlin School of Public Health und an der FU Berlin angesiedelten gesundheitswissenschaftlichen Aufbaustudiengängen* im Wintersemester abgegeben wurden. Am 20. März wurden auf einer feierlichen Veranstaltung an der Charité folgende Preisträger ausgezeichnet:

1. PREIS (1.000 €)

Elvira Mauz

(Diplom-Psychologin)

Psychische Störungen und soziale Ungleichheit im Geburtskohortenvergleich

2. PREIS (500 €)

Uta-Maria Weissleder

(Juristin)

Beiträge unternehmenszentrierter Netzwerke zur Überwindung der Umsetzungshindernisse betrieblicher Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelunternehmen



2. PREIS (500 €)

Dr. med. Felix Hölzinger (Arzt)

Kosteneffektivität multifaktorieller Interventionen zur Primärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen

3. PREIS (500 €)

Daniela Gohl

Subjectively perceived barriers and resources for diabetes self-management by participants of a peer education Project in Cambodia

*) "Master of Public Health" (MPH) und "Master of Science on Epidemiology" (MSc) an der Berlin School of Public Health (Charité). „Master of Public Health - Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung“ an der FU Berlin.



Strahlende Gesichter bei den Preisträgern: v.l. Daniela Gohl, Uta-Maria Weissleder, Elvira Mauz u. Laudator Dr. med. Matthias Albrecht

Foto: Plotter

SAPV – DER LANGE WEG ZUR



Dr. med. Achim Rieger

In Deutschland sterben täglich circa 230 Menschen, die eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) benötigen würden, schätzt das Palliativnetz Bochum. Das würde bedeuten, dass im Jahr etwa 83.000 Patienten Anspruch auf die neue Leistung hätten, die die Versorgung Schwerstkranker und Sterbender verbessern soll. Seit April 2007 existiert für gesetzlich Versicherte der Rechtsanspruch auf SAPV. Die Umsetzung verläuft jedoch nur schwerfällig.

Von Ulrike Hempel



GUTEN PALLIATIVVERSORGUNG

Die Entstehung der SAPV

• Die SAPV ist im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) seit April 2007 neu in das SGB V als eigenständiger Leistungsanspruch aufgenommen worden und gesetzlich Versicherten zugesagt: „Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ (§ 37b SGB V). Die Ergänzung des SGB V gründet auf dem anerkannten gesellschaftlichen Ziel, dem Wunsch der Menschen zu entsprechen, in Würde und möglichst in der eigenen häuslichen Umgebung zu sterben. Bisher wurde dieses Ziel in Deutschland bei weitem noch nicht erreicht, es werden nun aber Normen geschaffen, dies zu ermöglichen und den Schutz der Würde des sterbenden Menschen zu verbürgen.

• Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wurde vom Gesetzgeber beauftragt, das Nähere über die Leistungen zu bestimmen (Wer hat Anspruch auf SAPV?). Der G-BA beschloss die „Richtlinie zur Versorgung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung“ am 20. Dezember 2007.

• Die Spitzenverbände der Krankenkassen schlossen die von ihnen gemäß § 132d Abs.2 SGB V zu erlassenden „Empfehlungen“ am 23. Juni 2008 ab. (Wer darf SAPV anbieten?)

• Die Parlamentarische Staatssekretärin im BMG, Marion Caspers-Merk (SPD), berichtete am 10. November

2008 dem Gesundheitsausschuss des Bundestages zum Stand der SAPV-Umsetzung: Alle rechtlichen Voraussetzungen und Grundlagen für Verträge der Krankenkassen zur Erbringung von SAPV sind gegeben; Krankenkassen haben Verträge zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) abgeschlossen; die Krankenkassen planen, Verträge zur AAPV fortzuführen und ggf. eine Anpassung im Sinne § 132d Abs.2 SGB V (SAPV-Einzelverträge) bzw. entsprechend der Richtlinie vom G-BA vorzunehmen; bisher existieren nur vereinzelt Verträge; die Krankenkassen wollen zur flächendeckenden SAPV-Versorgung Verträge landesweit und kassenübergreifend abschließen; die Krankenkassen behaupten, dass trotz fehlender Verträge alle Versicherten, die Anspruch auf SAPV haben, die neue Leistung erhalten, die Abrechnung per Kostenerstattung erfolgt, im ersten Halbjahr 2008 sollen laut den GKV-Rechnungsergebnissen etwas mehr als 1 Million Euro aufgewendet worden sein.

• SAPV-Krisengespräch am 19. November 2008 im BMG mit Krankenkassenvertretern und Leistungserbringern zum aktuellen Stand. Ergebnis: Alle Krankenkassen sagten zu, möglichst zeitnah in der Fläche Verträge zur SAPV abzuschließen.

• Auf BERLINER ÄRZTE-Anfrage gibt das BMG im März 2009 Auskunft über die Existenz folgender fünf Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern deutschlandweit: Deutsche BKK in Gifhorn (Niedersachsen), BKK Nord in Hamburg, AOK-Brandenburg in Brandenburg (Neuruppin) und ein Vertrag mit fünf Partnern (Managementgesellschaften) in

Sachsen-Anhalt mit der AOK-Sachsen-Anhalt. Das BMG bezieht sich auf Auskünfte der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP).

• Der Hamburger Rechtsanwalt Dr. jur. Peter Holtappels¹⁾ stellt angesichts der Verzögerungstaktik der Krankenkassen die Frage nach „öffentlich-rechtlichem Rechtsbruch“ und „vorsätzlich und offenen Ungehorsam“ der Vorstände der gesetzlichen Krankenkassen gegenüber dem deutschen Parlament.

• So lange SAPV von den Krankenkassen nicht über entsprechende Verträge flächendeckend zur Verfügung gestellt wird, können sich Versicherte diese Leistung selbst beschaffen und von den Kassen Kostenerstattung verlangen. (Details zum Vorgehen mit Vorlage Kostenübernahmeschreiben, Formular SAPV-Verordnung etc. im Internet unter www.sapv.de.)

Statt Verträge nur träge

„Die Krankenkassen hatten lange genug Zeit“, bemängelt Dr. med. Achim Rieger, Facharzt für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin in Berlin. Aber statt Verträge abzuschließen, hätten sie Gesundheitsfonds und Honorarreform sowie EBM 2009 abgewartet. Rieger ist unzufrieden, erst jetzt würden wesentliche Fragen diskutiert: Es müsse doch geklärt sein,

.....
¹⁾ Dr. jur. Peter Holtappels: Vorsätzlicher Widerstand gegen das Parlament, Anmerkungen zur Einführung der SAPV aus Sicht eines Juristen in: Angewandte Schmerztherapie und Palliativmedizin, MED. KOMM. Verlag München, Ausgabe 01/03/2009, S. 12-13.

wie man mit der Budgetfrage bei den Medikamenten umgeht. „Da müssen sich KBV und Spitzenverband endlich einigen.“ Bewährte Initiativen wie der gemeinnützige Verein Home Care Berlin sind ohne Verträge existenzgefährdet. Rieger arbeitet seit 1997 im palliativmedizinischen Dienst zur häuslichen Versorgung schwerstkranker Krebspatienten. Jährlich werden in Berlin rund 2.000 krebserkrankte Menschen von Home Care-Ärzten versorgt. „Trotz mehrfacher Versuche“, sagt Rieger, „haben sich die Krankenkassen in Berlin nichtgesprächsbereit gezeigt.“ Home Care führte im Herbst Gespräche mit der AOK Berlin, die dann den Kontakt abbrach und nie wieder aufnahm.

„...dann bin ich bald draußen“

Rieger kritisiert, dass jegliche Transparenz fehle, wie die Kassen das Gesetz umsetzen wollen. „Zieht sich das noch weiter so hin, dann bin ich bald draußen“, versichert der Arzt, denn er arbeitet in einer Gemeinschaftspraxis, die die Hauptleistung in der Palliativversorgung erbracht hat und erbringt, aber nicht adäquat vergütet bekommt. Ursprünglich sollte die Honorarreform für ambulant tätige Ärzte finanziell von Vorteil sein, doch davon merkt Rieger nichts. Das Regelleistungsvolumen (RLV) liegt ungefähr bei 36 Euro, das ist die Summe die er pro Patient pro Quartal bekommt, einschließlich aller Hausbesuche. Bis auf jene, die er zu Unzeiten wie etwa in der Nacht machen muss, die kann er auch außerhalb des RLV abrechnen. Ansonsten ist die Versorgung der Patienten im Wesentlichen damit abgegolten, abgesehen von kleineren Zuschlägen, „mit denen haben wir dann maximal eine Vergütung von 45 bis 50 Euro pro Quartal.“

Hoffnung auf Nachbesserung

Mit Sorge stellt Rieger fest, dass schwerkranke Menschen immer seltener von Kollegen zuhause aufgesucht werden. Laut der Zeitschrift „Angewandte



Prof. Dr. med. H. Christof Müller-Busch

Schmerztherapie und Palliativmedizin“ zeigen erste Rückmeldungen aus Berliner Pflegeheimen einen dramatischen Rückgang der Hausbesuchstätigkeit. „Ich hoffe, dass sich vielleicht rückwirkend für das laufende Quartal eine Nachbesserung erzielen lässt“, sagt Rieger. Immer häufiger bekommt er Angebote, Patienten gegen private Vergütung zu versorgen, die er nicht annimmt. Ab August 2009, wenn das erste Quartal vergütet wird, kann er vermutlich seine Unkosten nicht mehr decken. Dann muss er Praxis und Standort aufgeben.

Massive Interessenkonflikte

„Es ist bedauerlich, dass die einseitige Orientierung auf die SAPV mit einem Sonderetat Begehrlichkeiten geweckt hat und dadurch massive Interessenkonflikte entstanden sind“, sagt Prof. Dr. med. H. Christof Müller-Busch, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP). Momentan laufe alles auf eine Übergangslösung hinaus, die hohen Anforderungen an die Palliativ-Care-Teams (PCT) sind leider nicht überall umsetzbar, auch wenn Qualität ein

wichtiger Aspekt der Palliativversorgung ist, aber: 1. gibt es zu wenig Ärzte und Pflegekräfte, die über das Fachwissen zur SAPV verfügen und ein gemeinsames Team bilden und 2. gibt es Abstimmungs- und Kommunikationsprobleme an den Schnittstellen bzw. hinsichtlich der Vergütung im Team, die den multiprofessionellen Ansatz behindern. Müller-Busch erklärt das am Beispiel: Wenn es etwa eine Pauschale von 180 Euro oder 200 Euro am Tag pro Patient gibt, geht es intern darum, wie viel bekommt der Arzt und wie viel der Pflegedienst, so dass von Ärzten und Pflegediensten teilweise eher Einzel Leistungsvergütungen favorisiert werden.

Schnelles Verfahren: Auto-Abwrackprämie

DGP-Präsident Müller-Busch kritisiert: „Wenn ich mir überlege, dass die sogenannte Abwrackprämie in Deutschland in kürzester Zeit umgesetzt wurde, bei der Frage der SAPV jedoch divergierende Interessen und die Konkurrenz der Beteiligten dazu führen, dass sich die Umsetzung unerträglich hinzieht, dann kann das nicht im Sinne der Betroffenen sein.“ Jeder Player versucht, für sich das Beste heraus zu holen, anstatt ein gemeinsames Verantwortungsgefühl zu entwickeln, um Interessenkonflikte nicht zu Lasten der Betroffenen auszutragen.

Müller-Buschs Forderungen: Auf Antrag werden Patienten, die die Kriterien für die SAPV erfüllen, schnellstmöglich gut und adäquat versorgt, die zur Betreuung dieser Patienten bereitstehenden kompetenten Versorger werden im Rahmen von Modellkalkulationen angemessen vergütet. Es sollten rasch Qualitätszirkel eingerichtet werden, in denen ein Erfahrungsaustausch aller Beteiligten über Probleme erfolgt und die Versorgung weiter optimiert werden kann.



Dr. med. Birgit Weihrauch

Schon bestehende Strukturen erhalten

Mit der Einführung der SAPV ist eine große Chance eröffnet worden. „Eine Chance, die – nun aber auch zeitnah – ergriffen werden muss, um zu einem systematischen und qualitätsgesicherten Ausbau zu kommen“, appelliert Dr. med. Birgit Weihrauch, Staatsrätin a. D., Vorsitzende des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands e.V. (DHPV). Modellprojekte zeigen, dass bei einer guten ambulanten Versorgungsstruktur die Relation umgedreht werden kann: Heute sterben rund 70 Prozent der Betroffenen in Krankenhäusern, 30 Prozent in der häuslichen Umgebung, so die Vereinsvorsitzende.

SAPV heiße jedoch nicht, macht es irgendwie. Es bedürfe des multiprofessionellen Ansatzes und der hospizlichen und palliativen Netzwerke, in die die PCTs eingebunden sind. Nur so entstehen nach Weihrauchs Ansicht wirklich neue integrative ambulante Versorgungsstrukturen, in denen die Leistungen der SAPV als Komplexleistungen erbracht werden können. Daher fordert sie bei der Umsetzung der SAPV: Auf den schon bestehenden Strukturen muss

eine systematische Zusammenarbeit vieler Partner organisiert und entwickelt werden. Insbesondere bedarf es der engen Zusammenarbeit mit den ambulanten Hospizdiensten sowie der Zusammenarbeit der Leistungserbringer der allgemeinen mit denen der spezialisierten Palliativversorgung. „Wir brauchen nicht einzelne Verträge mit der Pflege und einzelne Verträge mit den Ärzten, sondern ein System, das umfassend und ganzheitlich den Bedürfnissen der Betroffenen Rechnung trägt“, so Weihrauch.

Übergangsfrist für Qualifikationserwerb

Dr. med. Carl-Heinz Müller, stellvertretender Vorsitzender der KBV, hebt hervor, dass nicht jeder Anspruch auf SAPV habe, sondern nur circa 10 Prozent der Sterbenden in Deutschland. Verordnet wird die SAPV vom Krankenhausarzt oder vom behandelnden Hausarzt, ausgeführt vom PCT. Zum Team sollte ein entsprechend qualifizierter Arzt, eine entsprechend qualifizierte Pflegekraft sowie einer Psychosozialkraft gehören. Nach Empfehlung der Spitzenverbände gibt es Qualifikationsanforderungen für Ärzte: eine vorgeschriebene Zusatzweiterbildung Palliativmedizin mit 160 Stunden sowie Erfahrungen aus der ambulanten Behandlung von mindestens 75 Palliativpatienten in den letzten drei Jahren bzw. einer einjährigen klinischen palliativmedizinischen Tätigkeit. Müller fordert die Einführung einer Übergangsfrist für den Qualifikationserwerb. „Dafür müssen jetzt verlässliche und langfristig geltende Rahmenbedingungen geschaffen werden“, so Müller, um die SAPV-Leistungserbringer zu motivieren, den zeitlichen und finanziellen Aufwand zu erbringen. Die KBV schlägt vor, dass möglichst viele Ärzte, freiwillig eine 40-Stunden-Basisqualifikation machen, um dann die Arbeit in den Versorgungsteams zu unterstützen. Der Anspruch ist, dass multidisziplinäre PCTs nach festen Regeln zusammenar-

beiten und in ganz Deutschland existieren. Dann müssen Regelungen getroffen werden, die den PCTs ermöglichen, mehrere Standorte zu betreuen oder aber auch „halbe“ Teams zuzulassen. Das heißt, sie können auf die qualifizierten ärztlichen Mitglieder anderer Teams zurückgreifen.

Klare Übergänge

Die lückenlose Überleitung von der stationären in die ambulante Versorgung ist neben Schmerztherapie, Symptomkontrolle, psychosoziale Begleitung des Patienten und der Angehörigen zentrale Aufgabe der SAPV. Hinzu kommen unter anderem noch die Gewährleistung einer 24-Stunden Rufbereitschaft, die Kooperation mit Krankenhäusern, Pflegediensten, Hospizen, ehrenamtlich tätigen Personen und komplementären Diensten sowie die adäquate Einbindung der Angehörigen. Momentan fürchtet die KBV ausufernde Bürokratie. So lange die Kassen individuell Verträge machen, bekommen Ärzte des PCTs eigene Betriebsstättennummer (BSNR). Müller: „Das kann bedeuten, dass bei fünf verschiedenen Kassen und fünf verschiedenen Verträgen fünf Betriebsstättennummern bestehen.“

Warum die SAPV scheitern könnte

Müller spricht ein weiteres Problem an: Die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) ist nicht geregelter Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Ebenfalls sollte es eine klare Abgrenzung zwischen AAPV und SAPV geben, denn ihr Inhalt ist keineswegs hinreichend präzise definiert. Auch hier sind zeitnahe Lösungen gefordert: In die neue EBM muss eine vernünftige Klärung der Schmerztherapie bzw. AAPV-Abrechnung eingeführt werden. Für die Verordnung und Abrechnung der Leistungen im Rahmen der SAPV müssen pragmatische, unbürokratische Ansätze her. Die Arzneimittelversorgung soll praktikabel und rechtssicher gestalten sein. Im Moment werden die Verord-

nungen aus der SAPV-Pflege unter den allgemeinen Arzneimitteln und den allgemeinen Hilfsmitteln gebucht. Probleme sieht Müller:

1. In der Schnittstelle zwischen PCTs und den mit behandelnden Haus- und Fachärzten: Sie muss nahtlos sein und gewährleisten, dass dann, wenn der SAPV-Arzt nicht zur Verfügung steht, weiter Behandlung stattfindet.

2. Wenn die Überführung von der AAPV in die SAPV nicht funktioniert. Gerade weil es momentan keine klaren Leistungsdefinitionen gibt, muss dies geübt



Dr. med. Carl-Heinz Müller

und geschult werden. Deswegen sollten auch möglichst viele Ärzte den 40-Stunden-Basiskurs machen.

3. Dass die unterschiedlichen Vertragslösungen eine flächendeckende Versorgung regional nicht einheitlich regeln: Könnte heißen, dass verschiedene Teams mit verschiedenen Verträgen bei verschiedenen Krankenkassen tätig sind.

Die Sicht der Kassen

„Vielerorts können die Leistungserbringer die an die Empfehlungen geknüpften hohen qualitativen und strukturellen

INTERVIEW

„Die Kassen zum Jagen tragen“



Interview mit Marion Caspers-Merk (SPD), Parlamentarische Staatssekretärin und MdB zur SAPV.

BÄ: Warum verläuft die Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) nur schleppend, obwohl alle rechtlichen Voraussetzungen und Grundlagen für Verträge der Krankenkassen zur Erbringung von SAPV gegeben sind?

Caspers-Merk: Die Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung verläuft deshalb so langsam, weil sie von den Kassen nicht als Element gesehen wird, mit dem man wirbt, sondern als zusätzliche Leistung, die sie

zunächst eher abwehrend gesehen haben. Die Schwierigkeit ist, dass es sich um eine neue Leistung handelt, das heißt, zunächst mussten die Qualitätsanforderungen definiert und dann die Art der Leistung verhandelt werden. Auch die Frage der Vergütung galt es zu klären. All dies war ein langwieriger Prozess, den viele Kassen nicht mit Engagement und Energie unterstützt haben. Zeitweilig hatte man den Eindruck, die Kassen mussten zum Jagen getragen werden. Deshalb war es besonders wichtig, den Druck sowohl auf die Einzelkassen als auch auf den Spitzenverband zu erhöhen, um die Umsetzung auch gegen große Widerstände durchzusetzen. Die Zusage des Spitzenverbandes Bund hat lange auf sich warten lassen. Erst seit November 2008 ist bekannt, dass die SAPV überwettbewerblich organisiert werden soll. Das heißt, es werden Musterverträge zur Verfügung gestellt, die als Richtschnur gelten sollen für die konkreten Verträge vor Ort. Bisher gibt es ganz wenige Einzelverträge, aber noch kein flächendeckendes Angebot.

BÄ: Kann sich das BMG auf die unverbindliche Zusage der Krankenkassen

verlassen, umgehend mit der flächendeckenden Umsetzung zu beginnen?

Caspers-Merk: Kann man sich im Gesundheitswesen überhaupt auf Zusagen von Beteiligten verlassen? Natürlich bin ich zunächst mal der Ansicht, dass man an den guten Willen appellieren sollte, aber wir werden als Gesetzgeber die Umsetzungsschritte weiterhin sehr zielstrebig begleiten, so wie wir das in der Vergangenheit schon getan haben. Es gab nachdrückliche Gespräche hier im Haus, es gab viel Druck, den wir den Kassen gemacht haben und es gab im Rahmen von Expertenanhörungen im Fachausschuss eine Richtung, die vorgegeben wurde. Für die Politik ist es elementar zu erfahren, wo es konkret hakt.

BÄ: Wird von Seiten des BMG weiter Druck aufgebaut?

Caspers-Merk: Wir werden uns regelmäßig die Fortschritte vom GKV-Spitzenverband berichten lassen. Der Politik ist es sehr ernst: Wir haben ein Versorgungsproblem von schwerstkranken Menschen in Deutschland, deshalb muss die SAPV schnellstmöglich umgesetzt



Reiner Glasmacher

Anforderungen an die SAPV noch nicht erfüllen“, meint Reiner Glasmacher, stellvertretender Hauptabteilungsleiter Leistungen und Beiträge der Barmer Ersatzkasse. In vielen Bundesländern arbeiten zwar schon Teams, deren Leistungen in Einzelfällen erstattet werden, aber Verträge nach § 132d Abs. 1 SGB V gibt es noch nicht. Glasmacher bemängelt, man habe zur Zeit keinen genauen Überblick, wo in Deutschland schon Strukturen vorhanden sind und PCTs gebildet werden könnten. „An entsprechende Informationen kommen wir über die Fachgesellschaften, zum Beispiel welche Kapazitäten in welcher

Region bestehen“, so der Experte. Die Krankenkassen haben sich grundsätzlich darauf geeinigt, dass die Umsetzung der SAPV kein Wettbewerbsfeld ist.

Die Barmer engagiert sich innerhalb des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek). „Wir wollen einen Vertrag schaffen, der auch vor Ort musterhaft umgesetzt werden kann.“ Damit soll berücksichtigt werden, was der Gesetzgeber angedacht hat, aber auch auf die Erfahrungen der Fachgesellschaften DGP und DHPV zurückgegriffen werden. Die Diskussion, was SAPV ist und was nicht, sollte nicht vereinzelt geführt werden. Deshalb gibt

werden. Aber vom Gesetzblatt bis zur Umsetzung ist es ein weiter Weg, der im Interesse der Betroffenen abgekürzt werden muss. Sollte in nächster Zeit gar nichts in Gang kommen, muss man neben Berichtspflicht und Gesprächen weitere Maßnahmen überdenken. Gesetzgeberisch ist alles klar. Wir haben in Deutschland aber, entgegen vieler Vorurteile, keine Staatsmedizin. Bei uns müssen die Selbstverwaltungspartner die gesetzlichen Rahmenbedingungen umsetzen. Es ist sehr schwierig, wenn man von der Politik immer fordert, sich um jedes Detail zu kümmern. Entweder man hat eine Selbstverwaltungsstruktur, dann ist sie auch eigenverantwortlich für die Umsetzung verantwortlich. Oder man hat keine Selbstverwaltung, dann muss alles die Politik richten. Ich bin für die Selbstverwaltung, aber sie muss auch ihren Job machen.

BÄ: Glauben Sie, dass der multiprofessionelle Ansatz der SAPV ein Hemmnis darstellt?

Caspers-Merk: Es ist immer schwierig, eine neue Leistung von den bisher erbrachten abzugrenzen. Viele Mediziner haben sich auf den Standpunkt festgelegt, dass haben wir doch bislang schon gemacht. Ein weiteres Problem ist, die Kooperation mit nichtärztlichen

Berufen und die Interdisziplinarität auch mit abzubilden. Dieser Ansatz ist im deutschen Gesundheitswesen ein Stück weit Neuland und bisher noch nicht sehr weit verbreitet. Hinzu kommt meines Erachtens, dass Themen wie unheilbare Krankheiten, Schmerzfürsorge, Sterbebegleitung Bereiche sind, die stark tabuisiert werden, sowohl in der Öffentlichkeit als auch bei den Ärzten sowie den nicht-ärztlichen Heilberufen. Es ist überfällig, dass man hier einen Schritt weiter kommt. Ich kenne engagierte Berufsgruppen, die sehr auf die Einführung der SAPV gedrängt haben und die über Jahre in Vorleistung gegangen sind.

BÄ: Waren Probleme nicht vorhersehbar?

Caspers-Merk: Doch, wir haben gewusst, dass die Einführung schwierig wird. Aber nur, weil etwas schwierig ist, kann man ein gesundheitspolitisches Erfordernis nicht fallen lassen, sondern muss den Prozess begleiten. Meine Erfahrungen als Drogenbeauftragter bei der Einführung von größeren Angeboten im Methadon-Bereich sind, dass man dem System auch die Chance geben muss, sich auf neue Herausforderungen einzustellen.

BÄ: Vom Gesetzgeber waren für die Aufbauphase April bis Dezember 2007 Ausgaben in Höhe von 80 Millionen Euro prognostiziert worden, für 2008 waren 130 Millionen Euro veranschlagt. Die tatsächlich abgerufenen SAPV-Leistungen beliefen sich nur auf einen kleinen Bruchteil der kalkulierten Kosten. Was bedeutet das für 2009 und die kommenden Jahre?

Caspers-Merk: Das, was die Gesetzliche Krankenversicherung jetzt zur Verfügung hat, sind rund 168 Milliarden Euro. Man darf bei der aktuellen Diskussion nicht verkennen, dass wir mit Einführung des Gesundheitsfonds 11 Milliarden Euro mehr im Versorgungsbereich haben als im Jahr zuvor. Ein Teil davon war auch gezielter Aufwuchs für die ambulante Palliativmedizin. Wir haben aber keine Summen für bestimmte Bereiche reserviert, sondern es gibt einen Gesamtopf, der finanziert wird. Und dieser Topf muss so sein, dass diese zusätzlichen Leistungen erbracht werden können. Beides ist der Fall gewesen: Wir haben mehr Mittel zur Verfügung gestellt, die auch für diesen Bereich ausgegeben werden sollten.

BÄ: Vielen Dank für das Gespräch.

Das Interview führte Ulrike Hempel.

es den gemeinsamen Entwurf eines Mustervertrags der Ersatzkassen. Ansprechpartner ist die jeweilige vdek-Landesvertretung. Der Mustervertrag hat zum Ziel, dass bundesweit die gleichen Inhalte geregelt sind. Die Verhandlungen werden regional geführt, mit dem Ansinnen, diese Verträge auch kassenübergreifend abzuschließen. Glasmacher versichert: „Das BMG kann sich auf die Zusage vom 19. November 2008 verlassen. Es werden alle Anstrengungen unternommen, um möglichst zeitnah in der Fläche Verträge zur SAPV abzuschließen“. Die Barmer gehe aktiv auf die anderen Kassen zu, um ein gemeinsames Konzept zu erstellen. Das betreffe Fragen wie: Ist die Verordnung der Schmerzmittel im Notfall geregelt? Wie sieht die Organisation und Qualifikation in den PCTs aus? Auch zu regeln sind die Ermächtigungsfragen für Krankenhausärzte. Das müsse mit der KBV geklärt werden. Ob das Geld für die SAPV zur Verfügung steht? Glasmacher: „Der Gesundheitsfonds ist von Expertenteams kalkuliert worden. Dabei wurde auch die SAPV berücksichtigt. In welcher Höhe ist nicht bekannt.“

Strukturen entstehen nicht über Nacht

Nach Auffassung von Frank Sieners, Bereichsleiter Versorgung bei der Techniker-Krankenkasse, war nicht damit zu rechnen, dass Deutschland blitzartig ein flächendeckendes qualitativ hochwertiges SAPV-Angebot haben würde. Die TK habe großes Interesse daran, so schnell wie möglich Verträge abzuschließen, versichert Siener. Verhandlungen liefen derzeit. Bis die Verträge abgeschlossen sind, würden diese Leistungen bereits über Kostenerstattung übernommen. Siener sieht den Hauptgrund für fehlende Vertragsabschlüsse darin, dass die Komplexität der SAPV angesichts von komplett neuen Leistungen, bisher nicht vorhandenen Strukturen und einer Vielzahl von Leistungserbringern unterschätzt wurde. Nach Kenntnis der TK

gibt es bundesweit nur 1.800 Palliativmediziner. Es wäre wünschenswert, wenn man im Rahmen einer bestimmten Übergangsfrist Ärzte und Pflegekräfte schon jetzt als vertragsfähig akzeptieren würde. Das müssten nach Siener die beiden Vertragsschließenden Parteien untereinander regeln. Mittelfristig müssten sich Leistungserbringer jedoch entsprechend den Vorschriften für die SAPV weiterbilden. Die Kassen schöpfen laut Siener die Möglichkeiten, nach Kooperationspartnern zu suchen, aus. Man könne aber schlecht auf Verdacht in der Zeitung inserieren „Krankenkassen suchen Palliativ-Care-Teams“.

Stichwort Finanzierung: Der TK-Haushalt ist so aufgestellt, dass ausreichend Geld für die SAPV zur Verfügung steht. Sollte der Haushaltsansatz einmal nicht ausreichen, wird er entsprechend dem Bedarf nachträglich aufgestockt. Wird oder wurde der Posten nicht ausgeschöpft, fließt das Budget in den neuen Haushalt wieder mit ein. Siener: „Wir sind ja keine Spar- sondern eine Krankenkasse.“

Fazit:

Zwei Jahre nach Inkrafttreten der gesetzlichen Regelungen zur SAPV warten Patientinnen und Patienten, aber auch viele Palliativärzte und -pflegekräfte, dringend darauf, dass der Rechtsanspruch für Patienten auf eine spezialisierte Palliativversorgung in vertrauter häuslicher Umgebung realisiert wird.

Verträge:

- Die Krankenkassen müssen zügig zu Vertragsabschlüssen mit den Leistungserbringern gem. § 132d SGB V kommen.
- Da die Krankenkassen fordern, die notwendigen vertraglichen Grundlagen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen landesweit kassenübergreifend zu regeln, sollen sie zeitnah die entsprechenden Voraussetzungen dafür schaffen.

PCT:

- Kurzfristig: Einführung einer Übergangsfrist, die Ärzten und Pflegekräften ermöglicht, die erforderlichen Leistungen zu erbringen. Langfristig muss die theoretische und praktische Ausbildung von Ärzten und Pflegekräften auf das Qualifikationsniveau der Empfehlungen forciert werden.

- Um auch in ländlichen Gebieten eine SAPV zu sichern, müssen Regelungen getroffen werden a) die den PCTs ermöglichen, mehrere Standorte zu betreuen oder b) „halbe“ Teams zulassen, die auf die qualifizierten ärztlichen Mitglieder anderer Teams zurückgreifen können.

SAPV/AAPV:

- Die SAPV ist nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung, im Gegensatz zu den allgemeinen palliativmedizinischen Leistungen. Es bedarf einer klaren Abgrenzung zwischen allgemeiner und spezialisierter palliativmedizinischer Versorgung, denn ihr Inhalt ist nicht hinreichend präzise definiert.

Evaluation:

- Die Umsetzung der SAPV muss evaluiert werden. Voraussetzung ist eine Dokumentationsgrundlage, die aussagefähige und vergleichbare Daten liefert. Nur so kann nachgesteuert werden. Das BMG hat den G-BA um jährliche Berichte gebeten, erstmals vorzulegen zum 31. Dezember 2009.

Verfasserin:

Ulrike Hempel
Medizinjournalistin

Literatur:

Angewandte Schmerztherapie und Palliativmedizin, Ausgabe 01/03/2009
MED.KOMM. Verlag München, S. 12-13.

Aufsätze zu den Rechtsgrundlagen der Palliativmedizin auf www.palliativ-rissen.de/download

Wenige deutsche Teilnehmer bei Qualitätsforum

Persönlicher Eindruck vom International Forum on Quality and Safety in Health Care 2009

Vom 17. bis 20.03.2009 wurde Berlin zum Treffpunkt von mehr als 1800 Experten und Interessierten aus 67 Ländern von allen Kontinenten der Welt. Sie kamen zum „International Forum on Quality and Safety in Health Care“, um sich zu Fragen von Qualität und Sicherheit im Gesundheitswesen auf hohem Niveau auszutauschen und voneinander zu lernen.

Von Werner Wyrwich

Das Forum wird in Deutschland bis heute leider nicht so stark wahrgenommen, wie im Rest der Welt, obwohl die Veranstalter IHI (Institute for Healthcare Improvement) und die BMJ-Group (British Medical Journal Gruppe) international bekannt sind und im wahrsten Sinne des Wortes für Qualität stehen. Beim letztjährigen Forum in Paris, lag das deutsche Engagement noch bei 16 Teilnehmern, in diesem Jahr verzeichnete es mit mehr als 90 Interessierten aus Deutschland eine deutliche Steigerung: Ich selbst hatte hier aber unter dem Aspekt, dass das Treffen in Berlin stattfand und nationale QM-Organisationen in Deutschland auf die Ausrichtung einer zeitgleich geplanten Jahrestagung verzichteten, mehr erwartet.

Diejenigen, die sich im ICC einfanden, wurden nicht enttäuscht: So erfuhren sie beispielsweise von dem in der Qualitäts-Szene weltbekannten „Don“ Berwick, wie trotz einer politisch ubiquitär geforderten Leistungseinschränkung und Ausrichtung auf ökonomische Ziele, echte Kostendämpfung auf lange Sicht nur mit einem System zu erreichen ist, das primär auf die Bedürfnisse des Patienten ausgerichtet ist. Sein Vortrag ist, wie auch die anderen Plenarvorträge, über die Webseiten des Forums für jeden Interessierten frei zugänglich.

Ein aus meiner Sicht guter Ansatz des Forums lag im „Teach all – Learn all“. Hierbei wird statt des bei uns gewohnten Fortbildungsformats „Präsentation mit anschließender Diskussion“ vermehrt das

Format „Minikurs“ angeboten, bei dem ein Thema international und interaktiv bearbeitet wird. Minikurse sind als Halbtagesveranstaltung angesetzt, so dass man an anderen Sitzungen zwar nicht teilnehmen kann, dafür erreicht man aber eine völlig andere Auseinandersetzung mit dem Thema.

Als Arzt im Krankenhaus hatte ich den Minikurs „Improving flow improves everything“ gebucht, der das Problem von Wartezeiten und deren Ursachen adressierte. Zum Beispiel mit Ansätzen aus der Stauforschung. Ja, richtig gelesen! „Was verursacht den Stau auf der Autobahn?“ wird gleichgesetzt mit „Was verursacht Wartezeiten im Behandlungsprozess?“ Die bekannte alltägliche Problematik der Bettenknappheit wurde mit den in diesem Minikurs vermittelten Tools betrachtet und schonungslos analysiert. Die richtigen „AHA“-Effekte entstanden durch das Darstellen des möglichen Potenzials, das durch „no value adding costs“ dem eigentlichen Behandlungsprozess derzeit entzogen wird. Im betrachteten Beispiel war das Vermeiden von „variations“ der Schlüssel zum Erfolg.

Aber auch die Vorträge und Poster-Sessions hatten einiges zu bieten. So wurde zum Beispiel im US-Staat Michigan ein Behandlungsstandard auf Grundlage gesicherter Evidenz entwickelt, der bei beatmeten Patienten zur Pneumonie-Reduktion in 122 Intensivstationen (ICUs) konsequent angewandt wurde. Die Ergebnisse sowohl der Behandlungsqualität und Sicherheit des Patienten, als auch die Reduktion der

Fortbildungspunkte beim BMJ-Kongress

Kammermitglieder, die über eine Bescheinigung der von ihnen gebuchten Kurse im Rahmen des Kongresses verfügen, können eine Kopie dieser Bescheinigung bei der Abteilung Fortbildung der Ärztekammer Berlin einreichen. Anhand dieser Bescheinigung werden im Weiteren dem Punktekonto des Kammermitgliedes die erworbenen Fortbildungspunkte gutgeschrieben. Die Ärztekammer Berlin bietet diesen Service ausnahmsweise an, da im Rahmen des Kongresses die Nutzung der Barcode-Etiketten nicht möglich war.

Kosten waren so gut, dass eine Verbreitung des Projektvorgehens auf andere Bundesstaaten angenommen werden kann.

Alles in allem war das Forum eine gelungene Veranstaltung, die außerdem Gelegenheit bot, internationale Kontakte zu knüpfen. Das kommende Forum findet im April 2010 in Nizza statt.

Dr. med. Werner Wyrwich
Mitglied des Vorstandes
der Ärztekammer Berlin

Weitere Informationen im Internet unter
<http://internationalforum.bmj.com/2009-forum>
www.axisto.com/webcasting/bmj/berlin-2009

ANZEIGE

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

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

Termine	Thema/ Referenten	Veranstaltungsort	Information/ Gebühr	Fortbildungspunkte
03.06.2009 BITTE BEACHTEN: 19:30-21:30 Uhr	Moderierte Vortrags-/ Fortbildungsveranstaltung der Arzt-Apotheker-Kooperation Berlin: Beratung zum Thema Mundgesundheit: „Wie lässt sich Parodontitis und Karies vorbeugen?“ (Näheres s. auch Textkasten auf der nächsten Seite)	BITTE BEACHTEN: Großer Hörsaal/ Eingang Bettenhochhaus der Charité Charité Universitätsmedizin Berlin Campus Mitte Luisenstr. 65 10117 Berlin	Information: Tel.: 40806-1207 E-Mail: fb-veranstaltungen@aekb.de Anmeldung nicht erforderlich Teilnahme kostenlos	3 P
15.-17.06.2009	Grundkurs im Strahlenschutz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnahmegebühr 230 €	21 P
17.-19.06.2009 19.06.2009	Spezialkurs im Strahlenschutz: - bei der Röntgendiagnostik - bei CT	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnahmegebühr: Spezialkurs Röntgendiagnostik: 200 € Spezialkurs CT: 60 €	20 P (Spezialkurs Röntgendiagnostik) 5 P (Spezialkurs CT)
07.09.-16.09.2009 (Kursteil A1) 16.09.-25.09.2009 (Kursteil A2)	Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnahmegebühr Kurs A gesamt: 920 € Kurse A1 und A2 getrennt: je 460 €	60 P pro Kursteil
TERMINPLANUNG: HERBSTKURS 2009 3 Präsenzmodule: 07.-12.09.2009 02.-07.11.2009 07.-11.12.2009	Weiterbildungskurs „Ärztliches Qualitätsmanagement“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge des Eingangs berücksichtigt. (weitere Informationen s. S. 23)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1400 E-Mail: QM-Kurs2009@aekb.de	50 P pro Modul
26.09.2009	8-Stunden-Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde im Strahlenschutz für die Röntgendiagnostik nach Röntgenverordnung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnahmegebühr: 130 €	9 P
BITTE BEACHTEN/ NEUER TERMIN: 20.11.-21.11.2009	16-Stunden-Kurs „Qualifikation von Transfusionsbeauftragten und -verantwortlichen“	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1401 E-Mail: r.drendel@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnahmegebühr: 120 €	16 P

Interdisziplinäres Forum MED-DENT Kiefernekrose unter Bisphosphonattherapie – Aktueller Stand der Wissenschaft

Termin: 17.06.2009; 18:00 - 21:00 Uhr

Veranstaltungsort: Philipp-Pfaff-Institut / Aßmannshauser Str. 4-6,
14197 Berlin

Das Philipp-Pfaff-Institut setzt seine Veranstaltungsreihe „Interdisziplinäres Forum MED-DENT“ auch im Jahr 2009 fort. Diese Veranstaltungsreihe richtet sich sowohl an Humanmediziner als auch an Zahnmediziner und ist bestrebt, die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu fördern und zu intensivieren.

Heutzutage stellt die medikamentöse Therapie von Knochenmetastasen verschiedener Tumorarten mit Bisphosphonaten einen Standard dar. Wissenschaftlich gesichert ist der Nutzen für die Patienten im Sinne der Vermeidung von Skelettkomplikationen. Die Lebensqualität kann dank der Bisphosphonate zum Teil über viele Jahre erhalten werden. Seit einigen Jahren wird aber eine erschreckende Zunahme einer Nebenwirkung im Kieferbereich nach Bisphosphonattherapie beobachtet: die Nekrose des Kieferknochens (Osteonekrose of the jaw = ONJ). Es handelt sich dabei um ein interdisziplinäres Problem, welches vor allem Zahnärzte und Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen sowie Onkologen und Osteologen betrifft.

In der angekündigten Veranstaltung werden Prof. Dr. Felsenberg (Berlin) und Prof. Dr. Bodo Hoffmeister (Berlin) über aktuelle präventive und therapeutische Strategien sowie über die relevanten Risikofaktoren referieren. Dabei sind die Beiträge auf klinisch relevante Informationen und praktische Entscheidungswege fokussiert.

Kontakt:

Philipp-Pfaff-Institut
Fortbildungseinrichtung der Landes Zahnärztekammer
Berlin und Brandenburg GmbH
Aßmannshauser Str. 4-6
14197 Berlin
Telefon: 030 / 414 725-0
Fax: 030 / 414 89 67
E-Mail: info@pfaff-berlin.de
Kursbörse: www.pfaff-berlin.de

Interessenten werden gebeten, sich zu dieser Veranstaltung beim Philipp-Pfaff-Institut schriftlich anzumelden.

Die Teilnahme an der Veranstaltung ist mit 4 Fortbildungspunkten für das Fortbildungszertifikat Berlin anrechenbar.

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin Mundgesundheit: „Wie lässt sich Parodontitis und Karies vorbeugen?“

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

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

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

Termin: 03.06.2009, 19:30 bis 21:30 Uhr

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

Anerkannt mit 3 Fortbildungspunkten
Eine Anmeldung ist nicht erforderlich.

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

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

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

Termine:
Präsenzwoche 1: 07.09.2009 bis 12.09.2009
Präsenzwoche 2: 02.11.2009 bis 07.11.2009
Präsenzwoche 3: 07.12.2009 bis 12.12.2009

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin
Weitere Informationen erhalten Interessenten:
telefonisch unter Tel.: 40 806-1207 (Organisatorisches) und
Tel.: 40 806-1400 (Frau Markl-Vieto, Inhaltliches) oder
per E-Mail: QM-Kurs2009@aekb.de

ANZEIGE

Gesundheit ist ein Menschenrecht

Deshalb hilft ÄRZTE OHNE GRENZEN
in rund 70 Ländern Menschen in Not –
ungeachtet ihrer Hautfarbe, Religion
oder politischen Überzeugung.



Helfen Sie mit!

ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.
Am Köllnischen Park 1 • 10179 Berlin
www.aerzte-ohne-grenzen.de
Spendenkonto 97 0 97
Sparkasse KölnBonn • BLZ 380 500 00

Bitte schicken Sie mir unverbindlich

- ☐ allgemeine Informationen
über ÄRZTE OHNE GRENZEN
☐ Informationen für einen Projekteinsatz
☐ Informationen zur Fördermitgliedschaft
☐ die Broschüre „Ein Vermächtnis für
das Leben“

Name _____

Anschrift _____

1110 43 02

Überbetriebliche Ausbildung wird vereinfacht

Bericht von der Delegiertenversammlung am 1. April 2009

Die überbetriebliche Ausbildung der Medizinischen Fachangestellten wird deutlich gestrafft. Gleichzeitig sprachen sich die Delegierten mehrheitlich für eine Fortführung der seit 2003 laufenden überbetrieblichen Ausbildung aus. Mit der Anpassung der Inhalte reagiert die Delegiertenversammlung auf kritische Stimmen unter den ausbildenden Ärztinnen und Ärzten. Daneben wurden im Bereich Berufsbildung die Gebührenordnung und die Entschädigungsregelung an den deutlich erhöhten Prüfungsaufwand angepasst sowie die Prüfungsordnung für die Durchführung der Abschluss- und Umschulungsprüfungen geändert. Außerdem verständigten sich die Delegierten auf einen fraktionsübergreifenden Entschließungsantrag für den Deutschen Ärztetag. Dabei geht es um größtmögliche Transparenz bei der jetzt gestarteten bundesweiten Evaluation der Weiterbildung.

Von Sascha Rudat

Über ein umfangreiches Paket im Bereich Berufsbildung/Medizinische Fachangestellte hatten die Delegierten in ihrer Versammlung am 1. April abzustimmen. Zunächst erläuterten Catharina Döring-Wimberg und Christoph Röhrig (Abteilung 3, u.a. Berufsbildung) die Umsetzung der Vorgaben durch die am 1. August 2006 in Kraft getretene Ausbildungsordnung für Medizinische Fachangestellte. Die Durchführung von parallelen Prüfungen für Arzthelferinnen und Medizinische Fachangestellte hatte in den vergangenen Prüfungskampagnen zu einem erheblichen Mehraufwand für das Haupt- und Ehrenamt geführt. Wurden im vergangenen Jahr noch 474 Arzthelferinnen und 89 Medizinische Fachangestellte geprüft, so werden ab Sommer dieses Jahres fast ausschließlich Prüfungen nach der neuen Prüfungsordnung durchgeführt. Diese neuen bundesrechtlichen Vorgaben sehen unter anderem vor, dass der zeitliche Aufwand für die praktischen Abschlussprüfungen auf 75 Minuten pro Prüfling ansteigt. Außerdem gibt es zahlreiche neue methodische und inhaltliche Anforderungen an die schriftlichen und praktischen Prüfungsaufgaben.

Die Umsetzung der 75-minütigen Abschlussprüfungen kann nur erreicht werden durch

- ein hocheffizientes Zeit- und Organisationsmanagement;
- eine zeitliche Verschachtelung der Prüfungsterminplanung;
- eine Verdopplung der kalendarischen Prüfungszeit von 14 auf 29 Tage;
- eine Erhöhung der Anzahl der Prüfungsabnahmeausschüsse von 15 auf 25.

Dieser enorm gestiegene zeitliche und personelle Aufwand für die Prüfungen der Medizinischen Fachangestellten erfordert nach Angaben von Christoph Röhrig (Leiter Abteilung 3) eine Anpassung der Entschädigungsregelung. Der finanzielle Aufwand steigt demnach von 95.000 auf 140.000 Euro jährlich. Dieser Anpassung stimmten die Delegierten bei einer Enthaltung einstimmig zu.

Weniger Ausbildungstage

Im Anschluss erläuterte Vorstandsmitglied Regine Held in ihrer Funktion als Vorsitzende des Berufsbildungsausschusses die Neukonzeption der überbetrieblichen Ausbildung. Die seit 2003 bestehende überbetriebliche Ausbildung habe sich aus Sicht des Berufsbildungsausschusses prinzi-



piell bewährt, betonte Held, doch von Seiten der ausbildenden Ärztinnen und Ärzte seien einzelne Aspekte wiederholt kritisiert worden, so zum Beispiel der teilweise geringe Praxisbezug, die Wiederholung von berufsschulischen Inhalten sowie die zu umfangreichen Freistellungsverpflichtungen. Dieser Kritik habe man sich angenommen und jetzt eine umfassende Neukonzeption vorlegt. Danach sinkt die Zahl der Lehrgangstage von 14 auf 6 bei gleichzeitiger Verlängerung der Dauer der Lehrgangstage (8 statt 6 Stunden). Außerdem sollen künftig nicht mehr alle Lehrinhalte abgedeckt werden, sondern sich auf die Kompensation typischer Ausbildungsdefizite beschränkt werden. Die Kosten für den ausbildenden Arzt werden für die überbetriebliche Ausbildung von 224 auf 180 Euro gesenkt.

Diese Neukonzeption, die auch eine Neuausschreibung für die Durchführung zum 1. Februar 2010 vorsieht (bisher Ausbildungsring Berlin-Brandenburg), wurde von den Delegierten aller Fraktionen begrüßt und einstimmig bei zwei Enthaltungen verabschiedet. Auszubildende, die ihre Ausbildung vor dem 1. Februar 2009 aufgenommen haben, werden unter Anrechnung bis zum 31. August 2009 absolvierter Lehrgänge in die Maßnahme überführt und damit ebenfalls von der Neukonzeption profitieren.

Gebührenanpassung notwendig

Wie Christoph Röhrig den Delegierten nachfolgend erläuterte, sei eine Anpassung der Gebührenordnung eine notwendige Konsequenz aus den vorher be-

schlossenen Punkten. Die bisherigen Gebühren für die Abschlussprüfungen der Medizinischen Fachangestellten seien wegen des gestiegenen Aufwands nicht mehr zu halten.

Er führte weiter aus, dass es der Kammer mit der Anpassung nun auch möglich sei, in speziellen Fällen Gebühren zu erheben, so zum Beispiel für die Prüfung von Verbundausbildungskonzepten privater Bildungsträger, deren Bearbeitung für die Kammer sehr aufwändig sei.

Die Gebühren für die Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte steigen laut der neuer Gebührenordnung auf 180 Euro bei Kammerangehörigen als Ausbilder (bisher 75 Euro) bzw. auf 360 Euro bei Nicht-Kammerangehörigen als Ausbilder (bisher 150 Euro). Die Delegierten unterstützten diese Gebührenanpassung einstimmig.

BERLINER ÄRZTE wird in einer der nächsten Ausgaben umfassend über die Änderungen im Bereich Berufsbildung berichten.

EVA soll transparenter werden

Die kürzlich angelaufene bundesweite Evaluation der Weiterbildung soll nach dem Willen der Berliner Delegierten transparenter werden. Für den 112. Deutschen Ärztetag im Mai in Mainz beschlossen sie

einen Entschließungsantrag. Dieser sieht vor, dass der Vorstand der Bundesärztekammer darauf hinwirken soll, die Ergebnisse der Evaluation nicht nur den Befugten zugänglich zu machen, sondern auch den Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung. Außerdem sollen die Ergebnisse im Internet öffentlich gemacht werden, so die Beschlussvorlage. Sollte dies nicht bundesweit möglich sein, soll den Landesärztekammern eingeräumt werden, die Ergebnisse aus dem jeweiligen Kammerbereich im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten öffentlich zu machen.

Ausschüsse des Versorgungswerkes voll arbeitsfähig

Auf eine Anfrage der Fraktion Gesundheit zu den Konsequenzen aus dem Urteil des Berliner Verfassungsgerichtshofs vom 4. März zur Besetzung der Ausschüsse der Berliner Ärzteversorgung gab der Kam-

mervorstand eine schriftliche Stellungnahme ab. Danach wurde in dem Urteil festgestellt, dass die Inkompatibilitätsregelung des § 4b Abs. 5 S. 5 Berliner Kammergesetz mit der Verfassung von Berlin vereinbar ist. Diese Regelung besagt, dass Mitglieder des Kammervorstandes nicht gleichzeitig Mitglieder des Verwaltungs- und Aufsichtsausschusses der Berliner Ärzteversorgung sein dürfen. Der genannte Paragraph ist aber noch nicht anwendbar, da die Ausschüsse zuvor von einer Vertreterversammlung gewählt werden müssen, die ihrerseits noch zu wählen ist. Dazu bedarf es einer Wahlordnung. Bis zur Erstellung dieser Wahlordnung arbeiten die bestehenden Ausschüsse in gewohnter Zuverlässigkeit rechtskonform weiter. Für die Mitglieder des Versorgungswerkes gibt es keinerlei Einschränkungen.

srd

Neukonzeption der überbetrieblichen Ausbildung

- Konzentration auf die Kompensation typischer Ausbildungsdefizite
- Intensivierung der praktischen Lehrinhalte
- erhöhter Anspruch an Ausstattung und Lehrpersonal
- Reduktion der Lehrgangstage von 14 auf 6
- Verlängerung der Dauer der Lehrgangstage
- Kostenreduktion

ANZEIGE

Schwierige Unabhängigkeit

Die Verbindung zwischen Ärzten und Pharmaindustrie bedroht das Ansehen der Medizin, das auf Unabhängigkeit, Objektivität und dem Vertrauen der Patienten zum Arzt beruht. MEZIS (Mein Essen zahl' ich selbst) e.V. – die Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte – zeigt der Pharmaindustrie die kalte Schulter.

Von Ulrike Hempel

Es macht mich zuversichtlich, dass es immer mehr Ärzte gibt, die sich von der Pharmaindustrie unabhängig machen“, sagt Adelheid Lücktrath, Fachärztin für Allgemeinmedizin. Sie ist wie circa 40 andere ins Berliner Haus der Demokratie und Menschenrechte gekommen, um an der MEZIS-Veranstaltung über die massive Einflussnahme der Pharmaindustrie auf Ärzteschaft, Politik, Forschung, medizinische Behandlung und Medien teilzunehmen. „Zunächst möchte ich meine eigenen Interessenskonflikte kurz darstellen“, beginnt Professor Dr. Klaus Lieb, MEZIS-Vorstandsmitglied und Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik in Mainz. „Seit 2007 nehme ich keine persönlichen Zuwendungen der Pharmaindustrie mehr an. Jedoch hat unsere Klinik, deren Direktor ich bin, ein Studienzentrum, dort werden auch Pharma-gesponserte Studien durchgeführt.“ Lieb stellt einige zentrale Positionen der Initiative vor: MEZIS erkennt an, dass die Beeinflussung der Pharmaindustrie auf das Ordnungsverhalten der Ärzte weit verbreitet ist, die Branchenriesen Veröffentlichungen klinischer Studien beeinflussen und es Verstrickungen zwischen Ärzten und Pharmaindustrie gibt.

Viele Ärzte meinen, sie werden von Geschenken, Honorarzahlgungen und anderen Zuwendungen nicht beeinflusst. Die Managerin eines Schweizer Pharmaunternehmens sagt in dem Buch „Korrumpierte Medizin“ von Hans Weiss über die pharmazeutische Industrie: „Unser Image nähert sich dem der Waffenindustrie“. Dementsprechend gestalten sich auch die Methoden der Pharmakonzerne in der Praxis: zunehmend aggressiver, raffinierter und subtiler. Die Zwischenauswertung einer Umfrage unter 300 Ärzten in ganz Deutschland, an der Lieb aktuell mitwirkt, ergab, dass 75 Prozent der Befragten mindestens einmal

pro Woche von Pharmavertretern besucht werden. Auf die Frage „Wie schätzen Sie selbst ihre Beeinflussung durch die pharmazeutische Industrie ein?“, antworten 10 Prozent der Ärzte, dass sie nicht beeinflusst werden. Fragt man, wie das beim Kollegen ist, antworten sie, dass nur 1 Prozent der Kollegen nicht beeinflusst wird. Ein interessanter Aspekt, der dafür spricht, dass man „den Balken im eigenen Auge nicht so gut sieht“, meint Lieb und schlägt scherzhaft vor, den Namen des Vereins vielleicht doch besser in „Präparatemuster lehne ich ab“ oder „Meine Schreibwaren kaufe ich mir selbst“ zu ändern, denn Präparatemuster und Schreibwaren waren 2007 die häufigsten Geschenke an Ärzte.

Selbstzahler suchen nach Unabhängigkeit

Die Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte wurde im Januar 2007 von elf Mitgliedern in Frankfurt a.M. gegründet. Inzwischen sehen sich 131 „MEZIS“ – wie sich ein Diskussionsteilnehmer selbst bezeichnet – den Zielen des Vereins verpflichtet: Die wissenschaftliche und unabhängige Fort- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten sowie anderer Heilberufe auf dem Gebiet der rationalen Arzneimitteltherapie und evidenzbasierter Medizin zu verbessern, Schaden für Patientinnen und Patienten durch unzureichende Arzneiverordnungen abzuwenden sowie die derzeit vorhandene intransparente und irreführende Beeinflussung des Ordnungsverhaltens offenzulegen und zurückzudrängen.

Dafür hat man sich auf die Einhaltung folgender Maßnahmen geeinigt:

- keine Besuche mehr von Pharmavertreterinnen und -vertretern

- Arzneimittelmuster und Geschenke werden nicht mehr angenommen
- auf Fortbildungsveranstaltungen das Essen selbst zahlen
- keine Durchführung von Anwendungsbeobachtungen
- Abschaffung der Pharma-gesponserten Praxissoftware
- Besuch herstellerunabhängiger Fortbildungsveranstaltungen
- Fortbildungspunkte nur aus herstellerunabhängigen Veranstaltungen und Fachzeitschriften

Neue Arzneimittel in der Onkologie und die Pharmaindustrie

Professor Dr. Wolf-Dieter Ludwig, Chefarzt der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Tumorummunologie, Robert-Rössle-Klinik, HELIOS Klinikum Berlin-Buch, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und ebenfalls MEZIS-Mitglied führt aus, wie die pharmazeutische Industrie Einfluss auf die Entwicklung und Verordnung neuer Arzneimittel in der Onkologie ausübt.

Doch zuvor zückt Ludwig eine Art Fliegenklatsche, knallrot, mit Logo und zum Krachmachen. Ein per Post an ihn zugestelltes Werbegeschenk, mit dem er den Moderator bittet, ihn ggf. bei Überschreitung der Redezeit lautstark zu unterbrechen. Lieb lehnt das Angebot höflich ab, Begründung: „Ich nehme keine Geschenke der Pharmaindustrie an.“

Die allgemeine Erheiterung weicht, während Ludwig aufzeigt, dass in der Onkologie sehr viele Arzneimittel entwickelt werden, die dann zügig auf den Markt gedrückt werden. Das führt zu mehr Konkurrenz, letztlich auch zu unseriösen Praktiken bei den Studien und der Arzneimittelwerbung. Die Zulassungsgeschwindigkeit der neuen Arzneimittel ist deutlich verkürzt worden, mit der Folge, dass weniger gut geprüfte Arzneimittel auf dem Markt sind. Meist liegen auch die Publikationsrechte bei der Industrie, die von ihr ausgenutzt werden. Mit Gastautoren und

Statistikern der pharmazeutischen Firma gilt es, die Studienergebnisse zu beeinflussen, zum eigenen Vorteil und Erhöhung des Gewinns. Das Gebiet Onkologie ist deshalb für die Pharmafirmen interessant, weil man davon ausgehen kann, dass Krebserkrankungen künftig die Herz-Kreislaufkrankheiten als häufigste Todesursache überholen werden, so Ludwig.

Ist ein Arzneimittel auf dem Markt, wird es heftig beworben, mit Programmen, die die Aufmerksamkeit auf das neue Arzneimittel lenken sollen. Die Methoden sind immer die gleichen: Fehlende Informationen, Manipulation, bewusste Täuschung, Vermarktung von Pseudoinnovationen, Verheimlichung von Nebenwirkungen etc. Mit Besorgnis beobachtet Ludwig die Entwicklung der Therapiekosten in der Onkologie. Sie ist horrend. Dabei brauchen gerade Tumorpatienten palliativ medizinische Angebote wie Home Care und psychosoziale Betreuung. „Dieses Geld wird uns bald nicht mehr zur Verfügung stehen, weil wir es für schlecht geprüfte Arzneimittel mit minimalem Fortschritt ausgeben werden“. Deshalb fordert Ludwig, sich für Studien nach der Zulassung eines Arzneimittels stark zu machen.

Die wa(h)re Information

Anfällig für unlautere Methoden der Pharmaindustrie sind, so Dr. Elke Brüser, Wissenschaftsjournalistin, Autorin und Redaktionsmitglied der pharm aunabhängigen Verbraucherzeitschrift „Gute Pillen – Schlechte Pillen“, vor allem die freien Medizin- und Wissenschaftsjournalisten. Festangestellte Redakteure bekommen kaum noch Reisen, Gratisessen oder Wellnesswochenenden angeboten. Schlechtbezahlte, freie Mitarbeiter sind froh, wenn ihre Artikel überhaupt veröffentlicht und die Reisekosten ggf. von der Pharmafirma erstattet werden. Brüser, seit über 20 Jahren für die Süddeutsche Zeitung tätig, weist darauf hin, dass Printmedien neben den Nachrichtenagenturen die Quelle im Wissenschaft- und Medizinressort für andere Medien wie Fernsehen, Hörfunk, Onlineportale sind. Sie zeigt an einigen brisanten Beispielen auf, wie Pharmawerbung durch unprofessionelle journalistische Arbeitsweise oder auch gezielte Hofberichterstattung schnell zur Information wird.

Nicht nur die ärztliche Unabhängigkeit und Objektivität werden von der Pharmaindustrie gefährdet, auch Journalisten

und andere Berufsgruppen sehen sich den Machtbestrebungen ausgesetzt. Das mag tröstlich sein, ändert jedoch nichts für die Ärzteschaft. Daher erntet MEZIS-Gründungsmitglied Professor Dr. med. Bruno Müller-Oerlinghausen große Zustimmung für seinen Vorschlag, das Thema „Ärzte und Pharmaindustrie“ zum Thema auf dem Deutschen Ärztetag zu machen. Schon in Münster hatte Müller-Oerlinghausen in der Dankesrede zur Verleihung der Paracelsus-Medaille appelliert: „Ich meine, in diesem Sinne, meine Damen und Herren, sollten wir den chronischen Anbiederungen von ‚Big Pharma‘, wir säßen doch angeblich in einem Boot – nein, wir sitzen nicht in einem Boot –, die Stirn bieten. Ich wünschte mir in diesem Kontext auch noch mehr Anstrengungen, um zu einer wirklich pharm aunabhängigen – heute würde man sagen: gecleanten – ärztlichen Fortbildung zu kommen, die nämlich die Voraussetzung ist für ein Qualitätsmanagement in der Praxis und im Krankenhaus, das wirklich nur einem dient: dem Wohl der uns vertrauenden Patienten.“

Ulrike Hempel
Medizinjournalistin

ANZEIGEN

Krankenhäuser brauchen Psychosomatik

Frühe Hilfe erspart späte Leiden

Körperlich schwer Kranke mit Ängsten oder Depressionen; Patienten mit schwer durchschaubaren somatoformen Störungen, die endlos durch die diagnostische Mühle gedreht werden; psychisch belastete Klinikpatienten, die in dem ganzen großen Krankenhaus niemanden finden, mit dem sie über ihre Probleme sprechen können: Wie frühe Hilfe im DRG-Zeitalter spätes Leiden (und hohe Kosten) ersparen kann, das war Thema einer Tagung, die der „Berliner Arbeitskreis Psychosomatischer Konsil- und Liaisondienst“ in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Berlin veranstaltete, moderiert von dem Charité-Psychosomatiker Hans-Christian Deter.

Massives psychisches Leid versteckt sich oft hinter körperlichen Beschwerden oder wird still ertragen“, sagte Wolfgang Söllner (Leiter der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie im Klinikum Nürnberg). Und solche Leiden sind sehr häufig: Nach einer WHO-Studie sind 24 Prozent der Klinikpatienten, die mit einer körperlichen Krankheit eingeliefert wurden, auch psychisch belastet. Von den wegen ihrer psychischen Komorbiditäten Therapiebedürftigen werden aber 30 bis 70 Prozent (je nach Studie) als solche gar nicht identifiziert, geschweige behandelt, berichtete Söllner und nannte drei Argumente für die Notwendigkeit einer solchen Behandlung:

- Das ethische Argument (Verminderung von Leid),
- Das medizinische Argument (Verbesserung des Verlaufs körperlicher Krankheit),
- Das ökonomische Argument (Vermeidung unnötiger Folgekosten).

Für den adäquaten Umgang mit psychischer Komorbidität gibt es nach Söllner vier Möglichkeiten:

Vier Modelle – Vorbild Nürnberg

1. Das „Integrierte Modell“. Psychosomatisches Denken und Handeln als Selbstverständlichkeit einer patientenzentrierten Medizin ist eine (von

Thure von Uexküll immer wieder beschriebene) „konkrete Utopie“.

2. Beim „dualistischen Modell“ wird in einer Abteilung ein Psychologe als „zuständig für die Seele“ eingestellt – ein isolierter Einzelkämpfer.
3. Beim „Konsiliarmodell“ kommt auf Anforderung ein Facharzt aus einer psychosomatischen Abteilung zum punktuellen „Notfalleinsatz“.

4. Das „integrierte Liaisonmodell“ bindet Psychosomatiker als Teil des Teams in die Arbeit von Abteilungen mit besonders belasteten Patienten (z.B. Onkologie) ein; sie nehmen an Visiten und Fallbesprechungen usw. selbstverständlich teil.

So ist es in Nürnberg, wo Söllner das vor mehr als einem Vierteljahrhundert von Walter Pontzen nach amerikanischem Vorbild (Mount Sinai) eingerichtete „Nürnberger Modell“ fortführt und forschend weiterentwickelt. (Auch an der Leitlinien-Arbeit nimmt er aktiv teil.) Für das Klinikum mit 2300 Betten und 80.000 Behandlungsfällen stehen 14 klinisch erfahrene und psychotherapeutisch qualifizierte Ärzte und Psychologen (auf neun Vollzeitstellen) zur Verfügung. Zur ambulanten Nachsorge und zur Weiterleitung gibt es ein Versorgungszentrum mit drei Fachärzten für psychosomatische Medizin. Liaison-Psychosomatiker arbeiten nicht nur patientenzentriert (mit dem Fokus auf wiederholten Gesprächen, auch mit Angehörigen), sondern auch teamzentriert: Sie beraten das ärztliche und pflegerische Personal und bilden es in Richtung auf ei-

Der „Berliner Arbeitskreis Psychosomatischer Konsil- und Liaisondienst“

... wurde vor über 20 Jahren als loser Zusammenschluss von Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie einigen psychotherapeutisch weitergebildeten Psychiatern gegründet. Er setzt sich für eine wissenschaftlich fundierte und patientenorientierte biopsychosoziale Versorgung ein. Seine Mitglieder halten einen gut etablierten psychosomatischen Konsiliar- und möglichst auch Liaisondienst im Krankenhaus für notwendig. Er trage maßgeblich dazu bei, psychosomatisch Kranke früh zu diagnostizieren und eine stützende Mit- oder Weiterbehandlung, nötigenfalls eine Psychotherapie einzuleiten. Sie kritisieren, dass sich in Berliner Krankenhäusern meist nur (wenn überhaupt) die Minimallösung Konsil als „Feuerwehreinsatz“ durchgesetzt hat. Nur bei einer kontinuierlichen Liaisondiensttätigkeit auf Stationen mit psychisch besonders belasteten Patienten (u.a. Innere, Chirurgie, Gynäkologie, Neurologie) könne sich aber ein tragfähiges Behandlungsbündnis als Voraussetzung einer weiterführenden Therapie entwickeln. Das erfordere zeitliche und personelle Ressourcen, also auch eine angemessene Vergütung im DRG-System.

Kontakt zum „Berliner Arbeitskreis Psychosomatischer Konsil- und Liaisondienst“ über: Bernd Bergander, Abt. für Psychosomatik und Psychotherapie, Charité-Campus Benjamin Franklin, Hindenburgdamm 30, 12203 Berlin, Telefon: 030/84 45 39 96, E-Mail: psychosomatik.cbf@charite.de

ne biopsychosoziale Medizin fort, bieten zum Beispiel intensive Kommunikationskurse sowie Supervision.

Behandlungskosten und „Patientenkarrieren“ kürzen

Patienten und Personal schätzen den Liaisondienst; die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter wächst, Schwerkranke wie zum Beispiel Krebspatienten fühlen sich dank der Unterstützung durch einen Psychosomatiker weniger belastet. Wie Söllner berichtete, wiesen amerikanische Studien nach, dass die Gesamtbehandlungskosten für Patienten mit psychischer Komorbidität im somatischen Bereich auf ein Zehntel sinken, wenn sie von Psychosomatikern früh diagnostiziert und mitbehandelt werden. In der Diskussion wurde bedauert, dass die Versorgungsforschung in Deutschland noch unterentwickelt ist und dass die Psychosomatik keine Lobby, also kaum eine Chance hat, Drittmittel für Studien zu bekommen. Statt wie in Amerika solche Versorgungsstudien zu fördern, die den Nutzen psychosomatischer Konsil- und Liaisondienste nachweisen können, werden diese Dienste behindert oder ganz gestrichen, hieß es bei der Tagung des Arbeitskreises.

Berliner Defizite

1985 hatte das Berliner Abgeordnetenhaus beschlossen, dass selbstständige psychosomatische Funktionsbereiche (mit einer

Stelle auf 200 internistische Betten) in den Städtischen Krankenhäusern einzurichten seien, woran Ludger Hermanns (Immanuelkrankenhaus) jetzt einleitend erinnerte. Wie die heutige Berliner Situation ist, umrissen in Vorträgen der Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Bernd Bergander (Charité Campus Benjamin Franklin) und der Psychiater Alexander Kern-Ehrlich (St. Joseph-Krankenhaus Weißensee), beide auch in ihren Praxen tätig.

Der Bedarf ist gewachsen, die Bettenzahl aber gesunken, ebenso - durch die Pauschalierung - die Verweildauer im Krankenhaus. Also bleibt kaum Zeit, eine psychosomatische Früherkennung und Mitbehandlung anzufordern und damit die siebenjährige „Patientenkarriere“ (bis zur adäquaten Diagnostik und Therapie) psychosomatisch Kranker zu verhindern, auf die Thure von Uexküll immer wieder hinwies. Nur noch neun Berliner Krankenhäuser haben eigenständige psychosomatische Fachabteilungen. (In anderen Kliniken wird die psychosomatische Versorgung den psychiatrischen Abteilungen überlassen, also einem anderen Fach.)

Psychosomatik in Berliner Kliniken

Eine kurze Übersicht über diese Berliner Fachabteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie gab (teils auf deren Selbstdarstellungen zurückgreifend) Bergander:

Im *Campus Benjamin Franklin der Charité* (wo die Tagung stattfand) ist das Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie in Forschung, Lehre und Versorgung fest integriert. Von der entsprechenden Abteilung wird ein Konsildienst geboten, den alle Fachabteilungen anfordern.

Im *Campus Mitte der Charité* betreibt die Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik einen ausgedehnten Konsiliar- und Liaisondienst.

Das *Deutsche Herzzentrum* hat in seinem Medizinischen Versorgungszentrum eine Spezialambulanz Psychosomatische Medizin und Psychotherapie für die Diagnostik, Therapie und Beratung besonders belasteter Patienten.

Zu den *DRK-Kliniken Berlin Westend* gehört die Wiegmann-Klinik, eine psychosomatische Fachklinik mit Konsil- und Liaisondienst vor allem für die inneren und chirurgischen Abteilungen.

Das *Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe* hat eine Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie, die 11,3 Prozent der Patienten mitversorgt. Finanziert wird dies mit den Privathonoraren der Ärzte, wie der Ärztliche Direktor Harald Matthes auf der Tagung berichtete.

Das *Helios-Klinikum Emil von Behring* hat eine Klinik für Psychosomatische

Medizin und Psychotherapie mit Schwerpunkt Orthopädie, Schmerz- und Traumatherapie.

Im *Immanuel-Krankenhaus*, der Berliner Rheumaklinik, gibt es seit über 20 Jahren einen gut funktionierenden Konsil- und Liaisondienst mit zwei Fachärzten und einer Psychologin.

Die *Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk* haben eine Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit internistischem Schwerpunkt, von der die anderen Abteilungen (Psychiatrie und Neurologie) konsiliarisch mitversorgt werden.

Im *Unfallkrankenhaus Berlin* gibt es seit der Gründung 1997 einen psychosomatischen Liaisondienst in den Zentren für Rückenmark- und für schwer Brandverletzte. Die 2007 eingerichtete Abteilung Psychotraumatologie steht konsiliarisch auch anderen Kliniken zur Verfügung.

DRG-System kontraproduktiv

Dass es eine Milchmädchenrechnung ist, rigoros an der Psyche der Patienten zu sparen, darüber war man sich auf dieser Tagung einig, in deren zweitem Teil es um die Frage ging, wie die psychosomatische Versorgung zu finanzieren ist. (Auf Details können wir hier nicht eingehen und verweisen an den Arbeitskreis, siehe Kasten.) Auch die Krankenkassen beginnen jetzt einzusehen, wie viel billiger es ist, eine psychosomatische Krankheit früh zu erkennen, anstatt sie jahrelang mit allen teuren Mitteln der High Tech-Medizin zu untersuchen und fehlzubehandeln. Der DAK-Gesundheitsökonom Peter Rowohlt berichtete zum Beispiel über den Plan seiner Versicherung, durch Verträge zur integrierten Versorgung psychosomatische Leiden früh zu erkennen und zu behandeln, um einer Chronifizierung vorzubeugen.

Aber wer außer den Kassen hat überhaupt ein Interesse daran – in der Ära des „Ge-

sundheitsmarktes“? Ständig werden doch neue teure Apparate und Arzneimittel in den Medizinbetrieb hineingepresst, sagte Bergander. Und Harald Matthes (Ärztlicher Direktor des Gemeinschaftskrankenhauses Havelhöhe) hat die Erfahrung gemacht, dass das (psychosomatikfeindliche) DRG-System die Behandlung verteuert: Man vermeidet nötige Verlegungen (denn der letzte gewinnt); das Fall-Splitting wird belohnt, also steigen die Fallzahlen und damit die Behandlungs- und Folgekosten (Wiederaufnahmen).

Die Politiker unter den Ärzten nickten heftig. „Dass das DRG-System zu Fehlsteuerungen in Milliardenhöhe geführt hat, wissen wir“, sagte der „Grünen“-Arzt Harald Terpe (MdB). Auch sein Kollege Georg Faust (CDU-MdB) blieb ganz allgemein: „Man wird pragmatische Wege finden müssen.“ – Wege zum Patienten?

Rosemarie Stein

f e u i l l e t o n

Das Paradieschen vor der Tür

Gärtnern ist gesund, wenn man nicht gerade von der Leiter fällt oder sich die Zehen abmählt. Und es ist ein wunderbar erholsamer Ausgleich für Leute mit anstrengenden Berufen wie Ärzte. „Ein Garten ist nie fertig.“ – „Alles kann, nichts muss.“ – „Naturbelassen ist ungepflegt, nicht pflegeleicht.“ – „Einem Garten sieht man an, ob er geliebt wird.“ Zitate aus einem Kurs über „Grundlagen der Gartengestaltung“ an der „Königlichen Gartenakademie“ in Dahlem, gleich neben dem Botanischen Garten.

Diese Fortbildungs-Akademie für alle Gärtner und Gärtnerinnen aus Liebe ist eine geglückte Reanimation der von Lenné

1824 gegründeten Königlichen Gärtnerlehranstalt, die 1903 samt Bäumen (ohne Ballen!) von Potsdam-Wildpark aufs Dahlemer Domäne-Gelände umsiedelte. Sie genoss einen internationalen Ruf, später auch in der Forschung, und bildete nicht nur Gartenbauspezialisten aus, sondern bot auch Lehrgänge für Laien an. Unter verschiedenen Namen bestand sie bis in die siebziger Jahre des 20. Jahrhundert. Dann verfielen die Gewächshäuser, die Lehr- und Schaugärten, die rücksichtslose Bebauung schon vorher geschädigt hatte.

„Und neues Leben blüht aus den Ruinen“ – wobei das Blühen durchaus wörtlich zu verstehen ist. Dafür sorgte die in England aus-

gebildete, dort seit langem tätige und vielfach preisgekrönte Gartenarchitektin Gabriella Pape. Auf dem historischen Gelände richtete sie 2008 die „Königliche Gartenakademie“ ein: als Zentrum zur Wiederbelebung und Förderung der Gartenkultur in Deutschland. In England gehört „Horticulture“ zum Leben, dagegen liegt sie bei uns darnieder. Wenn man so über die Gartenzäune guckt, sieht man nicht selten entweder ein chaotisches Durcheinander oder einen Mini-Friedhof mit nichts als Rasen und Koniferen, wo man schon zu Lebzeiten Liegen üben kann.

Das will Gabriella Pape zusammen mit der Gartenhistorikerin Isabelle van Gröningen ändern. Die sehr praxisnahen Seminare der beiden engagierten und kenntnisreichen Frauen über Garten- und Balkongestaltung, Pflanzenwahl, Gehölzschnitt und

viele andere Themen kommen gut an. Sie sind nicht ganz billig (kein Industriesponsoring wie in Gartencentern!), aber was man da für den eigenen Garten lernt, ist unbezahlbar. Das hat sich schon herumgesprochen, nicht nur in Berlin. Zu unserem Grundlagenkurs kamen Teilnehmer aus ganz Deutschland zwischen Bremen und Tübingen, zwei sogar aus der Schweiz (mit Steilhang-Grundstück). Auch ein paar fortbildungsfreudige Gartenbau-Profis waren darunter.

Das Schaugartenareal, durch das man nach der Mittagspause im umblühten Café Lenné wandelte, zeigt eindrucksvoll, wie man Pflanzen harmonisch kombinieren oder Wege und Begrenzungen aus verschiedenen Naturmaterialien so gestalten kann, dass Haus und Garten eine stilistische Einheit bilden. Die empfohlenen Pflanzen kann man meist auch kaufen, ebenso wie nützliche und schmückende Gartenutensilien, bei Firmen, die Läden in einigen der sanierten Gewächshäuser eröffnet haben. Verschiedene der nun gut isolierten Glashäuser wurden zu Seminarraum, Café und Gartendesign-Zentrum.

Gabriella Pape hat dort ein Konzept entwickelt, das Ärzten besonders einleuchten wird, sofern sie den informierten, den „mündigen“ Patienten schätzen, der aktiv an seiner Genesung mitwirkt. Die Gartenarchitektin hatte die Frustration durch „Machen-Sie-mal“-Entwürfe ins Blaue hinein satt, aus denen nur in jedem zehnten Fall ein Auftrag wurde. Jetzt erarbeitet sie für einen Euro pro Quadratmeter einen Gartenplan: Grundriss und - damit man sich vorstellen kann, wie's später aussieht – eine Zeichnung (wie das hier abgebildete Beispiel). Voraussetzung ist eigene Vorarbeit: Der Auftraggeber misst seinen Garten genau aus, schießt Panoramafotos,



Foto: KGA

äußert seine Wünsche in Wort und Bild (einem Patchwork aus Ausgeschnittenen) und bringt alles ins Akademie-Büro.

Eine praktikable Anteilung für diese intensive Zusammenarbeit mit dem Gartengestalter gibt Gabriella Papes Broschüre „Schritt für Schritt zum Traumgarten“ (Callwey-Verlag 2008, 12 Euro). Jetzt hat sie dies zu einem opulenten Bildband mit vielen Beispielen erweitert, 2009 ebenfalls bei Callwey für 39,95 Euro erschienen, ein nützlicher Augenschmaus mit dem treffenden Titel „Gartenverführung“. Beide Bücher sind in der Gartenakademie erhältlich. (Übrigens hat die Stiftung Warentest mit ihrer reichen gartentechnischen Testerfahrung gerade einen sehr nützlichen Ratgeber „Der eigene Garten“ herausgebracht, zu bestellen bei www.test.de/shop oder

per Telefon 01805/002467 unter Nr. Yo 901-T904.

Ausstellungen

Jetzt gibt's in der Akademie auch gartenkompatible Kunstausstellungen. Als erste (bis 24. Mai): Schafe im „Gemischten Doppel“; zum einen als tönernen Wandskulpturen von Wilfried Gerstel, zum anderen als fotografische Installation von Signe Theill.

Rosemarie Stein

**Königliche Gartenakademie,
Altensteinstraße 15a, 14195 Berlin.
Informationen auch über das Seminarprogramm: www.koenigliche-gartenakademie.de Telefon 83 22 090-0.**

BERLINER ÄRZTE

5/2009 46. JAHRGANG

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

Herausgeber:

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

Redaktion:

Dipl.-Jour. Sascha Rudat (v.i.S.d.P.)
Dipl.-Pol. Sybille Golkowski
Eveline Piotter (Redaktionsassistentin)
Redaktionsbeirat:
Dr. med. Günther Jonitz
Dr. med. Elmar Wille
Prof. Dr. med. Vittoria Braun
Dr. med. Daniel Sagebiel MPH
Anschrift der Redaktion:
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-4100/-4101, -4102, FAX -4199
Titelgestaltung: Sehstern/Berlin
Fotonachweis: Fotolia.com © Alexander Shalamov,
Alexander Yakovlev, Holger Buse, Increa, Magic Art,
Magic Art, Michael Paumann, Uolir

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

Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruner-Straße 62,
04107 Leipzig
Telefon 0341 710039-90, FAX -99
Internet: www.l-va.de
E-Mail: mb@l-va.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 € 67,00 (einschließlich Versand), Patenschaftsabonnement Berlin-Brandenburg € 45,00 (einschließlich Versand). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 4,60 zzgl. € 2,50 Versandkosten.
Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste 2009 vom 01.01.2009.

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

ISSN: 0939-5784