

# An ihren Taten sollt Ihr sie bemessen

September ist Wahlmonat. Neben einigen Landtagswahlen wird am 27. September der neue Bundestag gewählt. Der Ausgang dieser Wahl wird für uns Ärztinnen und Ärzte entscheidend sein. Es prallen unterschiedliche Vorstellungen aufeinander, wie ein Staat, wie eine Gesellschaft aufgebaut und gesteuert werden soll. Für das Gesundheitswesen geht es um die Wahl zwischen einem autoritären Staatsverständnis mit der Institutionalisierung der Versorgung oder einem freiheitlichen, bürgerlichen und den Erhalt der ärztlichen Freiheit. Wir sind doppelt von Politik betroffen: Zum einen persönlich, als Staatsbürgerinnen und -bürger, zum anderen über unsere von Politik betroffenen Patienten. Oder, um mit den Worten Rudolf Virchows zu sprechen:

*„Die Aerzte sind die natürlichen Anwälte der Armen und die sociale Frage fällt zu einem erheblichen Theil in ihre Jurisdiction.“*

(Virchow, „Die medicinische Reform“, 10. Juni 1848)

Um Politiker zu beurteilen – die ja regelmäßig gewählt werden möchten, der Unterzeichner macht da keine Ausnahme – möge man sich zwei Fragen beantworten:

Erstens: Wird vom Problem geredet oder von der Lösung? Gerne wühlen Politiker in Stimmungen und erklären, wie deutlich sie das Problem erkennen und wie empörend sie es finden. Und ebenso gerne freuen wir uns, wenn wir mit unseren Problemen erkannt und benannt werden. Hilft das? Nicht wirklich. Eine Befunderhebung ist schon mal der Anfang einer Diagnose, auch in der Politik. Wenn aber keine Therapie erfolgt und der, der therapieren müsste, kneift, bleibt uns (!) das Problem erhalten.

Zweitens: Was hat der Politiker/die Politikerin konkret bewirkt? Was sind die Ergebnisse, was die Folgen seiner/ihrer Politik? Ist die Patientenversorgung besser geworden?



Foto: Friedrich

**Dr. med. Günther Jonitz**  
(Chirurg)

*Präsident der Ärztekammer Berlin*

Bekommt der Patient was er braucht? Wann, wo? Und um welchen Preis? Sind Kassenbeiträge und Selbstzahlungen gestiegen oder gesunken? Wie haben sich die Rahmenbedingungen für gute Medizin verändert? Ist mehr Vertrauen entstanden oder eher Misstrauen? Fühlen sich zentral wichtige Berufsgruppen wie Medizin und Pflege wohl oder unwohl? Wurde optimiert (bessere Versorgung, besserer Zugang zu Ärzten, Krankenpflege, Krankenhäusern) oder dezimiert (weniger Ärzte, weniger Arztpraxen, weniger Krankenhäuser, weniger Krankenkassen)?

Der Einstieg in die Einheitsfinanzierung ist durch den Gesundheitsfonds gemacht. Die KVen, Krankenhäuser und die Krankenkassen stehen unter massivem Druck, niedergelassene Fachärzte fürchten um ihre Existenz, Hausärzte ebenso. Auch wenn „Hausarztverträge“ die primärärztliche Versorgung stärken sollen, die „hausarztsetzende“ Familienkrankenschwester steht vor der Tür. Überbordende Bürokratie ist die Folge einer Politik die sich gegen Menschen richtet anstatt inhaltlich zu überzeugen. Wer Misstrauen sät, wird Bürokratie ernten.

Diese Erosion des Gesundheitswesens und der schleichende Systemwechsel sind kein Zufall, sondern Folge einer langfristigen Strategie. In Schweden wurden vor Jahren die niedergelassenen Fachärzte durch politische Maßnahmen abgeschafft. Wartelisten, Priorisierung u.v.a.m. waren die Folge.

Es wird spannend, wer nach den Wahlen die Aufräumarbeiten erledigen darf.

Die ärztliche Selbstverwaltung hat sich in der Vergangenheit auch nicht immer mit Ruhm bekleckert. Klagen und Beschwerden geht leicht, Lösungen wurden nur ansatzweise diskutiert, eine klare politische Strategie gegen die Aushöhlung unseres Gesundheitswesens ist nicht erkennbar. Zu groß ist die Uneinigkeit, zu gering sind für viele die Möglichkeiten, sich selbst in der Politik zu engagieren. Wir sind als Ärzteschaft – bis auf lobenswerte Ausnahmen – nach wie vor in der Defensive.

Für mehr politische Aktion braucht es mehr Unterstützung, eine bessere Infrastruktur und vor allem konkrete Inhalte. Politische Aktion um den Status zu erhalten, ist wenig von Erfolg gekrönt. Was zählt, sind Ergebnisse am Patienten, für die Gesellschaft, die durch uns Ärztinnen und Ärzte erzielt werden. Darüber Rechenschaft abzulegen ist ein zentraler Schritt zu einer höheren Akzeptanz, einer besseren Mittelverteilung und zur Erkenntnis darüber, was durch eine schlechte Politik verloren zu gehen droht. Als zweites müssen wir definieren, welche Voraussetzungen wir brauchen, um gute Arbeit zu machen. Als drittes darf dann die Gesellschaft entscheiden, wie diese notwendigen Voraussetzungen zu schaffen sind.

Das „Politik-Controlling“ und das aktive Einmischen in die politische Meinungs- und Entscheidungsbildung sind nicht neu. Mit seiner Zeitschrift „Die medicinische Reform“ wollte Rudolf Virchow u. a. „...die Schritte der gesetzgebenden Gewalt (also jetzt der Volksvertretung) verfolgen, insbesondere aber die Maassregeln der ausübenden Gewalt überwachen, nicht weil wir ein historisches Recht haben, ihr zu misstrauen, sondern weil es sich für freie Männer von selbst versteht, dass sie ihre Angelegenheiten auch selbst in Acht nehmen“.

Stimmt immer noch. Wählen gehen!

Ihr

g.jonitz@aekb.de

# Die Entmündigung der Ärzteschaft in der „Gesundheitswirtschaft“

**Paul U. Unschuld: Ware Gesundheit. Das Ende der klassischen Medizin. C.H. Beck Verlag (beck'sche Reihe). München 2009. 9,95 Euro.**

Viele Ärzte haben es satt. „Die Bürokratie“ nimmt ihnen die Freude am früher geliebten Beruf. Sie fühlen sich gegängelt, und sie leiden darunter, dass sie oft ökonomisch statt medizinisch entscheiden müssen. Kürzlich hörte man sogar die ehemalige Gesundheitsministerin Andrea Fischer, eine Grüne, ganz nebenbei und selbstverständlich das Wort „Gesundheitswirtschaft“ benutzen, als sie eigentlich das Gesund-

heitswesen meinte. Die Hintergründe des wachsenden Unbehagens in der Medizin beleuchtet das kleine und gut lesbare, aber inhaltsschwere Buch von Paul Unschuld (Charité), der als Medizinhistoriker, Gesundheitswissenschaftler und China-Experte genügend Überblick für einen wissenschaftlich fundierten (und zuweilen auch polemischen) Rundumschlag hat.

Den ärztlichen Leser dürften am meisten jene Passagen fesseln, in denen der Autor die wachsende Entmündigung der Ärzteschaft analysiert. Nachdem der Apotheker vom unabhängigen Berater

immer mehr zum Verkäufer wurde, sei der Arzt das letzte Hemmnis einer rationalisierten medizinischen Marktwirtschaft. Paul Unschuld schildert die zunehmende Abhängigkeit der Klinik- und Praxisärzte von Kassen, Pharmaindustrie, Krankenhausbetreibern und Politik. Der Arzt sei nicht mehr Herr im Hause der Medizin, er werde vielmehr „von der Triebfeder des Gesundheitswesens zu einem manchmal noch wichtigen, in anderen Bereichen eher nachgeordneten Rad in einem komplexen Getriebe herabgestuft, dessen Triebkraft aus vornehmlich ökonomischen Kriterien erwächst“. Nachdenkenswert sind auch die Ausführungen über den eng mit der Deprofessionalisierung der Ärzteschaft verbundenen Wertewandel in der Medizin. Ein sehr anregendes Büchlein. Lesen Sie selbst!

R. Stein

ANZEIGE

## TITELTHEMA .....

**Es darf gewählt werden**

Die gesundheitspolitischen Programme der Parteien.  
BERLINER ÄRZTE hat die gesundheitspolitischen Sprecher  
der Bundestagsfraktionen zu ihren Plänen nach  
der Wahl befragt.....14



## EDITORIAL.....

**An ihren Taten sollt Ihr sie bemessen**

Von Günther Jonitz..... 3

## NACHRICHTEN.....

**Aktuelles..... 6****Gelenkschmerzen nach Australienreise**

Informationen des Instituts für  
Tropenmedizin..... 11

BERUFS- UND GESUND-  
HEITSPOLITIK .....**Abbau von Barrieren beim Arztbesuch**

Wie zugänglich sind Arztpraxen in Berlin  
für behinderte Menschen?  
Von Susanne Handrick und  
Eileen Moritz..... 20

**Wenn chronisch kranke Kinder groß werden**

Von Rosemarie Stein..... 22

**Helios steigt in die Arztaus-  
bildung ein**

Studenten der Universität Göttingen  
kommen nach Berlin.  
Von Rosemarie Stein..... 26

**Tod und Sektion**

Bericht vom interdisziplinären  
Forschungsprojekt „Tod und toter  
Körper – Zur Veränderung des Umgangs  
mit dem Tod in der gegenwärtigen  
Gesellschaft“  
Von Ulrike Hempel..... 28

## FORTBILDUNG.....

**Sicherer verordnen..... 10****Der Veranstaltungskalender der  
Ärztekammer Berlin..... 24**

## PERSONALIEN.....

**Bestandene Facharztprüfungen  
Mai/Juni 2009..... 30****In memoriam Hans-Jürgen  
Behrend..... 32****Zum Gedenken an Wolfgang  
Geissler..... 33****Zum Tode von Winfried Schimmel  
..... 34**

## BUCHBESPRECHUNGEN.....

**Unschuld: Ware Gesundheit.  
Das Ende der klassischen Medizin  
..... 4****Sobhani: Strategisches  
Management..... 35**

## FEUILLETON.....

**Vom Abgrund zwischen Wort  
und Tat  
Von Rosemarie Stein..... 36**

## Projektraum für Kunst und Wissenschaft

Ungefähr so müssen sich tanzende Derwische fühlen, wenn sie sich immer schneller um die eigene Achse drehen. „rota“ heißt eine Auftragsarbeit der Schering-Stiftung von Carsten Nicolai, einem Künstler mit Affinität zur Wissenschaft. Seine Installation ist eine „Versuchsanordnung, die den Besucher am eigenen Leibe erleben lässt, inwiefern das Gehirn auf unterschiedliche visuelle (und akustische) Phänomene reagiert“, heißt es in einem Flyertext.

Selber tanzen muss hier keiner, aber nicht nur das Gehirn reagiert, auch das Herz und der ganze Organismus – und wie! Vor der Tür des neuen „Projektraums“ der Schering-Stiftung wird auf einem Schildchen zwar Epileptikern vom Betreten abgeraten. Aber auch ohne Krampfleiden war man schnell wieder draußen, als der durchbrochene Edelstahlzylinder mit dem flackernd-blendenden Stroboskoplicht immer schneller rotierte. Mit dieser experimentellen Der-

wisch-Maschine eröffnete die Schering-Stiftung an ihrem neuen Sitz sehr programmatisch den „Projektraum für Kunst und Wissenschaft“ – für Ausstellungen, Vorträge und Workshops an der Schnittstelle von Kunst und Wissenschaft. R. St.

Schering-Stiftung  
Unter den Linden 32-34  
10117 Berlin  
Telefon 26 62 29 61  
[www.scheringstiftung.de](http://www.scheringstiftung.de)  
Bis 26.9., Mo-Sa 11-18 Uhr.



## Sichere Bindung zum Kind

Eine sichere Bindung zwischen Eltern und Kind ist das Ziel des präventiven Modellprogramms „SAFE – Sichere Ausbildung für Eltern“. Dieses Programm will Möglichkeiten aufzeigen, wie bereits während der Schwangerschaft sowie bis zum Ende des ersten Lebensjahres langfristig eine sichere Bindung gefördert werden kann. Das Berliner SAFE-Mentoren Netzwerk lädt am 16. September 2009 zu einem Informationstag ein. PD Dr. Karl-Heinz Brisch aus München wird dazu einen Vortrag halten.

Beginn: 18.00 Uhr  
Saal der Heinrich-Böll-Stiftung, Schumannstr. 8  
Berlin-Mitte

## Zusatzweiterbildung

Illustration: BERLINER ÄRZTE 1/2005



### Neue Kurse Ernährungsmedizin

Für den Erwerb der führungsfähigen Zusatzweiterbildung „Ernährungsmedizin“ ist in Berlin der 80-Stunden-Kurs und das 20-Stunden-Praktikum nach dem Curriculum der Bundesärztekammer Voraussetzung.

Für Kurs und Praktikum wurde eine Zertifizierung als Fortbildung beantragt. 2010 werden Kurs und Praktikum als Kompaktkurs angeboten.

**Zeitpunkt:**  
18.06. bis 27.06. 2010  
9.00 bis 18.00 Uhr  
Praktikum ca. 2 Wochen später

**Veranstaltungsort:**  
Vivantes Klinikum  
Friedrichshain  
Landsberger Allee 49  
10249 Berlin

**Kosten:**  
1.500 Euro

**Anmeldung und Anfragen:**  
Berliner Diabetes-  
Gesellschaft,  
Dr. med. Thea Schirop

Uhlandstr. 173/174  
10719 Berlin

Telefon: 030/881 22 50  
Fax: 030/887 25 682

## Fixpunkt e.V.

### Ergänzender Kontakt

Zum Projekt Fixpunkt e.V., das den Ehrenpreis des Berliner Gesundheitspreises erhalten hat, gibt es eine ergänzende Kontaktadresse (s. auch BERLINER ÄRZTE 6/2009):  
Elfriede Schulte,  
Tel.: 030/616 755 880,  
E-Mail: [elfriede.schulte@fixpunkt.org](mailto:elfriede.schulte@fixpunkt.org)



ANZEIGE



## BERLINER ÄRZTE 5/2009 und Leserbrief Dr. K. Richter 07/2009

Weitgehend argumentiert der Leserbriefschreiber Herr Richter wie ein Vertreter der zur Diskussion stehenden Industriebranche, außer dass er teilweise polemischer hervortritt als die Außendienstmitarbeiter, die subtiler agieren. Es ist keine Diskreditierung der Ärzte (wie R. MEZIS vorwirft), sondern inzwischen gut belegte Alltagsrealität, dass die hoch entwickelten professionellen Methoden der Manipulation bei den Ärzten insbesondere im ambulanten Sektor überaus erfolgreich sind. Natürlich, und das muss zu einer selbstkritischen Bestandaufnahme gehören, sind nicht alle Kolleginnen und Kollegen immer gleichmäßig immun und aufmerksam gegen unfach-

liche Manipulation. Die Heere der Pharmaberater/innen schwärmen aus, um so genannte Innovationen (das neuste SSRI, PPI oder Glinid) anzupreisen und siehe da: In kurzer Zeit handelt es sich um Präparate mit ansehnlichem Marktanteil, ohne dass kontrollierte randomisierte, doppelblind angelegte Langzeitstudien den Nachweis des Vorteils für die Patienten nachgewiesen haben.

Die Arzneimittelmuster spielen bei der Vermarktung eine wichtige Rolle. Es ist eine Illusion, dass darüber Kosten für die Patienten eingespart oder die Wirtschaftlichkeitsprüfung vermieden wird, das Gegenteil ist der Fall:

1. werden die Muster den Marketingkosten zugerechnet, die sich,

wie übrigens auch die Gehälter der Außendienstmitarbeiter incl. deren Budget für Ärzte-Bewirtschaftung letztlich auf den Endpreis auswirken,

2. dienen die Muster (von einigen Generikaproduzenten abgesehen, die untereinander um Marktanteile bei im Wesentlichen identischen Preisen kämpfen) als Schmierstoff, um neue, teure Präparate auf den Markt zu drücken

Beide Effekte führen zu höheren, nicht zu geringeren Kosten für die Versicherten und entsprechender Belastung der Arzneimittelrichtgröße. Die angeführte Bequemlichkeit (Zuzahlung vermieden, kein Apothekenbesuch) ist da vergleichsweise unbedeutend.

Im Zusammenhang mit Fortbildungsveranstaltungen und Fachliteratur wie den vielen Streuzeitschriften ist hinreichend belegt, dass es einen von der Industrie gesteuerten Veröffentlichungsbias gibt zugunsten der Studien, die positive Ergebnisse des untersuchten Medikaments hervorbringen. Auf dem 111. Ärztetag in Mainz zum TOP IV wurde die Expertise von Prof. Leib, Mitglied der Arzneikommission der BÄK zu diesem Thema vorgelegt: Zurzeit besteht also die inakzeptable Situation, dass Publikationen von Studienergebnissen, bei denen die pharmazeutische Industrie beteiligt war, den Leser den therapeutischen Nutzen eines Arzneimittels überschätzen lassen (Gesamttext nachlesbar unter [www.baek.de](http://www.baek.de)).

Analog gibt es eine Referententbias bei Fortbildungen. Es ist nicht zu erwarten, dass die Redakteure von Arzneimittelbrief, Arzneitelegramm, Mitglieder der Arzneimittelkom-

mission der Deutschen Ärzteschaft oder gar MEZIS Angebote bekommen, bei Markteinführung von (Pseudo-) Innovationen im 5-Sterne-Hotel zu referieren.

Herr R. spricht von dramatischen Beeinflussungen durch Bonusverträge (gemeint sind wohl Rabattverträge). Wider besseres Wissen wird immer wieder behauptet, der Arzt verleihe die Therapiehoheit. Dies ist definitiv nicht der Fall: Der Apotheker muss im Falle eines Rabattvertrags immer den rezeptierten Wirkstoff in der rezeptierten Dosierung in der rezeptierten Packungsgröße ausgeben. Lediglich der Anbieter muss vom Apotheker gemäß Vertrag ausgewählt werden. Wenn dies im Einzelfall zu Irritationen führt, kann Mittels des aut idem-Feldes die Substitution ausgeschlossen werden.

R.'s Argument, dass bei mangelnder ärztlicher Empfangsbereitschaft Außendienstmitarbeiter der Pharmaindustrie arbeitslos würden, ist sehr dünn. Die Ärzte sind nicht verantwortlich für die Personalplanung der Marketingabteilungen der Pharmaindustrie. Sie können nicht, wenn sie die Vertreter(innen)besuche für kontraproduktiv erachten, diese zum Erhalt der Arbeitsplätze dulden. Insgesamt ist die Gründung der Initiative MEZIS überfällig gewesen und der Beitrag im Heft 5/2007 ein Baustein hin zur rationalen und rationellen Arzneimitteltherapie.

*Michael Janßen  
FA für Allgemeinmedizin*

Die Adresse des Autors ist der Redaktion bekannt. Die Redaktion behält sich vor, Leserbriefe zu kürzen.

ANZEIGEN

### Nichts wird bleiben, wie es war

Die Einzelpraxis zum Beispiel dürfte kaum überlebensfähig sein, konstatiert der „Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“. Das siebenköpfige Politikberater-Gremium war vom Bundesgesundheitsministerium mit einem Sondergutachten beauftragt worden. Unter dem Titel „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ haben die Wissenschaftler es diesen Sommer vorgelegt: als inhaltsschweren 900-Seiten-Brocken, zu dem es aber, wie immer, auch eine Kurzfassung gibt, eine handliche kleine Broschüre von immerhin

auch 184 Seiten. Im Zentrum steht die Frage, wie eine immer älter werdende Gesellschaft künftig (generationenspezifisch) effektiv – und bezahlbar – versorgt werden kann, von der Prävention im Kindesalter bis zur angemessenen Behandlung der vielen chronisch und mehrfach kranken geriatrischen Patienten, die das Gutachten als wichtigste Aufgabe der Zukunft bezeichnet. Die Sachverständigen schlagen zahlreiche Veränderungen der bisherigen Strukturen des Gesundheitswesens vor. Um zum Beispiel die drohende Unterversorgung in dünnbesiedelten Gebieten zu vermeiden. Das vorgestellte Zukunftskonzept einer



BERLINER ÄRZTE 8/1999

koordinierten Versorgung, das für die Ärzte einschneidende Veränderungen bedeuten würde, bedarf der Diskussion. BERLINER ÄRZTE wird auf die „Knackpunkte“ später eingehen: Nach einer

solchen Diskussion mit den Sachverständigen bei einem Symposium des Bundesgesundheitsministeriums am 15. September in Berlin.

R.St.

*Insulin glargin***Beschleunigtes Wachstum von Krebszellen?**

In der derzeitigen Diskussion zum „Krebsverdacht“ (**falsch:** eine Wachstumsbeschleunigung von bereits vorhandenen Krebszellen steht unter Verdacht) unter der Gabe des Insulinanalogons Insulin glargin (Lantus®) in retrospektiven Beobachtungsstudien liefern sich Befürworter und Gegner des Verdachtes heftige Wortgefechte in verschiedenen Medien, die eine neutrale Sicht auf experimentell bestätigte mitogene und proliferative Effekte der Insulinanaloge erschweren. Der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft ist zuzustimmen, dass

- a) eine Neubewertung des Nutzen-Risiko-Profiles von Insulin glargin überfällig ist,
- b) eine Neueinstellung der Patienten mit Insulin glargin derzeit nicht erfolgen sollte.
- c) Behandlungen mit dem Insulinanalogon nicht unterbrochen werden sollten. Mit den Patienten muss jedoch das mögliche

Problem besprochen werden, insbesondere bei stark verunsicherten Patienten, bei Patienten mit Tumorerkrankungen und bei Patienten mit hohen Dosen (ab ca. 20 - 50 E/d) Insulin glargin.

Der Hersteller kündigt neue gründliche klinische Studien an, um Versäumtes nachzuholen.

Quellen: Newsletter der AkdÄ 2009-140, www.akdae.de; Berichte in verschiedenen Medien

*Exenatid***Nierenversagen**

Die europäische Arzneimittelagentur EMA hat auf Anfrage einer unabhängigen pharmakritischen Zeitschrift eine Liste unerwünschter Wirkungen des Inkretin-Mimetikums Exenatid (Byetta®) auf die Nierenfunktion erstellt. In einem Zeitraum von einem halben Jahr wurden 86 Verdachtsfälle über Nierenversagen oder Erhöhungen der Kreatininwerte unter der Gabe dieses neuen Therapieprinzips des Typ II-Diabetes berichtet (Exenatid ist in Deutschland nur in Kombination mit Metformin oder einem

Sulfonylharnstoff zugelassen, wenn mit maximalen Dosen beider Arzneistoffe eine angemessene Blutzuckerkontrolle nicht erreicht werden kann). Es bestanden jedoch, wie bei Berichten aus der Praxis üblich, bei 65 Patienten ein oder mehr zusätzliche Faktoren, die sich negativ auf die Nierenfunktion auswirken können (Diuretika, ACE-Hemmer, nicht-steroidale Antiphlogistika, Hypovolämie). Trotzdem sind die Autoren der Ansicht, dass sich das Risiko unerwünschter Wirkungen von Exenatid vergrößert und sein therapeutischer Stellenwert verringert.

Quelle: Prescrire internat. 2009; 18: 108

*Fragliche Testverfahren***Serum-IgG-Test bei Nahrungsmittelunverträglichkeit**

Fünf europäische Allergologenverbände bezeichnen den Nachweis von IgG-Antikörpern zur Abklärung von Nahrungsmittelunverträglichkeiten als sinnlos. Ein hoher IgG-Spiegel zeige nur den Konsum des

entsprechenden Nahrungsmittels. Nahrungsmittelunverträglichkeiten als vermutliche Ursache chronischer Krankheiten oder Beschwerden können nur durch sorgfältige Analysen von Allergologen diagnostiziert werden. Chronische Erkrankungen wie Reizdarmsyndrome haben in der Regel vielfältige Ursachen, sogar eine wissenschaftlich belegte **IgE-vermittelte** Nahrungsmittelallergie ist selten. Bis heute mangle es an Studien, die einen Nutzen des Nachweises von Serum-IgG- oder IgG4-Antikörpern gegen Nahrungsmittel bei entzündlichen Krankheiten nachweisen.

Quelle: Pharm. Ztg. 2009; 154: 2328

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



## Gelenkschmerzen nach Australienreise

Der 53-jährige Patient verbrachte einen zweiwöchigen Strandurlaub in Nordwestaustralien. Er sei dort häufig von Mücken gestochen worden und habe 3 Tage nach Rückkehr Temperaturen bis 38,5°C, Schüttelfrost und Übelkeit entwickelt. Eine Woche nach Rückkehr seien Schmerzen in Händen und Füßen sowie eine vorübergehende Rötung des Oberkörpers aufgetreten. Mit zunehmenden Gelenkschmerzen und einem Taubheitsgefühl des rechten Mittelfingers stellte er sich 11 Tage nach Rückkehr in der tropenmedizinischen Ambulanz vor. Die körperliche Untersuchung

Institut für Tropenmedizin



war unauffällig. BSG, CRP, Differenzialblutbild, Rheumafaktor und antinukleäre Antikörper waren im Normbereich. Die Dengue- und Ross-River-Virus-Serologie waren negativ. Erst bei der Verlaufskontrolle 1 Woche später (14 Tage nach Krankheitsbeginn) zeigten sich deutlich erhöhte Titer für Ross-River-Virus-Antikörper IgM- und IgG (beide 1:2560).

Das RRV ist ein in Australien, Papua Neuguinea und anderen Pazifikinseln verbreitetes Alphavirus. In Australien werden jährlich circa 4000 Infektionen gemeldet, in Deutschland wurden von 2005 bis 2008 drei bis sechs Infektionen pro Jahr registriert (persönliche Kommunikation, Bernhard-Nocht Institut Hamburg). Die tatsächliche Zahl der Infektionen liegt wahrscheinlich höher. Mücken der Gattungen Culex, Aedes und Mansonia übertragen das RRV, die Inkubationszeit beträgt zwischen 3 und 21 Tagen. Das Hauptsymptom, der symmetrische Gelenkschmerz an Knie-, Hand- und Sprunggelenken sowie an den kleinen Metacarpal- und Interphalangealgelenken, wird von etwa 40% der Patienten berichtet. Als Pathomechanismus wird eine entzündliche Reaktion gegen in synovialen Makrophagen persistierendes

Virus vermutet (Mylonas et al, 2004. Journal of Clinical Rheumatology). Jeder zweite Patient entwickelt ein makulopapulöses Exanthem. Zwei bis drei Tage anhaltendes Fieber wird bei 20% der Patienten beobachtet. Berichte über die Dauer der Erkrankung variieren stark. Meist halten die Symptome drei bis sechs Monate an, was der an sich harmlosen Erkrankung ihren Schrecken verleiht. Spätschäden sind nicht bekannt. Eine spezifische antivirale Therapie gibt es nicht, zur symptomatischen Therapie

werden nichtsteroidale Antirheumatika angewendet.

Eine Impfung ist nicht verfügbar. Wir behandelten unseren Patienten mit Diclofenac 75mg zweimal täglich, die Gelenkschmerzen in den Händen waren trotzdem so ausgeprägt, dass sie den Patienten bei alltäglichen Tätigkeiten wie Schreiben, Telefonieren und Schlafen deutlich einschränkten. Die Zugabe von Amitriptylin besserte die Situation nicht. Ein daraufhin eingesetzter COX-2-Inhibitor musste wegen Unverträglichkeit abgesetzt werden. Drei Monate nach Beginn der Beschwerden stellte sich eine leichte Besserung ein, die es dem Patienten ermöglichte, wieder das Telefon zu bedienen. Fünf Monate später hatten die Gelenkschmerzen weiter abgenommen, waren aber bei körperlicher Belastung noch deutlich spürbar. Zu diesem Zeitpunkt war der Ross River IgM-Antikörpertiter auf 1:40 gefallen, der IgG-Antikörpertiter betrug unverändert 1:2560.

Die Ross-River-Virusinfektion stellt eine wichtige Differenzialdiagnose bei Reiserückkehrern aus Endemiegebieten mit Fieber, Exanthem und anhaltenden Gelenkschmerzen dar.

Dr. med. Inga Petruschke und  
Dr. med. Sebastian Dieckmann  
[www.charite.de/tropenmedizin](http://www.charite.de/tropenmedizin)

## Blick nach vorn in Sorge

Ärzte und Bürger verlieren zunehmend das Vertrauen in das deutsche Gesundheitssystem. Beide fordern grundlegende Reformen. Das ist das Kernergebnis des Gesundheitsreports des Finanzdienstleisters MLP durch das Institut für Demoskopie Allensbach. Unterstützt wurde die Anfang August vorgestellte Studie durch die Bundesärztekammer, die Allensbach statistisches Material über die Ärzteschaft zur Verfügung gestellt hat. So konnte den Angaben zufolge gewährleistet werden, dass die Ergebnisse der Ärztebefragung – ein Teil der Studie – für die einzelnen Gruppen (Haus-, Fach- und Krankenhausärzte) repräsentativ sind. Für die Umfrage wurden rund 1.800 Bundesbürger und mehr als 500 Ärzte befragt. Der Umfrage zufolge halten 65 Prozent der Bürger und 81 Prozent der Ärzte umfassende Reformen für notwendig, aber nur 24 bzw. 13 Prozent rechnen mit einer Umsetzung nach der Bundestagswahl. Hartes Urteil für die Gesundheitspolitik der Bundesregierung: 62 Prozent der Bevölkerung und 87 Prozent der Ärzte haben von ihr „keinen guten Eindruck“.

Zwar fällt die Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems bei 64 Prozent der Bevölkerung noch mit „gut“ oder „sehr gut“ aus, aber knapp 60 Prozent (und 56 Prozent der Ärzte) haben in den vergangenen Jahren eine Verschlechterung der Versorgung bemerkt. 56 Prozent der Ärzte glauben, dass der Arztberuf in Zukunft an Attraktivität verlieren wird. Nur 9 Prozent denken, dass der Beruf attraktiver

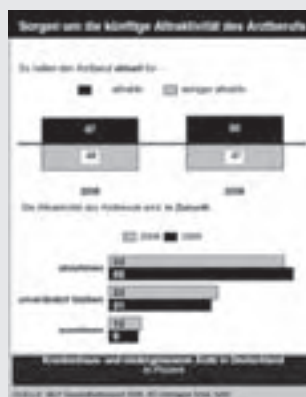
werden wird. Bei der Bewertung der aktuellen Situation ist die Ärzteschaft gespalten: 50 Prozent halten ihren Beruf aktuell für attraktiv, 47 Prozent für weniger attraktiv.

### Eingeschränkte Versorgung

77 Prozent der Ärzte sehen ihre Therapiefreiheit eingeschränkt. Knapp jeder zweite kann sich nicht genug Zeit für seine Patienten nehmen. 86 Prozent der Ärzte erbringen „häufig“ oder „gelegentlich“ Leistungen, deren Kosten nicht übernommen werden. Das Thema Prioritätenliste findet viel Unterstützung: 63 Prozent der Ärzte, die das Thema kennen, befürworten die Debatte.

### Unattraktive Niederlassung

Besonders alarmierend ist die Beurteilung der Niederlassung. Nur noch 22 Prozent der Ärzte würden einem jungen Kollegen in Ausbildung raten, sich niederzulassen (Vorjahr: 30 Prozent), 55 Prozent würden abraten (Vorjahr: 50 Prozent). Stark verbreitet ist auch die Überle-



gung niedergelassener Ärzte, ihre Praxis aufzugeben: 33 Prozent der befragten Hausärzte denken darüber nach (insgesamt 28 Prozent). Mit Sorge sehen viele Ärzte auch den Nachwuchsmangel: Während in West-Deutschland 63 Prozent mit Ärztemangel in ihrer Region rechnen, sind es in Ost-Deutschland sogar 92 Prozent (insgesamt 67 Prozent). Bei Krankenhausärzten wird von 89 Prozent der befragten Ärzte mit Nachwuchsmangel gerechnet.

Weitere Informationen unter [mlp-gesundheitsreport.de](http://mlp-gesundheitsreport.de)



## Datenschutz in Arztpraxen

Alles was Sie schon immer einmal über Datenschutz wissen wollten.

Auf Wunsch mehrerer Kolleginnen und Kollegen bietet die Ärztekammer Berlin ein Seminar zum Thema an. Der einführende Vortrag umfasst unter anderem:

- Rechtsgrundlagen für die ärztliche Schweigepflicht und den Datenschutz
- Rechte des Patienten in Bezug auf die über ihn gespeicherten Daten (Auskunftsrecht, Einsichtsrecht usw.)
- Datenübermittlungspflichten und -rechte des Arztes (Anfragen von Krankenkassen, MDK, Versicherungen usw.)
- Datenschutzgerechte Praxisorganisation (Organisation von Empfang, Anmeldung, Wartezimmer, Behandlungsbereich, Einsatz von EDV)

Im Anschluss steht Ihnen ausreichend Zeit für Ihre Fragen zur Verfügung. Das Seminar wird kostenlos angeboten. Es wird durch die ÄKB mit Fortbildungspunkten zertifiziert.

Information/Organisation: [a.mindel-hennies@aekb.de](mailto:a.mindel-hennies@aekb.de)  
Tel.: 030/40806-1403  
Bitte melden Sie sich an. Dies erleichtert uns die Planung.

Termin: Mittwoch,  
7. Oktober 2009, 19.00 Uhr

## Ärzte gegen den Atomkrieg

Vor 25 Jahren hat die Geschichte der IPPNW-Benefizkonzerte in Berlin begonnen. Aus diesem Anlass veranstaltet die Ärztekammer am 19. und 20. September zwei Benefizkonzerte und ein Symposium, die von der Ärztekammer Berlin unterstützt werden.

In diesem Rahmen wird die Biografie des IPPNW-Mitbegründers Professor Dr. Drs. h.c. mult. Bernard Lown „Ein Leben für das Leben. Ein Arzt kämpft gegen den atomaren Wahnsinn“ vorgestellt.

Auftakt der Veranstaltung ist am 19. September das Symposium unter dem Titel „Prescription for Survival – Über-Lebens-Schritte“ im Hermann-Wolff-Saal der Berliner Philharmonie, Herbert-von-Karajan-Str. 1, 10785 Berlin (14.00 bis 18.00 Uhr). Tagungsbeitrag ist 15 Euro, ermäßigt 5 Euro.

Um 20.00 beginnt das erste Benefizkonzert im Kammermusiksaal der Philharmonie mit Werken von Janacek, Haydn und Nono.



## 25 Jahre IPPNW-Benefizkonzerte

Das zweite Konzert findet am selben Ort am 20. September um 11.00 Uhr statt.

Es werden Werke von Xenakis, Schostakowitsch und Schubert gespielt. Nach dem Konzert bei einem Empfang im Foyer des Kammermusiksaals wird die Biografie von Bernard Lown vorgestellt.

Weitere Informationen unter: [www.ippnw.de](http://www.ippnw.de), [www.ippnw-concerts.de](http://www.ippnw-concerts.de), [www.musikfest-berlin.de](http://www.musikfest-berlin.de)



Der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Günther Jonitz, wird ein Grußwort halten.

Der Erlös beider Konzerte kommt Amnesty International zugute.

Die Karten für die Konzerte kosten 10,20 oder 30 Euro.

Gemeinsames Fortbildungsangebot der SenGUV, der KV Berlin und der Ärztekammer Berlin

## Informations- und Fortbildungsveranstaltung zum Thema »Neue Grippe«

Die besonderen Herausforderungen in Verbindung mit der „Neuen Grippe“ greifen die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, die Kassenärztliche Vereinigung Berlin und die Ärztekammer Berlin in einer gemeinsamen Informations- und Fortbildungsveranstaltung auf. Im Mittelpunkt der Veranstaltung werden Aspekte einer effizienten Bekämpfung der Pandemie und eines geeigneten Krisenmanagements in der Stadt Berlin stehen. Ergänzend zu zwei Vorträgen ausgewiesener Experten besteht die Möglichkeit zur eingehenden Diskussion fachlicher Fragen aus dem ärztlichen Publikum.



Die Veranstaltung ist für

Dienstag, den 13. Oktober 2009  
von 19 bis 21 Uhr

im Großen Saal der Ärztekammer Berlin  
Friedrichstraße 16, 12169 Berlin

geplant. Da bis Redaktionsschluss jedoch noch nicht alle Referenzzusagen vorliegen, bitten wir alle Interessierten, sich den Termin schon einmal zu notieren, jedoch im Meldungsteil unseres Oktober-Heftes BERLINER ÄRZTE oder auf der Homepage der Ärztekammer Berlin ([www.aekb.de](http://www.aekb.de)) die endgültige Terminplatzierung noch einmal zu prüfen.



A black and white photograph showing a hand holding a white ballot paper, poised to insert it into a ballot box. The ballot box is a light-colored, rectangular structure with a circular slot. The background is dark and out of focus.

# Es darf gewählt werden

## Die gesund- heitspolitischen Programme der Parteien

Die Bundestagswahl am 27. September wird von vielen als Richtungswahl angesehen. Nach vier Jahren Großer Koalition sind einige Konstellationen denkbar. Damit ist auch die Wahrscheinlichkeit groß, dass es im Gesundheitsressort Veränderungen geben wird. Umso spannender ist es deshalb, sich die Vorstellungen der Parteien genauer anzuschauen. BERLINER ÄRZTE hat dazu die gesundheitspolitischen Sprecherinnen und Sprecher der Bundestagsfraktionen befragt. Auch wenn sich einige der Antworten wahlkampftypisch im Vagen bewegen, lassen sich doch prägnante Unterschiede ausmachen. Sie haben also die Wahl! (Die Red.)



Foto: FDP

FRAGEN AN DIE GESUNDHEITSPOLITISCHEN SPRECHER DER  
BUNDESTAGSFRAKTIONEN ANLÄSSLICH DER BUNDESTAGSWAHL 2009

## Daniel Bahr

### Gesundheitspolitischer Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion

**BERLINER ÄRZTE: Welche Schwerpunkte will die FDP in der kommenden Legislaturperiode in der Gesundheitspolitik setzen?**

Die FDP will den weiteren Marsch in Richtung Staatsmedizin und Einheitskasse verhindern und einen Systemwechsel einleiten. Als Antwort auf die alternde Bevölkerung, den medizinischen Fortschritt und steigende Lohnzusatzkosten setzt die FDP auf eine Weiterentwicklung der heutigen Krankenversicherung. Wir sprechen uns für eine Finanzierung aus, die auf leistungsgerechten Prämien mit Altersrückstellungen beruht. Benötigt wird mehr Wettbewerb zu klaren und fairen rechtlichen Bedingungen, damit Qualität zu günstigen Preisen gesichert wird und gute Ideen sich durchsetzen können. Das muss ergänzt werden um Wahlrechte für die Patienten und Versicherten und bessere Arbeitsbedingungen für alle, die im Gesundheitswesen tätig sind.

**BÄ: Wo sieht Ihre Partei den dringendsten Handlungsbedarf im deutschen Gesundheitswesen?**

Die FDP gibt mit ihren Vorschlägen als einzige Partei eine Antwort auf die Herausforderung einer alternden und schrumpfenden Gesellschaft. Die heutige, im Umlageverfahren organisierte gesetzliche Krankenversicherung ist auf diese Herausforderung keineswegs vorbereitet. Die auf uns zukommenden Lasten werden auf die nachfolgenden Generationen verschoben. Ohne eine Reform, die auf Vorsorge und Nachhaltigkeit setzt, werden erhebliche Beitragssatzsteigerungen und/oder Leistungskürzungen unvermeidlich sein.

Weiterer Handlungsbedarf besteht nach Auffassung der FDP hinsichtlich des drohenden Ärztemangels. Dagegen kommt

man nur an, wenn es gelingt, wieder die Freude an diesem Beruf zu wecken. Dazu gehört der Abbau überflüssiger bürokratischer Maßnahmen. Dazu gehört ein einfaches, transparentes und leistungsgerechtes Vergütungssystem, das Gesprächsleistungen adäquat honoriert.

**BÄ: Wie sollte die Versorgungslandschaft idealerweise aussehen? Soll beispielsweise die doppelte Facharztschiene erhalten bleiben oder könnten staatliche Gesundheitssysteme wie in Schweden oder Großbritannien für Deutschland eine Option sein?**

Die FDP teilt nicht die Mär der doppelten Facharztschiene. Für die FDP sind sowohl die niedergelassenen als auch die angestellten Fachärzte gleichberechtigt wichtig für eine wohnortnahe Versorgung. Die selbstständigen niedergelassenen Ärzte, sowohl Haus- als auch Fachärzte, sind seit Jahrzehnten der Garant für eine qualitativ gute, flächendeckende und wohnortnahe Gesundheitsversorgung, wie die Bevölkerung sie sich wünscht.

**BÄ: Die Unzufriedenheit der Ärzteschaft mit der Gesundheitspolitik ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Als Gründe werden u.a. die Honorar- und Einkommenssituation, stetig steigender Bürokratie- und Verwaltungsaufwand sowie die gestiegene Arbeitsbelastung genannt. Die Folgen sind u.a. Abwanderung ins Ausland und in andere Berufsfelder. Was will Ihre Partei tun, um die Zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte zum Wohle der Patienten wiederherzustellen?**

An die Stelle hochkomplizierter ärztlicher Vergütungssysteme mit mehr oder weniger versteckter Budgetierung muss eine einfache, leistungsgerechte und transpa-

rente Gebührenordnung treten, die für jeden behandelnden Arzt die Grundlage für die Abrechnung im Rahmen der Kostenerstattung bildet. Das neue System muss sowohl durch den Arzt als auch durch den Patienten nachvollzogen werden können. Darüber hinaus müssen überflüssige bürokratische Regelungen, die wertvolle Zeit mit dem Patienten kosten, abgebaut werden.

**BÄ: Wie soll die Finanzierung des Gesundheitswesens künftig sichergestellt werden? Brauchen wir aus Ihrer Sicht mehr Geld im System oder ist eine Umverteilung notwendig?**

Die FDP spricht sich für eine Finanzierung aus, die auf leistungsgerechten Prämien mit Altersrückstellungen beruht. Der heutige Arbeitgeberbeitrag soll zu einem Bestandteil des Lohns werden. Abgesehen von einer Verpflichtung zur Absicherung der medizinisch notwendigen Leistungen soll der Versicherungsschutz nach den eigenen Präferenzen zusammengestellt werden können mit einer Auswahl unter diversen Tarifen. Bürger, die aus eigenen Kräften nicht in der Lage sind, die medizinisch notwendigen Leistungen abzusichern, erhalten Unterstützung durch das Steuer- und Transfersystem. Die Prämien für Kinder übernimmt der Staat. Bei der Absicherung der medizinisch notwendigen Leistung darf niemand von einer Versicherung abgelehnt werden.

**BÄ: Bitte vervollständigen Sie diesen Satz: Wenn ich nach der Bundestagswahl Gesundheitsminister werden würde, würde ich zuerst...**

den Gesundheitsfonds rückabwickeln und die Beitragsautonomie der Krankenkassen wiederherstellen.



## Birgitt Bender

### Gesundheitspolitische Sprecherin der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen

**BERLINER ÄRZTE: Welche Schwerpunkte wollen die Grünen in der kommenden Legislaturperiode in der Gesundheitspolitik setzen?**

Es wird darum gehen, wichtige – in den letzten Jahren unerledigt gebliebene – gesundheitspolitische Reformaufgaben in Angriff zu nehmen. Dazu gehören die Finanzreform der Krankenversicherung, das Präventionsgesetz und die Reform der Krankenhausfinanzierung. An die Stelle des Gesundheitsfonds wollen wir eine Bürgerversicherung setzen. Durch die Einbeziehung der gesamten Bevölkerung und aller Einkommensarten in die Finanzierung wird der Krankenversicherungsbeitrag deutlich sinken. Versicherte und Unternehmen werden entlastet und durch die Verbreiterung der Bemessungsgrundlage ist die Finanzierung auf Nachhaltigkeit ausgerichtet. Wir setzen auf Prävention und Gesundheitsförderung. Die Zunahme chronischer Erkrankungen und der demografische Wandel erfordern, dass alle präventiven Potenziale ausgeschöpft werden. Deshalb wollen wir ein Präventionsgesetz auf den Weg bringen.

Wir setzen uns für eine Krankenhausfinanzierung „aus einer Hand“ ein. Wir wollen die Umstellung der bisherigen Einzelförderung von Krankenhausinvestitionen auf eine leistungsbezogene Pauschalförderung. Die Krankenkassen sollen sich zukünftig zur Hälfte an der Investitionsfinanzierung beteiligen, die in den letzten Jahren von vielen Bundesländern zurückgefahren worden ist. Schließlich wollen wir erreichen, dass sich die Krankenkassen gleichberechtigt an der Krankenhausplanung beteiligen. Während die Investitionskosten für Krankenhäuser durch die öffentliche Hand getragen werden, sind die Investitionen im ambulanten Bereich aus den Kassenhonoraren zu finanzieren. Das führt zu Wettbewerbsnachteilen der ambulanten Praxen. Letztendlich muss das Ziel eine monistische Krankenhausfinanzierung sein.

**BÄ: Wo sieht Ihre Partei den dringenden Handlungsbedarf im deutschen Gesundheitswesen?**

Die größte Herausforderung ist die unzureichende Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen und -einrichtungen. Die zunehmende Zahl chronisch und mehrfach erkrankter Menschen verlangt nach einer stärkeren Zusammenarbeit. Integrierte Versorgungsformen sind bislang die Ausnahme. Hausärzte, Fachärzte und Krankenhäuser müssen Hand in Hand zusammenarbeiten. Wir wollen deshalb die Integrierte Versorgung zur Regelversorgung machen.

**BÄ: Wie sollte die Versorgungslandschaft idealerweise aussehen? Soll beispielsweise die doppelte Facharzt-schiene erhalten bleiben oder könnten staatliche Gesundheitssysteme wie in Schweden oder Großbritannien für Deutschland eine Option sein?**

Wir wollen die bestehende Versorgungslandschaft aufrecht erhalten. Absehbar ist darüber hinaus, dass die Allgemeinärzte künftig noch stärker zu den „Lotsen durch das System“ werden.

Ein größeres Gewicht bekommen wird allerdings die Zusammenarbeit zwischen den Ärztinnen und Ärzten über Sektorengrenzen hinweg. Dies kann über Kooperationsverträge zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern, aber auch durch den Aufbau z.B. von medizinischen Versorgungszentren erfolgen. Diese Entwicklung halten wir mit Blick auf den notwendigen Qualitätswettbewerb und die Wahlmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten für notwendig. Ein staatliches Modell nach dem Vorbild z.B. der skandinavischen Staaten lehnen wir ab, weil damit die notwendige Vielfalt der unterschiedlichen Versorgungsformen nicht mehr gegeben ist.

**BÄ: Die Unzufriedenheit der Ärzteschaft mit der Gesundheitspolitik ist in den ver-**

gangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Als Gründe werden u.a. die Honorar- und Einkommenssituation, stetig steigender Bürokratie- und Verwaltungsaufwand sowie die gestiegene Arbeitsbelastung genannt. Die Folgen sind u.a. Abwanderung ins Ausland und in andere Berufsfelder. Was will Ihre Partei tun, um die Zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte zum Wohle der Patienten wiederherzustellen?

Wir wollen die Freiberuflichkeit und Therapiefreiheit der Ärztinnen und Ärzte erhalten und ihnen die Entscheidungsfreiheit geben, ob sie als Freiberufler oder Angestellte arbeiten wollen. Selbstverständlich müssen Ärztinnen und Ärzte für ihre Arbeit angemessen honoriert werden. Kooperative Versorgungsformen können die Arbeitszufriedenheit erhöhen.

**BÄ: Wie soll die Finanzierung des Gesundheitswesens künftig sichergestellt werden? Brauchen wir aus Ihrer Sicht mehr Geld im System oder ist eine Umverteilung notwendig?**

Siehe hierzu die Antwort auf Frage 1 (Bürgerversicherung).

**BÄ: Können die Krankenkassenbeiträge stabil gehalten werden?**

Die Finanzierung der Krankenkassenbeiträge ist an die Lohnentwicklung gekoppelt. In der derzeitigen Wirtschaftskrise ist davon auszugehen, dass die Krankenkassenbeiträge steigen. Deshalb ist es notwendig, andere Einkommensarten (z.B. Kapitaleinkünfte) in die Krankenversicherung einzubeziehen, so wie es Bündnis 90/Die Grünen mit der Bürgerversicherung vorhaben.

**BÄ: Bitte vervollständigen Sie diesen Satz: Wenn ich nach der Bundestagswahl Gesundheitsministerin werden würde, würde ich zuerst...**

den Gesundheitsfonds abschaffen.





Foto: SPD

## Dr. Carola Reimann

### Gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Fraktion

**BERLINER ÄRZTE: Welche Schwerpunkte will die SPD in der kommenden Legislaturperiode in der Gesundheitspolitik setzen? Und wo sieht Ihre Partei den dringendsten Handlungsbedarf im deutschen Gesundheitswesen?**

Wir wissen, dass die Gesundheitschancen in der Bevölkerung sehr ungleich verteilt sind. In einer alternden Gesellschaft, in der gleichzeitig chronische Erkrankungen zunehmen und die medizinisch technischen Möglichkeiten für ihre Behandlung wachsen, bleibt die Gesundheitsversorgung auf Dauer nur finanzierbar, wenn es durch Prävention gelingt, Krankheiten zu vermeiden, hinauszuzögern oder zumindest ihre Folgen zu mildern.

Deshalb brauchen wir endlich ein Präventionsgesetz. Damit wollen wir die Primärprävention stärken und Gesundheitsziele als Handlungsrahmen definieren. Es muss bei sozialen Lebenswelten (Stadtquartier, Arbeitsplatz, Schule etc.) ansetzen. Bund, Länder und Kommunen, die Sozialversicherungsträger sowie die Private Krankenversicherung müssen in die Verantwortung bei der Finanzierung einbezogen werden.

Eine leistungsfähige und an den Bedürfnissen der Menschen ausgerichtete Gesundheitspolitik bedarf besserer und transparenterer Patientenrechte. Dazu gehört auch, die bislang zersplitterten und undurchsichtigen Rechte der Patienten und Patientinnen in einem Gesetz zusammenzuführen, und insbesondere hinsichtlich Fehlervermeidung und Risikomanagement

sowie der Regulierung bei eingetretenen Schäden zu stärken. Darüber hinaus wollen wir die unabhängigen Patientenberatungsstellen auf eine dauerhaft sichere finanzielle Grundlage stellen.

**BÄ: Wie soll die Finanzierung des Gesundheitswesens künftig sichergestellt werden? Brauchen wir aus Ihrer Sicht mehr Geld im System oder ist eine Umverteilung notwendig?**

Wir sind davon überzeugt, dass wir eine umfassende Solidargemeinschaft aller Bürgerinnen und Bürger brauchen, wenn wir die Absicherung von Gesundheit und Pflege auf Dauer sicherstellen wollen. Deshalb wollen wir die Bürgersozialversicherung, die alle Bürgerinnen und Bürger bei der Absicherung von Gesundheit und Pflege in die Solidarität einbezieht. Im nächsten Schritt wird es darum gehen, alle Einkommen zur Finanzierung der Gesundheitsaufgaben heranzuziehen und deshalb den Steueranteil für die gesetzliche Krankenversicherung zu erhöhen. Ein besonderes Anliegen für die SPD ist es, dass der Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung wieder paritätisch von Arbeitnehmern und Arbeitgebern getragen wird. Dazu wollen wir den Sonderbeitrag in Höhe von 0,9 Beitragssatzpunkten abschaffen.

**BÄ: Wie sollte die Versorgungslandschaft idealerweise aussehen? Soll beispielsweise die doppelte Facharztschiene erhalten bleiben oder könnten staatliche Gesundheitssysteme wie in Schweden oder Großbritannien für Deutschland eine Option sein?**

Unser Ziel ist es, dass alle Bürgerinnen und Bürger in allen Regionen den gleichen Zugang zu einer guten Versorgung haben. Dazu brauchen wir weitere Schritte zur Flexibilisierung des Vertragsgeschehens. Kollektiv- und Einzelverträge gewährleisten zusammen eine ausreichende flächendeckende Versorgung. Wir wollen

die Krankenhäuser weiter für die ambulante Versorgung öffnen. Wir wollen für gleiche Leistungen – egal ob von Ärzten oder Krankenhäusern und egal ob für gesetzlich oder privat Versicherte erbracht – die gleiche Vergütung zahlen.

Wir werden uns dafür einsetzen, dass die wohnortnahe ambulante Versorgung durch niedergelassene Haus- und Fachärzte erhalten bleibt. Dazu gehört auch die Sicherung der freien Arztwahl, und die Stärkung der Zusammenarbeit der ambulant tätigen Haus- und Fachärzte mit Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Um den Bedingungen in dünn besiedelten Regionen gerecht zu werden, brauchen wir in Zukunft mehr Versorgungsangebote, die arztentlastend wirken.

**BÄ: Die Unzufriedenheit der Ärzteschaft mit der Gesundheitspolitik ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Als Gründe werden u.a. die Honorar- und Einkommenssituation, stetig steigender Bürokratie- und Verwaltungsaufwand sowie die gestiegene Arbeitsbelastung genannt. Die Folgen sind u.a. Abwanderung ins Ausland und in andere Berufsfelder. Was will Ihre Partei tun, um die Zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte zum Wohle der Patienten wiederherzustellen?**

Flache Hierarchien, Entlastung der Ärzte von bürokratischen Aufgaben durch spezialisierte Assistenzkräfte und mehr technologische Unterstützung. Mehr Kompetenzen für pflegerische Berufe sind der Weg der Zukunft.

**BÄ: Bitte vervollständigen Sie diesen Satz: Wenn ich nach der Bundestagswahl Gesundheitsministerin werden würde, würde ich zuerst...**

dafür sorgen, dass wir ein Präventionsgesetz und ein Patientenrechtegesetz bekommen.



Foto: Die Linke

**BERLINER ÄRZTE: Welche Schwerpunkte will DIE LINKE in der kommenden Legislaturperiode in der Gesundheitspolitik setzen?**

Der erste Schwerpunkt ist die Einführung der solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung. Alle, auch Beamte, Selbständige und Politiker werden darin versichert. Die private Krankenversicherung wird auf Zusatzversicherungen beschränkt. Die Beitragsbemessungsgrenze wird perspektivisch aufgehoben. Wir wollen die Arbeitgeber wieder hälftig an den Beiträgen ihrer Beschäftigten beteiligen. Dadurch, dass alle denselben prozentualen Anteil ihres gesamten Einkommens zahlen, kann der Beitragssatz auf etwa 10 Prozent gesenkt werden – bei gleichzeitiger Abschaffung aller Zuzahlungen.

Zweitens: Privatisierung und Kommerzialisierung im Gesundheitssystem sorgen dafür, dass in erster Linie an Profite und erst nachrangig an die Patientinnen und Patienten gedacht wird. Das muss gestoppt werden.

Drittens: Entscheidungen im Gesundheitssystem müssen demokratischer und transparenter werden.

**BÄ: Wo sieht Ihre Partei den dringenden Handlungsbedarf im deutschen Gesundheitswesen?**

Zunächst ist uns die Einführung der sozialen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung am dringlichsten. Wir sehen hier eine große Gerechtigkeitslücke, die wir schließen wollen. Ein Bundestagsabgeordneter hat eine Diät von zur Zeit 7668 Euro. Er kann sich privat versichern und sich damit der Solidargemeinschaft völlig entziehen. Aber selbst wenn er gesetzlich krankenversichert ist, muss er als Gutverdiener relativ geringe Beiträge zahlen.

Da ab der Beitragsbemessungsgrenze von 3675 Euro die Beiträge nicht weiter wachsen, zahlt er effektiv statt 14,9 Prozent nur 7,1 Prozent. Ein selbständiger Kiosk-Verkäufer mit 1000 Euro Gewinn im Monat zahlt

## Frank Spieth

### Gesundheitspolitischer Sprecher der Fraktion Die Linke

hingegen wegen der Mindestbeitragsbemessung 28,7 Prozent seines Einkommens. Das ist absurd und das müssen wir ändern.

**BÄ: Wie sollte die Versorgungslandschaft idealerweise aussehen? Soll beispielsweise die doppelte Facharztschiene erhalten bleiben oder könnten staatliche Gesundheitssysteme wie in Schweden oder Großbritannien für Deutschland eine Option sein?**

Wir brauchen sowohl fachärztliche wie hausärztliche ambulante Versorgung. Fachärzte in Einzelpraxen haben aus unserer Sicht keine Zukunft. Es wird mehr „poliklinische“ Strukturen geben. Krankenhäuser und Zusammenschlüsse niedergelassener Ärzte werden in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ihre Leistungen anbieten. Das Vordringen von Kapitalgesellschaften in die ambulante Versorgung sehen wir kritisch. MVZ-Neugründungen sollten vorrangig in unterversorgten Bereichen erfolgen. Die freie Arztwahl muss erhalten bleiben. Die Therapie muss leitlinienbasiert erfolgen.

**BÄ: Die Unzufriedenheit der Ärzteschaft mit der Gesundheitspolitik ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Als Gründe werden u.a. die Honorar- und Einkommenssituation, stetig steigender Bürokratie- und Verwaltungsaufwand sowie die gestiegene Arbeitsbelastung genannt. Die Folgen sind u.a. Abwanderung ins Ausland und in andere Berufsfelder. Was will Ihre Partei tun, um die Zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte zum Wohle der Patienten wiederherzustellen?**

Erstens wollen wir für die stationär beschäftigten Ärztinnen und Ärzte die Arbeitsbedingungen verbessern. Zur Überwindung der Finanznot der Krankenhäuser haben wir konkrete Anträge in den Deutschen Bundestag eingebracht. Zweitens wollen wir eine gerechte Honorierung aller ambulanten Ärzte erreichen. Dazu wollen wir die derzeitige Praxis beenden, dass einige wenige Arztgruppen sich auf Kosten ihrer Kolleginnen und Kollegen bereichern. Wir wollen auch, dass sich die Ärztinnen

und Ärzte nicht so stark wie bisher der Betriebswirtschaft widmen müssen. Warum geht man nicht den Weg, den freiberuflich tätigen Ärzten eine monatliche Pauschale von etwa 10.000 Euro zu zahlen und die Praxiskosten zu übernehmen. Der Verwaltungsaufwand würde sich schlagartig reduzieren und die Ärztinnen und Ärzte könnten sich auf ihre eigentliche Profession konzentrieren.

**BÄ: Wie soll die Finanzierung des Gesundheitswesens künftig sichergestellt werden? Brauchen wir aus Ihrer Sicht mehr Geld im System oder ist eine Umverteilung notwendig?**

Auf der Ausgabenseite sehe ich durchaus Potenzial für Einsparungen? Zum Beispiel würden ein verminderter Mehrwertsteuersatz auf Arzneimittel und eine Positivliste für milliardenschwere Einsparungen im Pharmabereich sorgen. Auf der Einnahmeseite führt aber sowohl aus Gründen der finanziellen Vernunft als auch aus Gerechtigkeitsgründen kein Weg an der Bürgerinnen- und Bürgerversicherung vorbei.

**BÄ: Bitte vervollständigen Sie diesen Satz: Wenn ich nach der Bundestagswahl Gesundheitsminister werden würde, würde ich zuerst...**

... alle Akteure zusammenrufen und würde mit ihnen darüber diskutieren, wie aus ihrer und aus unserer Sicht ein Gesundheitswesen auszusehen hat. Zu diesen Akteuren gehören allerdings nicht nur Kassen und Leistungserbringer, sondern auch Patienten und Beitragszahler. Ich würde die Akteure – wie in der Konklave bei der Papstwahl – nicht herauslassen, bevor es ein Ergebnis gibt.

Meine Zielvorstellung sind globale und regionale Gesundheitsbudgets, die von bundesweiten und regionalen Gesundheitsparlamenten unter Einbeziehung aller Akteure nach Bedarf, Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit verteilt werden und zwar auf Basis einer qualifizierten Gesundheitsforschung und Gesundheitsberichterstattung. Es müssten wirklich Patienteninteressen im Mittelpunkt stehen.



Foto: CDU/CSU

## Annette Widmann-Mauz

### Gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Fraktion

**BERLINER ÄRZTE: Welche Schwerpunkte will die CDU/CSU in der kommenden Legislaturperiode in der Gesundheitspolitik setzen?**

CDU und CSU stehen für Planbarkeit, Verlässlichkeit, Leistungs- und Generationengerechtigkeit und eine Weiterentwicklung der Finanzierung im Gesundheitswesen. Die Sicherung einer qualitativ hochwertigen, wohnortnahen Versorgung und die unmittelbare Weitergabe des medizinischen Fortschritts mit freiberuflichen niedergelassenen Ärzten ist der Union besonders wichtig. Wir werden die Voraussetzungen dafür schaffen, dass Kassen und Leistungserbringer mehr Möglichkeiten für passgenaue und einzelvertragliche Regelungen erhalten. Wir brauchen mehr Transparenz und Wettbewerb und weniger Bürokratie im Gesundheitswesen, damit die Qualität weiter steigt und die Mittel effizienter eingesetzt werden.

**BÄ: Wo sieht die Union den dringenden Handlungsbedarf im deutschen Gesundheitswesen?**

Die Union hält Kurskorrekturen beispielsweise beim ärztlichen Honorarsystem, beim Risikostrukturausgleich und bei der Neudefinition der Pflegebedürftigkeit für erforderlich. Denn wir wollen, dass auch in Zukunft jeder in Deutschland – unabhängig von Einkommen, Alter, sozialer Herkunft oder gesundheitlichem Risiko – eine qualitativ hochwertige, wohnortnahe medizinische Versorgung erhält und alle am medizinischen Fortschritt teilhaben können. Wir werden individuelle Wahlmöglichkeiten und Entscheidungsspielräume ausweiten.

**BÄ: Wie sollte die Versorgungslandschaft idealerweise aussehen? Soll beispielsweise die doppelte Facharztschiene erhalten bleiben oder könnten staatliche Gesundheitssysteme wie in Schweden oder Großbritannien für Deutschland eine Option sein?**

Im Mittelpunkt unserer Gesundheitspolitik steht die Versorgung der Patienten und Versicherten. Therapiefreiheit, freie Arzt- und Krankenhauswahl sowie Freiberuflichkeit gehören für uns zum Kern eines freiheitlichen Gesundheitswesens. Eine eigenständige ambulante fachärztliche Versorgung ist ein wichtiger Bestandteil, denn sie macht eine qualitativ hochwertige Versorgung in ganz Deutschland aus. Für uns ist es wichtig, allen Bürgern und Bürgerinnen eine flächendeckende Gesundheitsversorgung bieten zu können. Die Freien Berufe müssen deshalb auch weiterhin eine der tragenden Säulen der Patientenversorgung sein.

**BÄ: Die Unzufriedenheit der Ärzteschaft mit der Gesundheitspolitik ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Als Gründe werden u.a. die Honorar- und Einkommenssituation, stetig steigender Bürokratie- und Verwaltungsaufwand sowie die gestiegene Arbeitsbelastung genannt. Die Folgen sind u.a. Abwanderung ins Ausland und in andere Berufsfelder. Was will Ihre Partei tun, um die Zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte zum Wohle der Patienten wiederherzustellen?**

Ohne motivierte und leistungsbereite Ärztinnen und Ärzte und andere nicht-ärztliche Gesundheitsberufe lässt sich keine flächendeckende medizinische Versorgung sichern, – insbesondere im ländlichen Raum. Die Union schätzt ihre Kompetenz und Leistung und will, dass sie mit verlässlichen und leistungsgerechten Rahmenbedingungen in einem selbstverwalteten, freiheitlichen Gesundheitswesen ihre Verantwortung für die Patienten wahrnehmen können. Unser Ziel ist eine leistungsgerechte, qualitätsorientierte und besonderen regionalen Rahmenbedingungen Rechnung tragende vertragsärztliche Vergütung. Zudem werden wir bürokratische Vorgaben und Dokumentationspflichten drastisch auf ein Maß reduzieren, das zur Abrechnung und Qualitätssicherung unabdingbar notwendig ist.

**BÄ: Wie soll die Finanzierung des Gesundheitswesens künftig sichergestellt werden? Brauchen wir aus Ihrer Sicht mehr Geld im**

**System oder ist eine Umverteilung notwendig?**

Unser primäres Ziel ist es, die Finanzierung unseres Gesundheitswesens zu sichern und die gesetzliche Krankenversicherung mittelfristig auch im Hinblick auf mehr Generationengerechtigkeit konsequent weiterzuentwickeln. Daher brauchen wir mehr Transparenz, Qualität, Wettbewerb und Verantwortungsbewusstsein im Gesundheitssystem. Die Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen ist dabei ein wichtiges Element. Sie stellt die gerechteste Basis für den sozialen Ausgleich dar. Preissignale für Versicherte und Patienten sind ein wichtiges, aber nicht das einzige Steuerungsinstrument im Gesundheitswesen. Somit kommt einer angemessenen Kostenbeteiligung, die sozial verträglich und ausgleichend ausgestaltet sein muss, grundsätzliche Bedeutung zu.

**BÄ: Können die Krankenkassenbeiträge stabil gehalten werden?**

Wir brauchen mehr Transparenz und Wettbewerb, damit die Qualität weiter steigt und die Beiträge effizient eingesetzt werden. Fakt ist, dass der medizinische und medizinisch-technische Fortschritt und der demografische Wandel für Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen verantwortlich sind. Wir werden Effizienz- und Wirtschaftlichkeitspotenziale ausschöpfen sowie individuelle Wahlmöglichkeiten und Entscheidungsspielräume ausweiten. Für uns ist es wichtig, dass die Ausgabensteigerungen sich im Rahmen der allgemeinen Kostenentwicklung im Gesundheitswesen bewegen.

**BÄ: Bitte vervollständigen Sie diesen Satz: Wenn ich nach der Bundestagswahl Gesundheitsministerin werden würde, würde ich zuerst...**

...die Fenster in der Friedrichstrasse öffnen und frische Luft für neues Denken hereinlassen!

# Abbau von Barrieren beim Arztbesuch

## Wie zugänglich sind Ärzte in Berlin für behinderte Menschen?

Wie der Deutsche Ärztetag im Mai in Mainz festgestellt hat, ist eine optimale medizinische Gesundheitsversorgung schwerbehinderter Menschen nicht gewährleistet. Bundesweit ist der Anteil an Arztpraxen und Ambulanzen mit barrierefreiem Zugang, sowie behindertengerechtem medizinischen Untersuchungsmobiliar und sanitären Einrichtungen verschwindend gering. Dieser Umstand schränkt nicht nur die freie Arztwahl vieler Menschen mit Behinderungen stark ein, sondern das Fehlen von barrierefreiem, verstellbarem Untersuchungsinventar erschwert zudem die medizinische Diagnostik, Behandlung und eine geeignete Vorsorge.

Gemeinsam setzen sich die Ärztekammer Berlin und der Arbeitskreis „barrierefreies Gesundheitswesen“ dafür ein, die Situation behinderter Menschen im Berliner Gesundheitswesen sichtbar zu machen und zu verbessern. Mit Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention am 27. März 2009 in Deutschland bekommt die Zielsetzung, dass Berlin allmählich barrierefrei umgestaltet wird, neuen Schub. Im Artikel 9 verpflichten sich die Vertragsstaaten, geeignete Maßnahmen zu ergreifen, damit Einrichtungen und Dienste, die der Allgemeinheit offen stehen, alle Aspekte der Barrierefreiheit berücksichtigen.

Behinderung ist kein gesellschaftliches Randproblem. In Deutschland leben 8,6 Millionen Menschen mit Behinderung, 71% von ihnen sind 55 Jahre und älter – und ältere Menschen gehen erfahrungsgemäß häufiger zum Arzt.

Wie die Erfassung von Daten zur Barrierefreiheit durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der mobidat-Datenbank hier in Berlin zeigt, sind gerade einmal 10 Prozent der Praxen in Berlin mit einem barrierefreien Zugang ausgestattet. Auch deswegen initiierte Martin Marquard, der Landesbeauftragte für Menschen mit Behinderung, die Aktion „Berlin barrierefrei“, um die bisher erreichte Barrierefreiheit durch ein Signet öffentlich sichtbar zu machen und eine

breite Öffentlichkeit für dieses Thema zu sensibilisieren. Zukünftig kommen hoffentlich immer mehr barrierefreie Arzt- und Therapiepraxen hinzu, die dann mit dem Signet versehen und ausgezeichnet werden können.

Für Patienten richtet sich die Arztwahl nach fachlicher Kompetenz und Sympathie aus, denn dies sind die Hauptkriterien für den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung. Dies gilt leider nicht so für behinderte und ältere Menschen, die vorrangig danach schauen müssen, wie sie überhaupt eine Praxis erreichen können.

### Unterschiedliche Behinderungen haben unterschiedliche Anforderungen an Barrierefreiheit:

Für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen oder Patienten, die einen Rollator oder Rollstuhl nutzen, stellen sich Fragen danach,

- ob die Praxis mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen ist,
- ob es Behindertenparkplätze vor dem Haus gibt, ob die Praxis ohne Stufen oder Schwellen und evtl. mit einem Aufzug zu erreichen ist oder ob die Türen breit genug sind.

Ist die Hürde des Praxiszugangs überwunden, rücken weitere Gesichtspunkte ins Blickfeld.

- Behandlungsräume erweisen sich oft als zu klein.
- Rollstühle und Hilfsmittel lassen sich dort kaum bewegen.
- Selten ist die Toilette behindertengerecht zugänglich und ausgestattet.
- Nur in wenigen Praxen gibt es höhenverstellbare Untersuchungs- liegen, gynäkologische Stühle oder Hebelifter.

Für Patienten mit Sinnesbehinderungen fehlen meistens visuelle, taktile und akustische Informationen zur Orientierung in der Praxis.

Doch die Barrierefreiheit bezieht sich nicht nur auf bauliche Gegebenheiten.

### Offene Kommunikation ist die Schlüsselqualifikation:

- Genau, wie sich Ärzte auf jeden einzelnen Menschen in der Praxis individuell einstellen müssen, sollten sie ihren behinderten Patienten zur Verfügung stehen und fragen, wie sie behilflich sein können.
- Es ist gut, wenn sich Ärzte darauf einstellen, dass sie für die Behandlung von Menschen mit einer Behinderung mehr Zeit benötigen.
- Patienten mit einer Sprach- oder Hörbehinderung brauchen die Chance, sich zu äußern. Dies erfordert manchmal ein wenig Geduld. Eine Möglichkeit wäre es, den Praxis-PC zur Verfügung zu stellen, damit der Patient/die Patientin die eigenen Gedanken oder die Krankheitssymptome aufschreiben kann.
- Auch wenn behinderte Patienten mit Assistenz in die Praxis kommen, bleiben sie weiterhin die direkten Ansprechpartner für die ärztliche Konsultation.
- Ein Arztgespräch, bei dem der gehörlose Patient ohne Probleme alles verstehen kann, gelingt über einen Gebärdensprachdolmetscher. Die Kosten für diesen Dolmetscher muss



der Leistungsträger übernehmen, also in der Regel die Krankenkasse. Die gesetzliche Grundlage dafür ist § 17 Absatz 2 des SGB I.

- In der Kommunikation mit Menschen mit Lernschwierigkeiten (Menschen mit so genannten geistigen Behinderungen) gilt es Sachverhalte in leicht verständlicher Sprache zu beschreiben und zu erklären. Informationen zu leichter Sprache und Broschüren zu Themen wie Schwangerschaftsberatung finden sich im Internet. Z. B. unter:

[www.profamilia.de](http://www.profamilia.de)  
[www.leben-mit-handicaps.de](http://www.leben-mit-handicaps.de)  
[www.lebenshilfe.de/content/verlag](http://www.lebenshilfe.de/content/verlag)  
[www.peoplefirst.de](http://www.peoplefirst.de)

- Zu beachten ist auch, dass der Blindenführhund als Hilfsmittel gilt und zum Erreichen der Praxis bzw. für den Heimweg unabdingbar in unmittelbarer Nähe des Halters benötigt wird. Wenn der blinde Patient nach Absprache in den Behandlungsräumen in der Orientierung unterstützt wird, wartet der Blindenführhund geduldig auf einem ihm

zugewiesenen Platz, bis der Besitzer ihn wieder zum Führen auffordert.

- Patienten mit einer Behinderung wünschen sich wie alle anderen Patienten auch, während eines Arztbesuchs ein Höchstmaß an Intimität, Würde und Eigenständigkeit beibehalten zu können. Dazu gehören die freie Arztwahl, das vertrauensvolle Gespräch mit dem Arzt und das Gefühl, als mündiger Patient ernst genommen zu werden.

Abschließend und zusammenfassend möchten wir den § 4 aus dem Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen, BGG 2002 zitieren: Barrierefrei sind demnach Arztpraxen die, „(...) wenn sie für behinderte Menschen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind“.

Susanne Handrick, Eileen Moritz  
 AK „Barrierefreies Gesundheitswesen“

## Fortbildungsveranstaltung „Arztbesuch ohne Barrieren“ am 9. September 2009 um 19:30 Uhr

**Ort:**  
 Ärztekammer Berlin  
 Friedrichstraße 16  
 10969 Berlin

Die Ärztekammer Berlin und der Arbeitskreis  
 „Barrierefreies Gesundheitswesen“  
 laden Ärzte und andere Berufsgruppen des Gesundheitswesens  
 herzlich zu dieser Veranstaltung ein.

ANZEIGEN

# Wenn chronisch kranke Kinder groß werden

## Das Berliner Transitionsprogramm

Sind chronisch kranke Kinder auch noch so gut versorgt: Sobald sie der pädiatrischen Obhut entwachsen und für sich selbst verantwortlich sind, droht eine Krise oder sogar der – womöglich lebensgefährliche – Behandlungsabbruch. Nach einiger Verzögerung im Vergleich zu anderen Ländern wurde das Problem des Übergangs vom Jugend- ins Erwachsenenalter („Transition“) nun auch in Deutschland angepackt. Es laufen einige Modellversuche, einer der interessantesten und der erste von Krankenkassen vergütete hier in Berlin.

Durch einen Nofalleinsatz wurde der junge Mann gerade noch vorm diabetischen (ketoazidotischen) Koma bewahrt. Vom 7. bis zum 19. Lebensjahr war er vom Kinder- und Jugend- Diabetologen versorgt worden. Dann wechselte er zum ebenso kompetenten Erwachsenen- Diabetologen, musste sich aber nun selbst um die Einhaltung von Terminen und alles andere kümmern und blieb dort bei den ersten Schwierigkeiten einfach weg.

Eine leider typische Geschichte, sagt Walter Burger, Leiter des Diabeteszentrums für Kinder und Jugendliche an den DRK-Kliniken Westend: „Vielen chronisch kranken Jugendlichen gelingt es nicht, einen kontinuierlichen Übergang in die Erwachsenenmedizin zu organisieren. Sie verlieren den Kontakt zur notwendigen Spezialbetreuung und stellen sich oft erst dann wieder vor, wenn – möglicherweise vermeidbare – Komplikationen aufgetreten sind.“

Chronisch kranke Kinder erreichen heute dank verbesserter Behandlung oft



das Erwachsenenalter, zum Beispiel etwa 80 bis 85 Prozent der Kinder mit angeborenen Herzfehlern. Einen speziellen Versorgungsbedarf haben laut Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) in Deutschland nicht weniger als 13,7 Prozent aller Kinder und Jugendlichen. (Die Zahlenangaben verschiedener Quellen weichen stark voneinander ab – offenbar je nachdem, wie „chronische Krankheit“ und „Versorgungsbedarf“ definiert werden.) Viele von ihnen werden ausgezeichnet versorgt.

Das könnte auch später so bleiben, wenn nicht der Übergang – die Transition – so große organisatorische, psychologische und Kooperationsprobleme brächte.

Schon 1996 gab das Bundesgesundheitsministerium eine Expertise dazu in Auftrag. Jetzt widmete der „Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“ diesen Transitionsproblemen ein ganzes Kapitel in seinem neuen Sondergutachten



„Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“. An einer Reihe von Beispielen – Stoffwechselkrankheiten wie vor allem Diabetes I, Schilddrüsen- und Nebennierenstörungen, Mukoviszidose, angeborene Herzfehler, Niereninsuffizienz und rheumatoide Arthritis – werden die Übergangsschwierigkeiten erläutert, die oft zur Unter- oder Fehlversorgung führen.

Die Sachverständigen stellen im Gutachten einen hohen Forschungsbedarf fest und fordern Maßnahmen, um die Übergangsbehandlung zu verbessern, vor allem Modellversuche. Einige erste Ansätze werden vorgestellt, darunter das Berliner Transitionsprogramm. Das ist ein – von der Robert Bosch Stiftung gefördertes – Modellprojekt für 16- bis 20-jährige Diabetes- und Epilepsie-Patienten, die zurzeit von einem Kinder- und Jugend-Spezialisten versorgt werden.

Angesiedelt ist dieses Programm beim Hedwig-von-Rittberg-Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin der DRK-Kliniken Berlin-Westend, und nach langer Vorbereitung läuft es seit dem 1. Juli. Das Transitionsprogramm ist so konzipiert, dass es sich auf andere chronische Krankheiten ausdehnen lässt. Zunächst für zwei Jahre vergüten die AOK, die TK und die BKK VBU für ihre Mitglieder die zusätzlichen Leistungen außerhalb des Budgets.

Vorgesehen sind strukturierte und dokumentierte Gespräche zwischen dem pädiatrischen, später dem Erwachsenen-Spezialisten und dem Patienten sowie den Eltern über die Transition; ferner eine schriftliche Epikrise des Kinder- und Jugend-Spezialisten über den bisherigen Krankheits- und Behandlungsverlauf, eine gemeinsame Sprechstunde, zu der man sich in der Praxis des Erwachsenen-Spezialisten trifft und, wenn notwendig (psychosoziale Probleme, starke Lernbehinderung), Fallkonferenzen des Therapeutenteams.

Zentral für die Organisation des Transitionsprozesses ist das Fallmanagement, zuständig unter anderem für Koordination und Information sowie die Einbindung der Kassen und Ansprechpartner für Patienten und Ärzte.

Krankheitsspezifische Fragebögen für Jugendliche und ihre Eltern bereiten auf die Transitionsgespräche vor. Eine Broschüre für Ärzte und Therapeuten informiert über das Programm und den zeitlichen Ablauf, eine Informationsbroschüre für die jungen Patienten (mit kurzem Abschnitt für die Eltern) erläutert ebenfalls das Programm, geht aber auch auf die wichtigsten Probleme während der Transition ein und soll zu Gesprächen mit Eltern, Ärzten und dem Fallmanager anregen. Workshops wollen darüber hinaus den Austausch unter den Jugendlichen ermöglichen.

Die geplante Evaluation dieses Modellversuchs (durch das IGES-Institut) soll zeigen, ob das Konzept des „Berliner Transitionsprogramms“ sich auf andere chronische Krankheiten, Kostenträger und Regionen übertragen lässt. Ziel ist letztlich die Überführung in die Regelversorgung.

Rosemarie Stein

**Du übernimmst mehr Verantwortung – und Selbstständigkeit kann Spaß machen**

**Schritt für Schritt zum Wechsel – das Tempo bestimmst Du mit**

**Lass' die Zukunft nicht zu kurz kommen**

**Du suchst den Arzt für Dich aus**

(aus der Informationsbroschüre für Jugendliche und Eltern)

[www.drk-kliniken-berlin.de/Berliner\\_Transitionsprogramm.1270.o.html](http://www.drk-kliniken-berlin.de/Berliner_Transitionsprogramm.1270.o.html)

Informationen auch bei der Fallmanagerin Babette Müller, Tel. 030/3035 81 47 52

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

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

Termine	Thema / Referenten	Veranstaltungsort	Information/ Gebühr	Fortbildungspunkte
<b>Teil A: Allgemeine Grundlagen</b> 04.09.–05.09.2009 <b>Teil B: Illegale Drogen</b> 13.11.–14.11.2009 <b>Teil C: Alkohol, Nikotin und Medikamente</b> , 16.10.–17.10.2009 <b>Teil D: Motivierende Gesprächsführung</b> 05.02.–06.02.2010	Veranstaltungsreihe der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Suchtademie Berlin-Brandenburg zum Erwerb der Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“	DRK Kliniken Mitte Haus E Drontheimer Str. 39–40 13359 Berlin	Information: Ärztekammer Berlin Tel.: 40806-1301 und 40806-1303 Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 130 € je Kursteil (eine Ermäßigung für arbeitslose Ärzte, PJ-Studenten und Arzthelferinnen ist möglich)	15 P pro Teil
07.09.–16.09.2009 (Kursteil A1) 16.09.–25.09.2009 (Kursteil A2) 02.11.–11.11.2009 (Kursteil B1) 11.11.–20.11.2009 (Kursteil B2)	Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215, E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr Kurs A, B: jeweils 920 € Kurse A1, A2, B1, B2: jeweils 460 €	60 P pro Kursteil
09.09.2009 19.30 – 21.00 Uhr	Arztbesuch ohne Barrieren	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 9028-1653 Gerd.grenner@senias.berlin.de Anmeldung erforderlich	2 P
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 Teilnehmergebühr 130 €	9 P
07.10.2009 19.00 – 20.30 Uhr	Datenschutz in Arztpraxen	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1403 E-Mail: a.mindel-hennies@aekb.de Anmeldung erforderlich	2 P
07.10.2009 17.00 – 20.30 Uhr	Rechtssichere Dokumentation bei häuslicher Gewalt (weitere Informationen s. S. 25)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: wiener@signal-intervention.de Anmeldung erforderlich	2 P
10.10.2009 15.00 – 18.30 Uhr	Depressionen – Workshop für Ärzte und Apotheker Gemeinsame Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1207 E-Mail: fb-veranstaltungen@aekb.de Teilnehmergebühr: 50 €	5 P
18.11.2009	Interdisziplinäres Forum MED-DENT Thema: Der Kindermund Veranstaltung des Philipp-Pfaff-Instituts in Zusammenarbeit mit der Zahnärztekammer Berlin und der Ärztekammer Berlin	Philipp-Pfaff-Institut Fortbildungseinrichtung der Landes Zahnärztekammern Berlin und Brandenburg GmbH Albmannshäuser Str. 4–6 14197 Berlin	Information: Philipp-Pfaff-Institut Tel.: 414 725 0, Fax: 414 89 67 Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 48 €	4 P
20.11.–21.11.2009	16-Stunden-Kurs „Qualifikation von Transfusionsbeauftragten und -verantwortlichen“ in Kooperation mit dem DRK-Blutspendedienst und der Charité – Universitätsmedizin Berlin	BITTE BEACHTEN! NEUER VERANSTALTUNGORT: Charité Campus Virchow-Klinikum Hörsaal 3 Augustenburger Platz 1 13353 Berlin	Information: Tel.: 40806-1401 E-Mail: r.drendel@aekb.de Anmeldung: Tel.: 80681-126 E-Mail: h.daehne-noack@blutspende.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 120 €	16 P
30.11.–02.12.2009	Grundkurs im Strahlenschutz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215, E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 230 €	21 P
02.12.–04.12.2009 04.12.2009	Spezialkurs im Strahlenschutz – bei der Röntgendiagnostik – bei interventioneller Radiologie	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215, E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: Spezialkurs Röntgendiagnostik: 200 € Spezialkurs interventionelle Radiologie: 60 €	20 P (Spezialkurs Röntgendiagnostik) 5 P (Spezialkurs interventionelle Radiologie)
17.12.–19.12.2009	Patientensicherheit lernen – Intensivseminar Fallanalyse	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1401, Frau Drendel E-Mail: r.drendel@aekb.de Anmeldung erforderlich, Teilnehmergebühr: 500 €	27 P

## Fortbildung

### „Rechtssichere Dokumentation bei häuslicher und sexualisierter Gewalt“

Häusliche und sexualisierte Gewalt hinterlassen vielfältige Verletzungen und Spuren. Neben einer achtsamen Versorgung ist die rechtssichere Dokumentation der Befunde für Betroffene und für die strafrechtliche Verfolgung der Gewalt von hoher Bedeutung. In der ärztlichen Praxis kann dies eine Reihe von Fragen aufwerfen: Wie erkenne ich Gewaltspuren? Was ist bei der Dokumentation und Spurensicherung zu beachten? Welche berufsrechtlichen Aspekte sind zu berücksichtigen? Die Fortbildung „Rechtssichere Dokumentation bei häuslicher und sexualisierter Gewalt“ vermittelt Handlungssicherheit bei der Attestierung gewaltbedingter Verletzungen.

#### Veranstalter:

Signal e.V./Bundesmodellprojekt MIGG in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin.

#### Referenten/-innen:

Prof. Dr.med. M. Tsokos; Rechtsmedizin Charité, „Befundssicherung und Dokumentation“

Dr.med. L. Oesterhelweg, Rechtsmedizin Charité, „Morphologische Befunde bei häuslicher Gewalt“

Dr.med. S. Guddat, Rechtsmedizin Charité, „Morphologische Befunde bei sexualisierter Gewalt“

#### Wissenschaftl. Leitung:

Dr. Heike Mark, Signal e.V./Medizinische Intervention gegen Gewalt (MIGG)

**Termin:** Mittwoch, 7. Oktober 2009; 17.00 bis 20.30 Uhr

**Ort:** Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, Konferenzraum

Die Veranstaltung ist kostenfrei und wird von der Ärztekammer Berlin zertifiziert.

Um Anmeldung bis zum 01.10.09 wird gebeten: Signal e.V., Fax. 275 95 366, wieners@signal-intervention.de

### 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 Frühjahr 2010 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.

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: 22.02.2010 bis 27.02.2010 / Präsenzwoche 2: 19.04.2010 bis 24.04.2010 / Präsenzwoche 3: 31.05.2010 bis 05.06.2010

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

#### Weitere Informationen erhalten Interessenten:

telefonisch unter Tel.: 408 06-1207 (Organisatorisches) und Tel.: 40 806-1400 (Frau Markl-Vieto, Inhaltliches) oder per E-Mail: QM-Kurs2010@aekb.de



### Fortbildungsseminar „Medizin und Ökonomie“ „Krankenhausökonomie, allgemeine Einführung in die Finanzierungsgrundlagen (45 Std.)“

5. – 9. Oktober 2009, Bundesärztekammer, Berlin

Das Verständnis betriebswirtschaftlicher Abläufe in der stationären und ambulanten Versorgung ist für Ärztinnen und Ärzte in ihrer täglichen Arbeit von großer Bedeutung. Aufgrund einschneidender Veränderungen im Gesundheitswesen müssen Gesundheitseinrichtungen permanent ihre Prozess- und Arbeitsorganisation verbessern und ihre wirtschaftlichen und personellen Potentiale optimieren, um wettbewerbsfähig zu bleiben. Um ökonomische Prozesse zu verstehen und aktiv mitzugestalten, sind fundierte Kenntnisse im Bereich der Ökonomie notwendig.

Die Veranstaltung der Bundesärztekammer ist Bestandteil einer Fortbildungsreihe, die sich mit ökonomischen Aspekten der ärztlichen Tätigkeiten befasst und wendet sich an Ärzte in Klinik und Praxis, die Interesse daran haben ihre Kompetenzen auf diesem Gebiet zu erweitern.

Ziel der Fortbildung ist die Vermittlung der aktuellen ökonomischen Rahmenbedingungen in der stationären aber auch ambulanten Versorgung sowie neuer sektorenübergreifender Versorgungsformen und eine verbesserte Verständigung zwischen Arzt und Ökonom.

#### Themen:

- Allgemeine Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitssystems
- Einführung in die Grundlagen der Betriebswirtschaft
- Change Management
- Aktuelle gesetzliche Rahmenbedingungen und Trends der stationären Versorgung in Deutschland – Welche Änderungen sind nach der Bundestagwahl zu erwarten?
- Zukunft der stationären Versorgung, Entwicklung der Trägerstrukturen, wirtschaftliche Aspekte
- Entwicklung und Aufbau der Selbstverwaltung und Stand und aktuelle Aufgaben einer Ärztekammer
- Medizinisch und ökonomisch relevante Entwicklungen auf europäischer Ebene
- MDK-Prüfung, Stichproben
- Grundlagen und Besonderheiten der Finanzierung im stationären Sektor G-DRG Fallpauschalenvergütung
- Rahmen ärztlicher Tätigkeit – Normen, Umsetzungen, praktische Tipps
- Medizinische Versorgungszentren
- Perspektiven des Gesundheitswesens, aus betriebswirtschaftlicher Sicht, aus Sicht der Ärzteschaft, eines Krankenhausbetreibers und eines GKV-Vertreters, Round Table-Gespräch

#### Moderation:

Prof. Dr. Schlüchtermann, Universität Bayreuth,  
Dr. Bartmann, Ärztekammer Schleswig-Holstein

#### Referenten:

Dr. Beelmann, Frau RAin Berner, Prof. Dr. Brandis, Frau Prof. Dr. Dithmar, J. Gottschalk, Dr. Montgomery, R. Müller, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. h. c. Rebscher, M. Rudolphi, Dr. Schäfer-Gölz, Frau Dr. Stüwe, Dr. Velling, Dr. Wetzel

Nähere Informationen erhalten Sie bei der Bundesärztekammer, Dezernat 1, Leiterin Frau Dr. Engelbrecht, Telefon: 030/400456-410 E-Mail: cme@baek.de

# Helios steigt in die Arztausbildung ein

## Göttingen schickt Studenten nach Berlin

Vom 1. Oktober an schließen die ersten Göttinger Medizinstudenten ihre klinische Ausbildung in Berlin ab. Nein, nicht in der Charité, sondern in den Helios-Kliniken. 14 Göttinger haben sich fürs 6. klinische Semester in Berlin gemeldet, aber das ist erst der Anfang – der Helios-Konzern betreibt über 60 Krankenhäuser. Außerdem ist das Pilotprojekt Startpunkt für den Aufbau eines Modellcurriculums der Göttinger Fakultät, offensichtlich nach dem Vorbild des Berliner Reformstudiengangs. Kein Wunder: Cornelius Frömmel, Dekan und zugleich Vorstandsvorsitzender der Universitätsmedizin Göttingen, kommt bekanntlich aus Berlin – als einer aus der Schar reformfreudiger und ideenreicher Mediziner, die die Charité hat ziehen lassen.

**D**ies ist noch in einem experimentellen Stadium“, sagte Frömmel, als die neuartige Ausbildungskooperation in Berlin vorgestellt wurde. Hinter dem Pilotprojekt steht die pure Platznot: In Göttingen fangen pro Semester 220 Studierende ihre Ausbildung zum Arzt an; aber 80 bis 100 von ihnen kommen dort nach dem Physikum nicht weiter – aus Mangel an genügend geeigneten Patienten. „In der Gynäkologie beispielsweise müsste jede Patientin sich drei Mal von Studierenden untersuchen lassen“, sagte Frömmel. Es gebe außer dem Göttinger Universitätsklinikum mit 1.400 Betten zwar 27 akademische Lehrkrankenhäuser, sie seien aber zu klein, um das nötige Fächerspektrum zu bieten.

### Buch und Zehlendorf machen den Anfang

Das Problem der unzureichenden Ausbildungskapazität wird demnächst auch anderswo dringend:

Durch die doppelten Abiturjahrgänge und die Verschärfung des Ärztemangels. Auf der Suche nach einem Weg, mehr Studierende auch im klinischen Abschnitt theoretisch und praktisch optimal auszubilden, wandte sich die Göttinger Fakultät an die großen

Klinikketten. Helios äußerte postwendend Interesse. „Wir freuen uns sehr darauf, unsere medizinische Kompetenz an die Göttinger Studenten weiterzugeben“, meinte Helios-Geschäftsführer Francesco de Meo (ein italienischstämmiger, aber in Deutschland geborener altherer Jurist).

Eine breit aufgeächerte medizinische Kompetenz dürfte hier vorhanden sein. Die am Pilotprojekt beteiligten Krankenhäuser:

- Das Helios-Klinikum Berlin-Buch, ein Haus der Maximalversorgung mit mehr als 1.000 Betten in 24 Kliniken und sechs Instituten,
- das Helios-Klinikum Emil von Behring mit 554 Betten, ein Fusionsprodukt aus dem Städtischen Krankenhaus Zehlendorf, dem Oskar-Helene-Heim, der Lungenklinik Heckeshorn und seit diesem Sommer auch der Kinderklinik Heckeshorn, sowie



Helios-Geschäftsführer Dr. Francesco de Meo und Professor Cornelius Frömmel (re.)

Foto: Helios

- das Helios-Klinikum Bad Saarow mit 571 Betten, ein Akutkrankenhaus der qualifizierten Regelversorgung.

In Buch und in Zehlendorf werden zu- nächst je sieben Studierende, für die in Göttingen der Platz fehlt, ihre klinische Ausbildung beenden, in Bad Saarow sollen sie 14 Tage lang in der ausge- zeichneten Notfalleinrichtung geschult werden. Alle drei Häuser sind nach wie vor Lehrkrankenhäuser der Charité, die aber keine PJ-ler mehr zu Helios schickt – weil, wie de Meo erklärte, ihnen hier eine nicht übliche Aufwandsentschädi- gung gezahlt wird, die jetzt am 1. Juli von 400 auf 600 Euro erhöht wurde – eine vorausschauende personalpoliti- sche Strategie für die Zeit eines ver- stärkten Ärztemangels.

Zumindest Buch kann mit der Hoch- leistungsmedizin von Universitäts- klinika offensichtlich mithalten. Um dies zu demonstrieren, zeigte man den Teilnehmern an der Auftaktveranstal- tung beim Rundgang durch den Neubau fast nur seltene teure (aber auch Geld und Prestige bringende) Großgeräte wie Tomotherapie zur präzisen, scho- nenden Strahlenbehandlung, PET-CT und Kardio-MRT. Aber wie lernen die Studierenden in einem Haus der Maximalversorgung das, was sie später als ganz normale Ärzte können müs- sen? Dasselbe Problem stellt sich ja in den Universitätsklinika, die zu Hoch- leistungszentren der Forschung und Patientenversorgung wurden. Daher jetzt die vielen Reformcurricula, die im Fahrwasser des (jahrelang leider ver- nachlässigt dahindümpelnden) Berliner Reformstudiengangs entstehen – nun auch in Göttingen, wo man die künftigen Ärzte praxisnah ausbilden und zu- gleich die klinische Forschung betonen will.

## Wird Berlins Reformstudien- gang überflügelt?

Ansätze eines solchen Modellstudien- gangs gibt es laut Frömmel schon. Es werden neue didaktische Formen er-

probt, vor allem das Kernstück jeder Studienreform, das Problemorientierte Lernen (POL), das für die Berlin- Göttinger besonders gepflegt werden soll. „Das haben die Studenten lieben gelernt“, meinte Frömmel, „und ich bin da vom Saulus zum Paulus geworden.“ Er hat sich davon überzeugt, dass bei Studierenden das aktiv und selbstbe- stimmt an einem konkreten Problem erworbene Wissen dauerhaft anwend- bar ist, im Unterschied zum passiven Berieseltwerden in der alten Frontal- vorlesung.

Nach dem Vorbild des Berliner Reform- studiengangs bekommt Göttingen vom Wintersemester an auch ein – hochmo- dernes – „Studentisches Trainingszen- trum Ärztlicher Praxis und Simulation (STÄPS)“, wo man praktische Fertig- keiten einüben kann. Was den Götting- ern hingegen nur in Berlin geboten werden kann, ist ein „Praxistag“. In dem kleinen Universitätsstädtchen gibt es zu wenig für die Lehre nutzbare Arzt- praxen. Für die Göttinger Helios-Stu- denten in Berlin aber konnte ein erfah- rerer Professor für Allgemeinmedizin gewonnen werden, Ulrich Schwantes (auch einer der Reform-Experten, um deren Bleiben sich die Charité nicht be- müht hat).

Er organisierte den wöchentlichen Halbtage in einer Hausarztpraxis schon für den hiesigen Reformstudiengang – ein wichtiger Ausgleich zur heute domi- nierenden diversifizierten Medizin, in der manchmal „der eine Spezialist sich kaum noch dem anderen verständlich machen kann“, sagte Schwantes. In den Praxen sollen die angehenden Ärzte den Verlauf von Krankengeschichten miterleben und in die Behandlungs- prozesse eingebunden werden. Schwantes: „Nicht Mitlaufen ist ange- sagt, sondern Mitmachen!“

Das gilt hoffentlich auch für das Klein- gruppen-Bedside-Teaching in den Helios-Kliniken. Die Ärzte dort, darun- ter nicht wenige Koryphäen, haben alle Hände voll zu tun, forschen und publi- zieren auch fleißig – und dann noch Studierende ausbilden? Denen steht

zwar eine fabelhafte Online-Bibliothek zur Verfügung, aber persönliche An- leitung muss auch sein. Personal wird überall gespart, und ganz besonders eine private Klinikette hat Gewinne zu erwirtschaften. „Wir arbeiten an mehr Lehrkompetenz“, teilte Helios- Geschäftsführer de Meo mit. Aber Kompetenz in der modernen Medizin- didaktik ist nicht so rasch zu erwerben, das weiß man in Göttingen auch. Immerhin haben einige der Bucher Ärzte durch ihre Tätigkeit für die Charité bereits Lehrer Erfahrungen, zum Teil sogar im Berliner Reformstudien- gang, sagt Frömmel. Die Fakultät legt besonderen Wert auf das gemeinsame Qualitätsmanagement und die Evalua- tion dieses Pilotsprojekts. Im Qualitäts- management (allerdings der Kranken- versorgung) sind die Helios-Kliniken führend; als erste haben sie sogar schon freiwillig ihre Daten publiziert. Für den neuen Studiengang wird es ob- jektive, beschönigungssichere Kriterien geben: Alle Zwischenprüfungen zum vergleichenden Messen des Lernfort- schritts finden gleichzeitig in Berlin und Göttingen statt, wo man sie auch auswertet. Fällt die Evaluation des „Göttinger Modells“ der Kooperation positiv aus, soll es auch auf andere Häuser übertragen werden. Darüber wird es mit Sicherheit Diskussionen geben.

Rosemarie Stein

ANZEIGE



# Tod und Sektion

Die Volkswagenstiftung fördert das interdisziplinäre Forschungsprojekt „Tod und toter Körper – Zur Veränderung des Umgangs mit dem Tod in der gegenwärtigen Gesellschaft“. Die deutsche wissenschaftsfördernde Stiftung unterstützt ausgewählte Projekte, die sich mit Schlüsselthemen der Geisteswissenschaften beschäftigen. Am 14. und 15. Juni fand im Rahmen dieses Projekts die Tagung „Tod und Sektion“ an der Technischen Universität Berlin statt.

„Unser Thema gehört, wenn man so will, aus existenziell höchst einsichtigen Gründen in die Rubrik der Schlüsselthemen nicht nur der Geisteswissenschaften: Wir beschäftigen uns mit dem Tod“, so Professor Dr. Hubert Knoblauch vom Institut für Soziologie der TU Berlin.

Wie ändern sich der gesellschaftliche Umgang mit dem Tod und seine Bedeutung in der modernen Kultur? Welche Rolle spielt der Tod in den Handlungen und im Wissen der Menschen? Wird das personale Verhältnis des Individuums zum Tod aus der gesellschaftlichen Kommunikation ausgeschlossen? Wendet sich die moderne Kultur mit ihrer immanenten Weltsicht wirklich vom Tod ab oder rückt der Tod nach langer Marginalisierung wieder in das Zentrum der Aufmerksamkeit? Welche Bedeutung haben dabei die Lebenswissenschaften und ihre Methoden?

Diese Fragestellungen bilden die Schwerpunkte in dem Forschungsprojekt, das im November 2008 seine Arbeit für eine Laufzeit von drei Jahren aufgenommen hat. Die Tagung „Tod und Sektion“ ist einer der Eckpunkte der breitangelegten wissenschaftlichen Diskussion. Zwischen Expertinnen und Experten der beteiligten Teilprojekte Philosophie (Universität Marburg), Soziologie (TU Berlin), Medizingeschichte und Medizinethik (Universitätsklinikum der RWTH Aachen) und Rechtswissenschaft (Universität Zürich) fand ein enger fachübergreifender Austausch statt. Sowohl während der Podiumsdiskussion mit dem Titel „Tod und toter Körper – Enttabuisierung oder neue Grenzen?“ als auch bei den neun Exper-

tenvorträgen wurde deutlich, wie unterschiedlich sich die beteiligten Disziplinen dem Veranstaltungsthema näherten, sich aber dennoch gegenseitig bereichern konnten.

## Virtopsie

So stellte etwa Professor Dr. Michael Thali seinen Ausführungen über „Virtopsie – Chancen und Herausforderungen für das Recht“ voran, wie erfreulich es für ihn sei, vor einem interessierten Fachpublikum verschiedenster Wissenschaftsbereiche die Erfahrungen darzulegen, die in den letzten zehn Jahren am Institut für Rechtsmedizin der Universität Bern zur virtuellen Autopsie – der Virtopsie – gemacht worden sind. Bei der „Virtopsie“ handelt es sich um eine vor allem im forensischen Bereich eingesetzte dreidimensionale, virtuelle Rekonstruktion von Körperoberflächen, dem Körperinneren sowie von Unfallhergängen und Tatwaffen. Thali legte dar, wie es mit Hilfe eines Oberflächen-scanners, der ursprünglich vor allem in der Architektur zur Anwendung kommt, der Magnetresonanz-Spektroskopie und Computer-Tomographien möglich ist, Todesursachen und Verletzungen sehr viel genauer und objektiver darstellen zu können als bei klassischen Autopsien. Das neue Verfahren könne die Autopsie ergänzen, aber nicht ersetzen. Möglicherweise werde Virtopsie aber in einigen Jahren bei der rechtsmedizinischen Untersuchung zur Routine.

## Sinkende Sektionsquote

Damit berührt Thali einen der Kernpunkte der Tagung: Inwieweit spielt der

Gedanke der körperlichen Unversehrtheit eine Rolle bezüglich der Frage nach der sinkenden Sektionsquote. Auffallend ist, dass in den verschiedensten westlichen Gesellschaften die Bereitschaft zur klinischen Sektion sinkt. Immer weniger Menschen sind bereit, den eigenen toten Körper oder den Körper von Nahestehenden einer ärztlichen Sektion bereit zu stellen. In Deutschland sind es in der letzten Zeit nur noch etwa 3 Prozent der 900.000 Toten pro Jahr. Für 2008 vermutet man womöglich nur noch 1 Prozent. Die zunehmende Scheu vor der Sektion steht in Kontrast zur öffentlichen Darstellung toter Körper, wie etwa der Popularität gerichtsmedizinischer Sektionen in Film und TV. „Ich will nicht zerstückelt werden“, sei ein vielgehörter Ausspruch.

Professor Dr. med. Michael Tsokos, Leiter des Instituts für Rechtsmedizin der Charité, wies jedoch darauf hin, dass die sinkenden Quoten nicht Ausdruck eines veränderten Umgangs mit dem toten Körper oder eines Bewusstseinswandels seien, sondern „Ausdruck des Zustands des Gesundheitssystems“. Das sei gekennzeichnet von fehlenden personellen und zeitlichen Ressourcen, Kostendruck, dem Wechsel rechtlicher Rahmenbedingungen von der Zustimmung- zur Widerspruchslösung sowie dem fehlenden Interesse der Kliniker an der Sektion.

## Bestattung

Interessant ist in diesem Kontext der Verweis auf den Vortrag „Umgang mit jüdischen Gräbern und Totenkult in Deutschland nach 1945“ von Professor Dr. Robert Jütte, Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung. Der Medizinhistoriker gab zu bedenken, dass viele unterschiedliche Vorstellungen vom Umgang mit dem Verstorbenen existieren. So spiele etwa in der christlichen Glaubensvorstellung die Integrität des Körpers keine große Rolle mehr, während sie in der jüdischen Tradition in der Halacha, die sich auf die rechtlichen Aspekte des Judentums bezieht, festgeschrieben ist. Demnach sollen die Leichenteile vollständig beim Leichnam



bleiben, die Umbettung sei ebenso wie eine DNA-Analyse verboten, denn kein Teil des Körpers soll der Bestattung entzogen werden.

## Die Leiche als Ding

In der Diskussion um den Umgang mit dem toten Körper war zuvor schon durch Dr. Rolf-Peter Lange, Verband Deutscher Bestattungsunternehmen e.V., eine wichtiger Aspekt zur Sprache gekommen. In gewissen Kontexten werde die Leiche als Ding behandelt, sagte Lange. Die Bestatter sehen sich zunehmend mit einer so genannten „Entsorgungsmentalität“ von Seiten der Angehörigen konfrontiert. Es gehe darum, ihre Verstorbenen möglichst schnell und billig unter die Erde zu bringen. Darüber hinaus unterliegt die Bestattungsbranche weiteren Veränderungsprozessen der Trauerkultur. Der Verbandsvorsitzende nennt den sinkenden Einfluss der Kirchen, die zunehmende Individualisierung, kulturelle Pluralisierung und das Aufkommen neuer Rituale. Das eigentliche Problem für den Bestatter sei die zunehmende Distanz zwischen den Angehörigen und dem Verstorbenen. Deshalb spreche er gegenüber den

Angehörigen immer von der verstorbenen „Großmutter“, mit der Absicht, Bindung herzustellen. Lange warnt vor der Gefahr der „Kulturlosigkeit“ im Umgang mit dem Tod.

## Vereinsamung

Auf ein wesentliches Problem unserer Gesellschaft macht Professor Dr. med. Wolfgang Eisenmenger, ehemaliger Vorstand des Rechtsmedizinischen Institut der LMU München (seit März 2009 im Ruhestand), in seinen Ausführungen „Quincy als Über-Ich – Medienbild und Realität der gerichtlichen Sektion“ aufmerksam. Seiner Ansicht nach verbessere sich zwar das Image des Gerichtsmediziners durch die medialen Darstellungen, bedauerlicherweise stimme die Medienwirklichkeit mit der Berufsrealität jedoch nicht überein. Letztere sei weder spektakulär, noch so sauber und steril wie in TV-Serien gezeigt. Was Eisenmenger damit meint, ist auf einigen Fotos zu sehen: so genannte „Wohnungsleichen“, also ein einsam verstorbener Mensch, der etwa zwei Jahre unentdeckt in einem Mietshaus gelegen hat sowie eine mumifizierte Leiche, die erst sieben Jahre nach dem Eintritt des

Todes aus einer Wohnungen geborgen werden konnte. Der Rechtsmediziner: „Man kann nicht im Frack und Zylinder sezieren“ sagt er und empfiehlt den Artikel „Der Tod ist irgendwie geil, oder?“ von Georg Klein zu lesen, um sich ein Bild über das zu machen, was mediale Aufmerksamkeit erregt und was nicht.

## Resümee

Die Veranstaltung an der TU Berlin konnte auf vielfältige Art und Weise zeigen, dass sich der gesellschaftliche Umgang mit dem Tod und seine Bedeutung in der modernen Kultur ändern. Neben neuen Trauerformen, einem verstärkten Erscheinen populärer Ratgeberliteratur sei beispielsweise auch ein Wandel der Bestattungsformen wie etwa Einäscherung, Urnenbeisetzung und eine Musealisierung der Friedhöfe zu beobachten, so die Experten. Noch umfassendere Untersuchungsergebnisse werden die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler 2010 vorlegen, wenn sie sich in Zürich auf einer zweiten Projekttagung begegnen werden.

Verfasserin:

Ulrike Hempel, Medizinjournalistin

# Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung!

## Bestandene Facharztprüfungen Mai bis Juni 2009\*

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum	Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Dr. med. univ. Susanne Astner	FA Dermatologie und Venerologie	24.06.09	Saleem Hefni	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	24.06.09
Iris Dorothea Bazing	FA Kinder- und Jugendmedizin	09.06.09	Dr. med. Jan Heinemeyer	FA Kinder- und Jugendmedizin	09.06.09
Dr. med. Marianne Becker	FA Kinder- und Jugendmedizin	10.06.09	Gerhard Heinz	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	03.06.09
Stefan Beller	FA Anästhesiologie	14.05.09	Dr. med. Friederike Heuck	FA Innere Medizin	27.05.09
Dietrich Bornemann	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	17.06.09	Dr. med. Beate Hohberg	FA Allgemeinmedizin	09.06.09
Dr. med. Carsten Büning	FA Innere Medizin	26.05.09	Matthias Hommel	FA Anästhesiologie	26.05.09
Dr. med. Thomas Gierpinski	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	16.06.09	Carsten Höptner	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	16.06.09
Dr. med. Thomas Czerlitzki	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	10.06.09	Dr. med. Bernd Hörnig	FA Innere Medizin	05.05.09
Dr. med. Hans-Detlef Dewitz	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	23.06.09	Dr. med. Ulrike Kähne	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	10.06.09
Dr. med. Cornelia Dietze	FA Allgemeinmedizin	09.06.09	Werner Hübner	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	02.06.09
Dima Salloum	FA Psychiatrie und Psychotherapie	11.06.09	Dr. med. Maria Hufnagel	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	24.06.09
Dr. med. Abed Domah	FA Gefäßchirurgie	17.06.09	Dominik Jasulaitis	FA Anästhesiologie	14.05.09
Dr. med. Christian Dynybil	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	10.06.09	Dr. med. Florian Jentzmik	FA Urologie	22.06.09
Dr. med. Eva Daniela Eberle	FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	05.05.09	Dr. med. Yvonne Käutner	FA Anästhesiologie	26.05.09
Dr. med. Elisabeth Eggert	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	03.06.09	Dr. med. Merle Barbara Keck	FA Neurologie	07.05.09
Dr. med. Sven Eggert	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	03.06.09	Dr. med. Christina Koch	FA Herzchirurgie	17.06.09
Alexander-Samad Fazel	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	10.06.09	Dr. med. Lydia Koch	FA Innere Medizin	05.05.09
Katrin Firlej	FA Innere Medizin	05.05.09	Steffen Kölbel	FA Urologie	22.06.09
Dr. med. Sabine Fotuhi	FA Radiologie	28.05.09	Karin Komma	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	17.06.09
Werner Fries	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	10.06.09	Jens Krumme	FA Nervenheilkunde	12.05.09
Mudather Gailani	FA Innere Medizin	26.05.09	Dr. med. Claudia Kupferschmidt	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	24.06.09
Dr. med. Hendrik Gandert	FA Anästhesiologie	30.06.09	Dr. med. Thomas Liederwald	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	24.06.09
Dr. med. Jan Gelhaus	FA Urologie	22.06.09	Dr. med. Andrea Alexandra Luckow	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	24.06.09
Dr. med. Zoltan Gerevich	FA Pharmakologie und Toxikologie	05.05.09	Dr. med. Frank Lüninghake	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	23.06.09
Dr. med. Donar Griese	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	23.06.09	Roswitha Mahr	FA Allgemeinmedizin	02.06.09
Claudia Großwendt	FA Radiologie	07.05.09	Dr. med. Richard Mai	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	02.06.09
Priv.-Doz. Dr. med. Zarko Gro- zdanovic	FA Diagnostische Radiologie	07.05.09	Dr. med. Frank Makowsky	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	16.06.09
Dr. med. Olaf Guckelberger	FA Gefäßchirurgie	17.06.09	Dr. med. Dominik Marienfeld	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	16.06.09
Dr. med. Olaf Guckelberger	FA Visceralchirurgie	30.06.09	Dr. med. Dörte Matziolis	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	17.06.09
Dr. med. Rüdiger Haase	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	09.06.09	Dr. med. Martina Möglich	FA Augenheilkunde	24.06.09
Antje Haefker	FA Anästhesiologie	26.05.09	Dr. med. Matthias Möller	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	24.06.09
Katrin Haenselt-Beifuß	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	03.06.09	Mahmoud Mosallam	FA Kinderchirurgie	30.06.09
Dr. med. Hendrik Harms	FA Neurologie	09.06.09	Annette Müller	FA Laboratoriumsmedizin	25.06.09

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Dr. med. Maike Müller	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	10.06.09
Dr. med. Dorothea Naundorf	FA Innere Medizin	26.05.09
Mieke Nitzschke	FA Anästhesiologie	14.05.09
Dr. med. Inga Osmer	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	10.06.09
Michael Otrzonsek	FA Neurologie	07.05.09
Dr. med. Aliasghar Pakzadeh	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	09.06.09
Oliver Palme	FA Innere Medizin	05.05.09
Dr. med. Dirk Pestel	FA Thoraxchirurgie	17.06.09
Dr. med. Joachim Pfeifer	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	03.06.09
Dr. med. Gerit Planitzer	FA Diagnostische Radiologie	07.05.09
Dr. med. Dirk Pollex	FA Psychiatrie und Psychotherapie	11.06.09
Dr. med. Alma Bettina Polzin	FA Innere Medizin	27.05.09
Fariba Pooryaghoti	FA Visceralchirurgie	30.06.09
Katharina Port	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	09.06.09
Dr. med. Stephan Regensburger	FA Anästhesiologie	30.06.09
Dr. med. Anja Reiß	FA Kinder- und Jugendmedizin	10.06.09
Katrin Reuter	FA Anästhesiologie	30.06.09
Holger Röblitz	FA Kinder- und Jugendmedizin	15.06.09
Dr. med. Mattias Roser	FA Innere Medizin	26.05.09
Dr. med. Ronny Rothe	FA Neurochirurgie	04.06.09
Dr. med. Bernhard Rotz	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	17.06.09
Dr. med. Georg Royl	FA Neurologie	07.05.09
Dr. med. Anne Rüggeberg	FA Anästhesiologie	14.05.09
Dr. med. Jörn Schäper	FA Anästhesiologie	26.05.09
Dr. med. Klaus-Dieter Schaser	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	23.06.09
Jessica Schelle	FA Allgemeinmedizin	09.06.09
Jürgen Scheller	FA Allgemeinmedizin	02.06.09
Katharina Schimann	FA Kinder- und Jugendmedizin	09.06.09
Dr. med. Jörg-Dieter Schlosser	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	02.06.09
Dr. med. Michaela Schlote	FA Nervenheilkunde	12.05.09
Dörte Schmakowski	FA Allgemeinmedizin	02.06.09
Dr. med. Florian Schmidt	FA Kinder- und Jugendmedizin	17.06.09
Dr. med. Ralf Schneidereit	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	02.06.09
Dr. med. Heike Schröder	FA Innere Medizin	27.05.09
Dr. med. Jörg Schröder	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	16.06.09
Dr. med. Barbara Schulze	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	17.06.09
Dr. med. Mirjam Gabriele Schumann	FA Innere Medizin	05.05.09

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Dr. med. Fabian Singbartl	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	10.06.09
Ghassan Silo	FA Kinder- und Jugendmedizin	10.06.09
Dr. med. univ. Thomas Sokol	FA Urologie	22.06.09
Jörg Sommer	FA Kinder- und Jugendmedizin	09.06.09
Dr. med. Markus Steinmetz	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	10.06.09
Dr. med. Uta Stiegler	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	02.06.09
Dr. med. Alexander Stoll	FA Neurologie	09.06.09
Piroschka Stolz-Mantey	FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	05.05.09
Dr. med. Marco Thomas	FA Allgemeinmedizin	02.06.09
Dr. med. Matthias Tregel	FA Laboratoriumsmedizin	25.06.09
Dr. med. Frank Ulrich	FA Visceralchirurgie	30.06.09
Inga Veber	FA Allgemeinmedizin	09.06.09
Dr. med. Wolfgang Vogler	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	23.06.09
Dr. med. Susanne Voigt	FA Innere Medizin	26.05.09
Dr. med. Thomas von Münster	FA Anästhesiologie	30.06.09
Carola Wabra	FA Augenheilkunde	24.06.09
Dr. med. Tina-Maria Wagner	FA Kinder- und Jugendmedizin	09.06.09
Dr. med. Guido Weiner	FA Diagnostische Radiologie	07.05.09

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

ANZEIGE

# Zum Gedenken an Wolfgang Geissler



Das erste Lehrbuch über Herz- und Gefäßkrankheiten wurde bereits vor 80 Jahren vom damals noch jungen Theodor Brugsch publiziert. Diese

Monographie hieß ab 1958, mit der 5. Auflage, Lehrbuch für Kardiologie, nicht zuletzt weil sie dann ein Kapitel über Herzkatheterisierung enthielt, die von Wolfgang Geissler am 1. Juni 1954 erstmals ausgeführt worden war. Einerseits war damit der Auftakt zur Entwicklung aller anderen Formen diagnostischer Herz- und Gefäßkatheterisierung gegeben worden, letztlich aber auch zu den vielen Varianten der Kathethertherapie, wie sie seit den 60er Jahren des vorigen Jahrhunderts an der Charité systematisch entwickelt wurden. Auf der anderen Seite war mit der Herzkatheterdiagnostik die Basis für die Kooperation mit der Herzchirurgie geschaffen worden, für die sich Geissler von Beginn an persönlich engagiert hatte, zuerst zusammen mit Linder im FU-Klinikum Berlin-Charlottenburg, wo bis 1961 immerhin fast 500 Patienten aus der DDR versorgt wurden, gefolgt von Felix u.a. an der Charité.

Geissler wurde am 30. Dezember 1924 in Siegmarsdorf, Kreis Chemnitz, geboren und starb am 12. Juni 2009 in Berlin. Nach dem Gymnasium in Annaberg-Buchholz (Erzgebirge) war er von 1942 bis 1945 im Kriegseinsatz bei der Marine gewesen, hatte aber parallel das Medizinstudium in Tübingen aufnehmen können, das er 1948 in Kiel mit der Promotion abschloss. Nach kurzer Arbeitslosigkeit gelang es ihm, eine Stelle an der Medizinischen Universitätsklinik in Rostock zu bekommen. Schon 1952 ging er aber nach Berlin, wo er nach kurzer Zeit in der Chirurgie zur ersten Medizinischen Klinik der Charité wechselte, der er bis zur Emeritierung 1989 treu blieb. Sein Interesse für die Kardiologie hatte sich durch einen Studienaufenthalt an der Knippingschen Universitätsklinik in Köln gefestigt, zu dem ihn Brugsch „privat“ delegiert hatte. Obwohl er dort hätte bleiben können, enttäuschte er seinen Chef nicht, ging zurück, machte 1955 den Facharzt für Innere Medizin, habilitierte sich 1961 mit einem kardiologischen Thema und wurde Oberarzt und Dozent.

Inzwischen hatten sich die neuen Direktoren der beiden Medizinischen Kliniken, Dutz und FH Schulz, darauf verständigt, das Potential der Kardiologie an der Charité zu vereinigen und Geissler zum Leiter der kardiologischen Abteilungen zu berufen, was die Ernennung Geisslers zum Professor mit Lehrauftrag

1965 und zum ordentlichen Professur 1969 nach sich zog. Gleichzeitig wurde er in Funktionen der Forschung berufen, zuerst in der Charité, dann für die ganze Republik und schließlich auch im Rahmen von RGW und WHO. Dies erforderte dann die regelmäßige Organisation von wissenschaftlichen Tagungen (oft auch mit internationaler Beteiligung), die in Abstimmung mit der Gesellschaft für Kardiologie und Angiologie der DDR meistens an der Charité veranstaltet wurden, und deren Höhepunkt ein Internationales Symposium on Comprehensive Care After Cardiac Surgery, d.h. über sekundäre Prävention, war, das wir 1990 in Dresden veranstalteten.

Insgesamt konnte Geissler auf mehr als 300 wissenschaftliche Publikationen, Monographien und Buchbeiträge sowie auf rund 400 Vorträge im In- und Ausland verweisen. Daneben war er Betreuer und Begutachter von zahlreichen Diplom- und Doktorarbeiten sowie Habilitationen gewesen. 1972-89 war er Fakultätsmitglied und Vorsitzender der Promotion A Kommission, 1979-88 Mitglied des Scientific Council on Cardiac Rehabilitation der Internationalen Gesellschaft für Kardiologie (ISFC), und gleichzeitig erfolgten Ehrungen durch die Humboldt Universität Berlin (1980, 1983 und 1984) sowie durch die Gesellschaften für Kardiologie und Angiologie und Rehabilitation der DDR (1984 und 1985).

Wolfgang Geissler starb am 12. Juni 2009 im Alter von 84 Jahren.

Professor Dr. med. Karl Heinrich Günther

# ANZEIGENSCHLUSS

**Ausgabe 10/2009: 07. September 2009**  
**Ausgabe 11/2009: 08. Oktober 2009**

# In memoriam Hans-Jürgen Behrend



Foto: privat

Am 5. Juni ist nach langer Krankheit der Berliner Städtälteste\* und frühere Gesundheits-senator Dr. med. Hans-Jürgen Behrend verstorben. Er war

91 Jahre alt geworden. Hans-Jürgen Behrend wurde am 12. Juni 1917 als Sohn des Hauptmanns Kurt Behrend und dessen Frau Hildegard in Danzig geboren. Nach dem Tod des Vaters zog die Mutter mit dem Kleinkind nach Berlin. Am Askanischen Gymnasium legte Hans-Jürgen Behrend die Reifeprüfung ab und schlug darauf zunächst die militärärztliche Laufbahn ein. Er studierte an den Universitäten Tübingen, Hamburg und Berlin und absolvierte hier 1941 das medizinische Staatsexamen. Seine Dissertation zum Thema „Klinischer Beitrag zu Kenntnis der Dermatostomatitis“ legte

er 1942 bei Professor Robert Gantenberg ab. Während des Krieges war Hans-Jürgen Behrend als Sanitätsoffizier in verschiedensten Funktionen tätig – unter anderem als Truppenarzt an der Ostfront. Nach Kriegsende arbeitete er zunächst als Seuchenreferent in Thüringen, kam aber bald nach Berlin zurück, wo er diese Funktion in der Deutschen Verwaltung für Gesundheitswesen in der sowjetisch besetzten Zone übernahm. Wenig später begann er, sich politisch zu engagieren und trat in Charlottenburg in die CDU ein. Dort wurde er im Dezember 1946 Bezirksrat und Amtsarzt.

Hans-Jürgen Behrend gehörte zu den Begründern der Freien Universität Berlin und setzte sich maßgeblich dafür ein, dass deren medizinischer Fakultät das Städtische Krankenhaus Westend als Universitätsklinikum zur Verfügung gestellt wurde. Auch engagierte er sich in der ärztlichen Standespolitik. Hans-Jürgen Behrend gehörte 1950 zu den Gründern des Verbandes der Ärzte des öffentlichen Gesundheitswesens in

Berlin und war von 1951 bis 1961 dessen 1. Vorsitzender. Zeitweise gehörte er auch dem Vorstand des Deutschen Medizinalbeamtenvereins an und war Mitglied im Präsidium des Deutschen Ärztetages.

Für zwei Legislaturperioden saß Behrend für die CDU im Abgeordnetenhaus von Berlin, wo er in verschiedenen Ausschüssen mitarbeitete – u.a. war er Vorsitzender des Gesundheitsausschusses. Von 1961 bis 1963 war er schließlich Gesundheitssenator von Berlin. 1977 verlieh ihm der Bundespräsident das Große Verdienstkreuz der Bundesrepublik Deutschland und 1982 wurde er zum Städtältesten\* von Berlin ernannt. Bis zu seiner Erkrankung engagierte sich Hans-Jürgen Behrend beim Diakonischen Werk, das ihn 1993 mit der Johann Hinrich Wichern-Plakette auszeichnete.

Dr. phil. Dr. med. Manfred Stürzbecher

*\*) Der Titel des „Städtältesten“ ist eine Ehrenbezeichnung des Berliner Senats. Ihn können über 60-jährige deutsche Einwohner Berlins erhalten, wenn sie mindestens 20 Jahre als Berliner Wahlbeamte oder in einem Ehrenamt der Berliner Verwaltung gewirkt haben. In der Regel soll es nicht mehr als 30 noch lebende Städtälteste geben. (Die Red.)*

ANZEIGE

# Zum Tode von Winfried Schimmel



Foto: privat

Am 13. Juli ist der Senatsrat i.R. Dr. med. Winfried Schimmel kurz vor seinem 92. Geburtstag gestorben. Als Sohn eines Baumeisters wurde er am

30. Juli 1917 in Plauen im Vogtland geboren. Im März 1937 legte er in Dresden die Reifeprüfung ab. Ab Sommersemester 1939 studierte er, unterbrochen durch Fronteinsätze, in Würzburg und Leipzig Medizin. Im August 1944 legte er in Leipzig das me-

dizinische Staatsexamen ab und promovierte. Zum Unterarzt am 1. Oktober 1944 befördert wurde Winfried Schimmel in Lazaretten eingesetzt und geriet in Leipzig am 18. April 1945 in US-amerikanische Kriegsgefangenschaft, aus der er beim Abzug der US-Armee aus Leipzig entlassen wurde.

Im Sommer 1945 kam er nach Kreuzberg, wo er im Durchgangslager Fichtebunker als Lagerarzt sowohl ambulant als auch auf einer 50-Betten-Station die Kranken zu versorgen hatte. Außerdem hatte er zehn Betten im „Hospital Liedertafel“ zu betreuen und wurde ab März 1946 zur Geschlechtskrankenfürsorge herangezogen. Auf Anordnung der Alliierten erhielt er dafür eine Kurzausbildung und wurde

Leiter der Beratungsstelle beim Landesgesundheitsamt. Bald galt Winfried Schimmel in Berlin als Experte und gehörte als Vertreter Berlins dem Vorstand der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten an. An der Akademie für ärztliche Fortbildung in Lichtenberg besuchte er den Amtsarztkurs und bestand 1951 die Amtsarztprüfung. Schimmel wechselte zum Senator für Gesundheitswesen als Referent in die Abteilung IV Sozialhygiene, wo er für die verschiedenen Sparten der Gesundheitsfürsorge zuständig war. Bei einer weiteren Umorganisation 1966 wurde er Leiter der neuen Landesimpfanstalt mit Tropenmedizinischer Beratungsstelle. Aus Gesundheitsgründen wurde Winfried Schimmel zum 1. März 1981 in den Ruhestand versetzt.

Dr. phil. Dr. med. Manfred Stürzbecher

— VERLAGSVERÖFFENTLICHUNG —



# Die Frage als Lösung des Problems

**B. Sobhani. Strategisches Management. Zukunftssicherung für Krankenhaus und Gesundheitsunternehmen. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin 2009. ISBN-10: 3939069795. 39,95 Euro.**

Zum Thema „Strategie für Unternehmen“ gibt es eine fast unüberschaubare Anzahl von Publikationen. Wozu also ein weiteres Strategie-Buch? Diese Frage stellt der Autor der vorliegenden Neuerscheinung selbst und deutet die Antwort auch gleich an, indem er das Buch vor allem den Lesern ans Herz legt, die mehr Interesse am Hinterfragen als an Rezepten haben, die überzeugt sind, dass es nichts grundsätzlich Neues geben kann, sondern nur Altes, das aus einer neuen Perspektive betrachtet wird oder die akzeptieren können, dass zwei Theorien sich widersprechen, obwohl sie beide richtig sind.

Die überzeugendste Antwort gibt aber die Lektüre selbst. In knapper und klarer Darstellung wird ein breiter Überblick über die Entwicklung der Managementtheorien und -strategien mit Angabe der jeweils wichtigsten Literatur gegeben. Damit ermöglicht Sobhani eine gute Orientierung darüber, was bisher mit

welchen Überlegungen und welchen Ergebnissen erprobt wurde. Selbstverständlich behandelt er auch allgemeine Fragen zum Unternehmensmanagement. Er stellt aber nicht nur eine Fülle von Fakten bereit, nein, er bleibt seinem Vorsatz treu und behandelt das Thema aus einem kritisch reflektierenden Blickwinkel: Er beleuchtet die verschiedenen strategischen Ansätze unter dem Aspekt ihrer Nachhaltigkeit und macht deutlich, dass viele Gesichtspunkte der aktuellen Diskussion über Strategien zur Lösung brennender Probleme im Gesundheitswesen Wiederholungen der Geschichte sind. Strategische Diskussionen könnten deutlich an Tiefe gewinnen, wenn die historischen Erfahrungen herangezogen und mit den Aufgabenstellungen der Gegenwart in Beziehung gesetzt würden. Kurzfristige Erfolge haben sich nicht selten langfristig als Flops erwiesen. Eine nachhaltige Unternehmensplanung erfordert einen breiten Blickwinkel.

Sobhani stellt seinem Werk ein Motto von Walter Rathenau voran: „*Die Erfindung des Problems ist wichtiger als die Erfindung der Lösung; in der Frage liegt mehr als die Antwort.*“ Sympathisch, dass auch er den Schwer-

punkt mehr auf das Generieren intelligenter Fragen, als auf vermeintlich einfache Lösungen legt. Die sparsame Auswahl der relevanten Literatur, die reflektierte und den eigenen Standpunkt offenlegende Bewertung der verschiedenen Strategiemodelle regt den Leser an, sich das für seine Situation Relevante zu entnehmen und kreativ anzuwenden.

Das Buch ist nicht nur für das Management großer Unternehmen interessant, sondern auch für kleinere Einheiten, wie Abteilungen oder Praxen. Es eignet sich nicht nur als Nachschlagewerk, der Autor bereichert den Leser auch mit einer philosophisch-erkenntnistheoretisch gut fundierten Nachdenklichkeit. Insgesamt also ein für einen breiten Leserkreis attraktives Buch. Es kann helfen, im Chaos der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion mit ihren verschiedenen und miteinander streitenden Lösungsansätzen aus Gesundheitspolitik und Interessensverbänden, eine fundierte Meinung zu bilden.

Professor Dr. med. Walter Burger

# Vom Abgrund zwischen Wort und Tat

Höchst befremdliche Meldungen haben wir aus dem Sommerloch gefischt: „Versicherer stützen Tabakindustrie“ oder „Katholische Pax-Bank investiert in Verhütungsmittel“. Hätte man sowas am 1.4. in der Zeitung gelesen, hätte man's für schlechte, weil allzu dick aufgetragene Aprilscherze gehalten. Es ist aber Real-satire – Fakten, verbreitet von seriösen Nachrichtenagenturen.

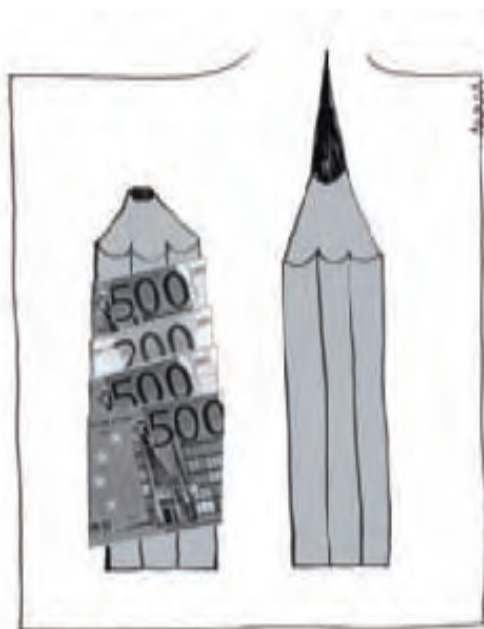
Hinter der ersten Meldung steht sogar eine im New England Journal of Medicine publizierte Studie. Danach haben große Kranken- und Lebensversicherungen in den USA, in Kanada und Großbritannien die Beiträge ihrer Mitglieder milliardenweise in die Tabakindustrie gesteckt. Allein die britische „Prudential“ hat Aktien für 1,4 Milliarden Dollar unter anderem von der British American Tobacco.

Warum machen die das? Versicherungen propagieren doch ständig Prävention – bei uns nennt sich eine große Krankenkasse sogar „Gesundheitskasse“ –, geben dafür allerdings nur einen verschwindenden Bruchteil der Krankheitskosten aus. Sie werden schon wissen, warum. Wahrscheinlich denken ihre Manager ganz und gar zynisch-ökonomisch. Prävention (wie auch Kuration!) verlängert das Leben, aber Lebensverlängerung ist krankheitsträchtig. Die Alters-Demenz ist da nur das krasseste Beispiel.

Dass Prävention nur ausnahmsweise Kosten einspart, haben Wissenschaftler spätestens in den achtziger Jahren herausgefunden. „Prävention ist mit Sicherheit kein Patentrezept der Kostendämpfung.“ So fasste 1987 Gesundheitsministerin Rita Süßmuth diese bitteren Erkenntnisse zusammen. Aber: „Früher Tod ist kostendämpfend“, titelte damals eine Ärztezeitung. Raucher sterben im Mittel acht Jahre früher als Nichtraucher.

Rein ökonomisch betrachtet, handeln die Versicherer nur konsequent, wenn sie die Tabakindustrie stützen. Aber moralisch? Das ist ein weites Feld. Nehmen wir nur mal einen Punkt: Die kriminelle Energie, mit der die Sargnägelfabrikanten durch intensive Lobbyarbeit bei Wissenschaftlern und Politikern das ihnen längst bekannte Suchtpotenzial der Zigarette jahrzehntelang leugneten und auch die Risiken des Passivrauchens herunterspielten (nachzulesen z.B. in Lancet Bd. 355, Seite 1253). Den ironischen Imperativ des alten Songs „Spiel' nicht mit den Schmuttelkindern“ haben die angelsächsischen Versicherungen missachtet.

Was Wunder, das tat ja sogar die katholische Kirche, wenn auch vielleicht nur fahrlässig, weil man cleveren Mittelsmännern nicht auf die Geld zählenden Finger guckte. Ärzte, die zu Fortbildungsveranstaltungen in der Katholischen Akademie (Hannoversche Straße) zu Gast waren, freuten sich wahrscheinlich schon mal über die tiefschwarzen, im Holz gefärbten Bleistifte mit dem Schriftzug „Pax-Bank“ auf den Tischen des Tagungssaals.



Wenigstens heißt die fromme Friedens-Bank nicht so grotesk wie ihre italienische Schwester: „Banco di Santo Spirito“ – dieser Name amüsiert auch Touristen mit nur rudimentären Italienischkenntnissen. Wo der Heilige Geist die Ersparnisse der schwarzen Schäfchen anlegt, wissen wir nicht. Zur Pax-Bank aber soviel: Trotz des allerhöchsten Verhütungsmittelverbots von „Pillen-Paule“ bis Benedikt (den man wegen gewisser Fettnäpfchen-Statements auch Maledikt nennt) hat sie nach Recherchen des Spiegels in zwei amerikanische Pharma-Konzerne investiert, die auch Kontrazeptiva herstellen. Außerdem gehören Anteile einer Rüstungsfirma in den „Pax-Balance-Fonds“.

Oder vielmehr: gehörten. Denn in christlicher Demut und Reue versuchte der Bankdirektor nicht etwa, die kirchenpolitische Incorrectness und Jambalance zu vertuschen wie überall sonst üblich. Zwar schob er die Schuld auf die beauftragte Investmentfirma, entschuldigte sich aber trotzdem sofort bei den Bankkunden (meist kirchliche Institutionen). Und er sagte etwas, was wir Presseleute fast nie zu hören bekommen. „Wir sind dankbar für die journalistische Recherche, die das nach vorne gebracht hat. So kann man solche Fehler korrigieren.“

Tatsächlich: Schon zwei Tage später hat man – Gott behüte! – die sündigen Verhüterli-Firmen mit spitzen Fingern fallengelassen, das heißt, die Wertpapiere verkauft. Und wir wollten doch schon an die subversive Absicht von Leuten glauben, die als Banker ja im Leben stehen und die an die Not der Kinderreichen zum Beispiel in Asien und Afrika eher denken als alte Zölibatäre.

Rosemarie Stein

**Berichtigung:** Der Druckfehlerteufel versteckt sich gern in Überschriften, die man beim Korrigieren kaum anguckt. Im Titel des August-Feuilletons über das Konzert des Weltärztorchesters fehlte quasi das medizinische hohe C. „Das Medicomusikalische Wunder von Berlin“ sollte es heißen.

# BERLINER ÄRZTE

9/2009 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 Piötter (Redaktionsassistentin)  
**Redaktionsbeirat:**  
Dr. med. Günther Jonitz  
Dr. med. Elmar Wille  
Prof. Dr. med. Vittoria Braun  
Dr. med. Daniel Sagebiel MPH  
**Anschrift der Redaktion:**  
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin  
Telefon 030 40806-4100/-4101, -4102, FAX -4199  
Titelbild: Sehstern, Jörg Vollmer - Fotolia.com  
S. 13: Openwater - Fotolia.com

**Hier könnte  
Ihre Anzeige  
stehen!**

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

## Zuschriften auf Chiffre-Anzeigen

bitte an:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH  
Paul-Gruner-Straße 62  
04107 Leipzig

Chiffre: .....

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 Anzeigenpreislise 2009 vom 01.01.2009.

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

ISSN: 0939-5784