

# Berliner Ärzteblatt

05/06 2005 Mai/Juni

(Rotes Blatt)

118. Jahrgang

Unabhängige Zeitschrift für Fortbildung, Gesundheits- und Berufspolitik

## Politik

KV-Ausschüsse:  
Ein grotesker Zustand

Querelen über die  
Zusammensetzung der  
Weiterbildungsausschüsse

## Praxis/Recht

Patientenverfügung:  
Was der Fall Schiavo lehrt

## Medizin

Pulmonale arterielle  
Hypertonie:  
Häufig übersehen,  
früher erkennen

Lipidtherapie:  
Dualer Angriff -  
starke Wirkung

## Fortbildungskalender

## Lebensart

**Mitmachen  
und gewinnen:  
12 x 2 Karten  
zum Classic Open Air**



## Influenza-Pandemie: Die vorhersehbare Katastrophe



Stiftungsbrief

1. Quartal 2005

## Relaunch bei Focus Online

### Die neue Arzt-Auskunft bei Focus.de und msn.de

Wenn ein Internet-Portal seine Seiten komplett überarbeitet, spricht der Fachmann von einem „Relaunch“. Dabei werden nicht nur die Inhalte, sondern vor allem Struktur, Design und Technik auf den neuesten Stand gebracht.

#### Neue Funktionalität

Einen solchen Relaunch hat das reichweitenstarke Portal Focus Online im Jahr 2004 erfolgreich hinter sich gebracht. Dort steht nun auch die Arzt-Auskunft, die seit mehr als fünf Jahren ein fester Bestandteil des Gesundheits-Channels von Focus Online ist, in neuem Design und vor allem mit optimierter, leistungstärkerer Funktionalität zur Verfügung.

Zentrale Neuerung ist die innovative CentriSearch®-Technologie, die nun in der Arzt-Auskunft bei Focus Online sowie bei dessen Partnerportal msn.de implementiert wurde: CentriSearch® optimiert die Suchalgorithmen für jede einzelne Arztsuche, so dass auch in Regionen mit unterschiedlicher Treff-

erdichte immer eine an Treffern bei maximaler Geschwindigkeit angeordnet werden. Geocodierung der Suchergebnisse ist ein weiterer Ausgangspunkt der Optimierung. Für einen schnellen Überblick über die Liste der Suchergebnisse sind reichhaltige Symbole, die den ersten Blick auf die Erreichbarkeit der



1999 hatte das Portal entschlüsselt in seinem Angebot. Damit war, z.B. bei Krankheit und Krampfanfällen, ein

Die Liste  
Sie und  
Rubrik

#### Achtung: Die Stiftung Gesundheit

Die Stiftung Gesundheit hat ihren Sitz vor  
Unsere neue Anschrift



Stiftung Gesundheit  
Behringstraße 28 a, 22765 Hamburg  
Tel. 040 / 80 90 87 - 0  
eMail: sg@arztmail.de

ISSN 1614-1156 (Print)



Stiftungsbrief

2. Quartal 2005

## Spezialisten für die Allianz-Versicherten

### Allianz Private Krankenversicherung setzt im Intranet auf die Arzt-Auskunft

Die bestmögliche Beratung ihrer Versicherten ist die tägliche Aufgabe der privaten Krankenversicherung der Allianz. Ein Baustein dabei ist das „Gesundheitstelefon“, mit dem das Unternehmen seinen Versicherten Service und Hilfe rund um alle Fragen der Genesung bietet.



Bei der Suche nach ärztlichen Experten

nutzt nun auch die Allianz Private Krankenversicherung die bewährte Arzt-Auskunft: Seit Januar 2005 hat sie den direkten Zugriff auf diese Datenbasis implementiert. Bei dieser „Professional“-Variante steht das bundesweit umfangreichste und aktuellste Ärzteverzeichnis den Ansprechpartnern am Gesundheitstelefon der Allianz Private Krankenversicherung jederzeit zur Verfügung, um die Versicherungsnehmer zu informieren.

#### Steuerung der Patientenströme

„Die Arzt-Auskunft hat sich auf Anhieb als praktikables Instrument der Patienten-Information erwiesen“, sagt Frederic Ernst, Referent im Bereich Gesundheitsmanagement der Allianz

Private Krankenversicherung. Denn alle Informationen zu den Praxen sind für die Ansprechpartner des Gesundheitstelefon verfügbar: Diagnose- und Therapieschwerpunkte, Entfernung vom Wohnort des Patienten, Sprechzeiten sowie

zahlreiche weitere Angaben. „Mit der Arzt-Auskunft Professional haben wir nun ein Navigationssystem, mit dem wir unsere Versicherten effizient beim Gesundwerden und Gesundbleiben unterstützen können“, bilanziert Ernst.

#### Heilberufler im Paket

Ein zusätzlicher Benefit für die Allianz Private Krankenversicherung entstand aus der langjährigen Kooperation der Stiftung Gesundheit mit dem Service-Portal Medizinauskunft.de: Hierdurch sind auch die Adressen von nichtärztlichen Leistungserbringern wie Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Hebammen, Apotheken und weiteren auf Knopfdruck nutzbar. Ein Service, den so nur die „Arzt-Auskunft Professional“ für Versicherungen bietet.



Dr. jur. Britta Böhme  
Vorsitzende des Medizinrechtsausschusses und Vertrauensärztin seit 2001

#### Fünf Jahre Medizin Beratungsnetz

Im Jahr 2000 startete das rechts-Beratungsnetz in Schleswig-Holstein. Die Vertrauensärztinnen und Vertrauensärzte des Netzes haben seither zahlreiche Mandanten kostenlos durchgeföhrt – mit gutem Erfolg. Zufriedenheit der Beratenen liegt bei über 80 Prozent. Die Studie in Zusammenarbeit mit der Universität Kiel belegt, dass die Vertrauensärztinnen und Vertrauensärzte klar und verständlich beraten: es werden konstruktive Ratschläge und Konfliktlösungen erteilt. Die Einschätzung freigegeben.

#### In dieser Ausgabe:

- **Ärzte: „Online-Verzeichnis wichtig“** – Internet-Verzeichnisse überzeugen
- **med-online: Arzt-Auskunft** – Marktführer durch

## Arzt-Auskunft für die Allianz-Versicherten

Bei der Suche nach ärztlichen Experten nutzt nun auch die Allianz Private Krankenversicherung die bewährte Arzt-Auskunft: Die Ansprechpartner am Gesundheitstelefon der Allianz greifen direkt auf das bundesweit umfangreichste und aktuellste Ärzteverzeichnis zu, um ihren Versicherten die passenden Spezialisten nennen zu können – samt der bei der Arzt-Auskunft registrierten Therapieschwerpunkte, Sprechzeiten und weiteren Angaben zur Praxis.

Mehr Informationen dazu finden Sie im Stiftungsbrief: Die aktuelle Ausgabe erhalten Sie bei der Stiftung Gesundheit, Behringstraße 28 a, 22765 Hamburg, 040 / 80 90 87 – 0, Fax – 555, eMail sg@arztmail.de.

Noch schneller geht's per Internet: Den Stiftungsbrief in der Online-Version können Sie unter [www.stiftung-gesundheit.de](http://www.stiftung-gesundheit.de) in der Rubrik „Stiftungsbrief“ lesen.

# Editorial

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Krankenkassen haben sich beim Vollstreckungsverfahren der Praxisgebühr geeinigt.

Für den Zeitraum 1. Januar bis 31. Dezember 2004 erstatten die Kassen der KV auf Nachweis die entstandenen Gerichtskosten. Für den Zeitraum 1. Januar 2005 bis 31. Dezember 2006 erstatten sie die Portokosten, die niedergelassene Ärzte und KVen nachweislich durch das Mahnverfahren haben. Hinzu kommen Mahn- und Vollstreckungskosten einschließlich der Gerichtsgebühren. Je Mahnverfahren der KVen zahlen die Krankenkassen eine vorläufige Aufwandsentschädigung von 3,50 Euro.

Dabei ist die Anzahl der Fälle, in denen die Krankenkassen sich zur Leistung der Erstattung verpflichten, auf maximal 0,2 Prozent aller Zuzahlungsfälle je KV beschränkt.

Ganz schön, mag mancher denken, wurde noch einmal das Schlimmste abgewendet. Das Inkassorisiko für säumige Zahler tragen letztendlich nicht die Ärzte, sondern die, denen die Gebühr zu Gute kommt: die Krankenkassen.

Dennoch, befriedigend ist die gesamte Situation längst nicht. Die Verwaltungskosten, die jedem Arzt durch die Praxisgebühr entstehen, sind kein Kleinram. Deshalb wird es Zeit, dass der Gesetzgeber die bestehenden Regelungen verbessert. Allerdings: Bis nach der vorgezogenen Bundestagswahl heißt es noch warten.

## Christian Sachse, Herausgeber

*Titelbild: Grippevirus: Die Grippe ist die älteste bekannte Epidemie. Sie breitet sich seit dem Mittelalter mit boshafter Regelmäßigkeit aus. Epidemien treten unvorsehbar und explosionsartig auf. Die weltweite Reisetätigkeit kann eine Einschleppung jedoch in jeder Erdhalbkugel fördern.*

### Berliner Ärzteblatt (Rotes Blatt)

#### Impressum:

Herausgeber: Christian Sachse  
 Verlag: Berliner Ärzte-Verlag GmbH  
 Tietzenweg 85/87, 12203 Berlin  
 Tel.030/8336066, Fax: 030/84309677  
 Geschäftsführer: Christian Sachse

#### Redaktion:

Chefredakteur: Christian Sachse (v.i.S.d.P.),  
 Raimund August (Berufspolitik)  
 Medizin: Hilmar Bierl (verantw.), Tel. 030/5098989  
 Herstellung: Johannes Mühleisen  
 Anzeigen: Torsten Sievers (verantw.)  
 Wordart GmbH, Schützenstr. 1A, 86911 Dießen  
 Tel. 08807/928912, Fax 08807/928929  
 Es gilt Anzeigenpreisliste Febr. 2005  
 Bitte beachten Sie auch S. 35

## Namen & Nachrichten

Namen & Nachrichten.....4

## Politik

Die 7. VV der KV Berlin:  
 „Ein grotesker Zustand – völlig verrückt“ .....8  
 Die 15. DV der Ärztekammer Berlin:  
 Querelen über die Zusammensetzung  
 der Weiterbildungsausschüsse ..... 10  
 Meinung:  
 Keine Angst vor „Barmer Verträgen“ ..... 12

## Praxis/Wirtschaft

Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit ..... 13

## Praxis/Recht

Patientenverfügung: Was der Fall Schiavo lehrt... 14  
 Der gemeinsam Bundesausschuss:  
 Der „kleine Gesetzgeber“ ..... 15

## Fortbildung

Fortbildungskalender ..... 16

## Medizin

Pulmonale arterielle Hypertonie:  
 Häufig übersehen, früher erkennen .....20  
 Schwangerschaft und Zahnfleischprobleme:  
 Vorsorge ist besonders wichtig .....21  
 SPECT/Spiral-CT: Neue Stufe der Diagnostik .....22  
 Diabetesepidemie: Nationales Präventionsprogramm  
 und rechtzeitige Intervention .....23  
 Erektile Dysfunktion: Was die  
 ONTARGET-Studie auch noch untersucht .....24  
 Influenza-Pandemie:  
 Die vorhersehbare Katastrophe .....25  
 3-Fragen-Interview:  
 Pimecrolimus in aktueller Expertensicht .....26  
 Herz-Kreislauf-Erkrankungen:  
 Metoprololgenerikum der 3. Generation .....27  
 Lipidtherapie: Dualer Angriff – starke Wirkung ...28  
 Hepatitis-B: Unbehandelt gefährlich .....29  
 3-Fragen-Interview:  
 An der Schwelle zur Zukunft.....30

## Lebensart

Berliner Gendarmenmarkt: Classic Open Air.....31  
 Verlosung: Gewinnen Sie 12 x 2 Karten .....32

## Stellenmarkt/Kleinanzeigen

Stellenmarkt/Kleinanzeigen .....33



Hohe Identifikation mit dem Arztberuf

**Burnout:  
Je länger der Arbeitstag, desto geringer die Zufriedenheit**

Mit wachsender Länge des Arbeitstages nimmt die Zufriedenheit der Vertragsärzteschaft mit ihrer Praxisorganisation ab. Das ist eines der Ergebnisse einer Detailanalyse zur Arbeitszeit von Vertragsärzten im Rahmen der Burnout-Studie der Brendan-Schmittmann-Stiftung des NAV-Virchow-Bundes.

Faktoren wie Alter oder Ge-

schlechtszugehörigkeit stehen in keinem Zusammenhang mit der Länge des Arbeitstages. Ein längerer Arbeitstag von acht Stunden und mehr erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass neben der ärztlichen Tätigkeit noch eine Funktion in Kammer, KV oder Berufsverband ausgeübt wird. Die Zufriedenheit mit der Praxisorganisation und mit der Zeiteinteilung nimmt

mit steigendem Umfang des täglichen Arbeitstages ab. Die Bewertung der Unterstützung durch die Helferinnen steht dagegen in keinem Zusammenhang mit der Länge des Arbeitstages.

Es besteht kein statistisch nachweisbarer Zusammenhang zwischen der Praxisform (Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft) und dem zeitlichen Umfang des Arbeitstages.

Unabhängig von der Länge des Arbeitstages artikulieren drei Viertel der befragten Vertragsärzte eine hohe Identifikation mit dem Arztberuf. Dennoch klagen sie mit einem längeren Arbeitstag häufiger über Schlafdefizite, ungenügende Zeit zur Wahrnehmung der persönlichen Interessen bzw. sich nicht genügend Zeit dafür zu nehmen. Trotzdem ist diese Gruppe nicht bereit, die Arbeitsansprüche bei starker Arbeitsbelastung abzusenken.

*Bezug: [www.nav-virchowbund.de](http://www.nav-virchowbund.de) oder Brendan-Schmittmann-Stiftung, Tel. 030 / 288 774 26, Fax: 030 / 288 774 15. Kosten: 10,00€*

**Verbesserung des ärztlichen Fehlermanagements**

Der 108. Ärztetag hat über die Vermeidung von Behandlungsfehlern diskutiert. Sach- und zeitgerecht in der Therapie sei es nicht mehr, das Entstehen von Behandlungsfehlern im Nachhinein aufzuarbeiten. Vielmehr müssen Strategien erarbeitet werden, die Verbesserungspotentiale in der Behandlungs- und Versorgungskette fördern.

Der Ärztetag sprach sich dafür aus, von der Frage „Wer war schuld?“ zu einer Frage „Was war schuld?“ zu gelangen.

In den meisten Fällen seien Behandlungsfehler nämlich ein systemimmanentes Problem und

nicht individuelle Fehler des einzelnen Arztes. Das betrifft insbesondere die Verkettung mehrerer Schwachstellen.

In Zukunft müsse man daher sein Augenmerk auf die Analyse der Schwachstellen richten, die für sich genommen einzeln selten einen Schaden beim Patienten hervorrufen, jedoch in ihrer Kombination problematisch sind.

Der Ärztetag hat sich an dem Aktionsbündnis Patientensicherheit beteiligt und wird entsprechende Aktivitäten bündeln. Den stellvertretenden Vorsitz der neuen Initiative hat Dr. Günther Jonitz übernommen.



**Dr. Günther Jonitz**

*In der Ausgabe 4 des Berliner Ärzteblattes wurde das Bild von Dr. Jonitz irrtümlich dem KV-Juristen Jolitz zugeordnet. Wir bitten den Fehler zu entschuldigen.*

**Die Redaktion**

# Bauzinsen ganz unten – Sie ganz oben!



**Sonderkreditprogramm zur Baufinanzierung für Kauf, Neubau  
oder Umschuldung Ihrer Baukredite bei anderen Banken**

Der Traum vom eigenen Heim: Wir helfen Ihnen bei der Verwirklichung, zum Beispiel mit unserem günstigen Sonderkreditprogramm zur Baufinanzierung.

## **Zinssatz: ab 3,80 % p.a.**

in Abhängigkeit vom Geld- und Kapitalmarkt  
Konditionen Stand 17. Mai 2005

### **10 Jahre fest**

### **100 % Auszahlung (Effektivzins 3,86 % p.a.\*)**

\* für 40 % des Gesamtkredites verbunden mit einer Restfinanzierung (60 %) über APO-Bank Zinscap-Darlehen.  
Minstdarlehenssumme insgesamt 100.000 Euro.  
Tilgung 2 % p.a. zzgl. ersparter Zinsen (Sondertilgung möglich) für den 40 %-igen Kreditteil.

Ihr unverbindliches persönliches Angebot und weitere Informationen erhalten Sie in Ihrer Filiale bzw. unter [www.apobank.de](http://www.apobank.de)

Wissen was zählt

**A Deutsche Apotheker-  
und Ärztebank**

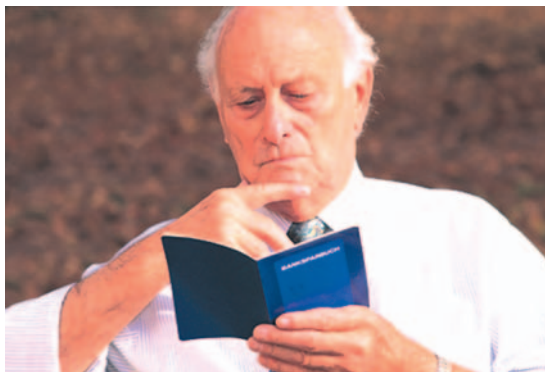
## Versorgungswerke europaweit koordiniert

Durch die Einbeziehung der Versorgungswerke in die für die sozialen Sicherungssysteme in Europa geltenden Koordinierungsvorschriften ist die soziale Sicherheit von Freiberuflern nachhaltig verbessert worden.

Das erklärte der Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen e. V. (ABV), Dr. Ulrich Kirchhoff (Hannover).

Mit der am 4. Mai 2005 im Amtsblatt der Europäischen Union veröffentlichten EG-Verordnung Nr. 647/2005 seien, so Kirchhoff, die berufsständischen Versorgungswerke in Deutschland rückwirkend zum 1. Januar 2005 in den Geltungsbereich der EG-Verordnung Nr. 1408/71 einbezogen worden.

Für Freiberufler, die in mehreren europäischen Staaten tätig sind oder tätig gewesen seien, werde durch die Neuregelung erreicht, dass Versicherungszeiten im Versorgungswerk von den anderen europäischen Trägern sozialer



**Genügend Geld im Alter: Versicherungszeiten in Europa werden berücksichtigt**

Sicherheit bei der Erfüllung von Wartezeiten und bei der Rentenberechnung berücksichtigt werden müssten.

## Teleradiologie

Das Unfallkrankenhaus Berlin (ukb) hat eine teleradiologische Verbundlösung umgesetzt, die über die Landesgrenze von Berlin und Brandenburg funktioniert und verschiedene Krankenhausträger und Technologien verbindet. Sowohl in der Notfallversorgung wie auch im Regeldienst werden Patienten aus den Orten Templin, Gransee, Kyritz und Berlin hochspezialisiert teleradiologisch diagnostiziert. Die Untersuchung wird im Computer angemeldet, am Standort im digitalisierten Gerät durchgeführt, die Bilder über eine Leitung nach Berlin übertragen und dort von Radiologen rund um die Uhr befundet. Per Telefon ist ein enger Kontakt zwischen zuweisenden Ärzten und den „Teleradiologen“ gewährleistet. So werden die rechtlich vorgeschriebenen Abläufe eingehalten.

## Bericht des Sachverständigenrates

**„Das Gutachten des Sachverständigenrats bestätigt die wichtige Bedeutung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) für die ambulante medizinische Versorgung.“**

Mit diesen Worten kommentierte Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), das neue Gutachten des Sachverständigenrats im Gesundheitswesen, das Ende Mai in Berlin der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) übergeben wurde.

Nach Köhlers Einschätzung wurden die KVen deutlich positiver wahrgenommen als in früheren Gutachten.

Der Sachverständigenrat weist darauf hin, dass die Organisatio-

nen der Vertragsärzte und -psychotherapeuten das System vor Abweichungen im Qualitätsniveau und höheren Transaktionskosten bewahre. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für die vertragsärztliche ambulante Behandlung seien deutlich unterproportional zu den gesamten Leistungsausgaben im Gesundheitswesen gestiegen. Zudem sei mithilfe einer Körperschaft des öffentlichen Rechts Beitragssatzstabilität besser zu realisieren.

Innerärztliche Interessenskonflikte könne eine KV besser schlichten als ein gewerkschaftlich organisierter Einzelverband.

Gegen den Vorwurf der Gutachter, die KVen besäßen eine schwa-

che Innovationsfähigkeit und die Qualitätssicherung sei immer noch unzureichend, verwahrte sich der KBV-Chef:

„Mehr als ein Drittel der vertragsärztlichen Leistungen sind bereits unter einem Genehmigungsvorbehalt. Sie dürfen nur erbracht werden, wenn die Ärzte über ihre Ausbildung hinaus besondere Qualifikationen nachweisen können. ‚Qualität und Entwicklung in Praxen‘ (QEP, das Qualitätsmanagementsystem der KBV für Praxen), Qualitätszirkel und das bundesweit erste fach- und sektorenübergreifende (Beinahe-) Fehlererkennungssystem zeigen sowohl die Innovationsfähigkeit, als auch die starke Qualitätsorientierung der KVen.“

## Schluss mit Rauchen

Die Deutsche Krebshilfe und das Aktionsbündnis Nichtrauchen rufen alle Raucher auf, sich vertrauensvoll an die Experten der Gesundheitsberufe zu wenden.

„Ärzte, Krankenschwestern, Hebammen, Apotheker, Zahnärzte und Psychologen können kompetente Partner auf dem Weg zu einem rauchfreien Leben sein“, so Professor Dr. Dagmar Schipanski, Präsidentin der Deutschen Krebshilfe.



Rauchen kostet in Deutschland pro Jahr rund 140.000 Menschen das Leben. Um von den schädlichen Glimmstängeln loszukommen, brauchen die meisten Menschen professionelle Hilfe. Mit ihrer Kampagne zeigen die Deutsche Krebshilfe, das Aktionsbündnis Nichtrauchen und die Bundesärztekammer, dass es Experten gibt, die Rauchern helfen, von ihrer Sucht loszukommen.

„Wir fordern, dass die Tabakabhängigkeit von den Kassen als behandlungswürdig anerkannt und entsprechend vergütet wird. Qualifizierte Angebote der Tabakentwöhnung müssen für den Raucher jederzeit leicht erreichbar sein“, betonte Professor Dr. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer.

Der Erfolg der professionellen Beratung ist belegt: Schon ein kurzes Informationsgespräch verdoppelt die Erfolgchancen des Rauchstopps.

## Medizinischen Fortschritt sicherstellen

„Innovationen müssen auch künftig in der solidarischen Krankenversicherung erbracht werden können“, erklärte der Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Wolfgang Pföhler, auf dem 4. Nationalen DRG-Forum in Berlin.

Dies sei jedoch nur möglich, wenn entsprechende Finanzierungsgrundlagen zur Verfügung stünden.

Pföhler kritisierte die massive Unterfinanzierung des stationären Sektors. In der Folge steige die Unzufriedenheit bei den Krankenhausmitarbeitern, die tagtäglich Höchstleistungen in der Krankenversorgung erbrächten und aufgrund knapper Mittel permanent an ihre Grenzen stießen. Daher müsse eine Reform der GKV-Finanzierung eine Hauptbedingung erfüllen: die Entkopplung von Gesundheitsausgaben und Lohnnebenkosten.

Gleichzeitig machte der DKG-

Präsident deutlich, dass die Kliniken bei der Umstellung auf das neue fallpauschalierende Entgeltsystem im Krankenhaus ein gutes Stück voran gekommen seien.

Allerdings benötigten die Krankenhäuser ein hohes Maß an Planungssicherheit. „Die Verlässlichkeit des DRG-Systems ist die zwingende Voraussetzung dafür, dass die derzeitige Veränderungsdynamik im Krankenhauswesen die politisch gewünschten Effekte zeigt.“

Eine Fehlsteuerung von Ressourcen oder die Zerschlagung von notwendigen und bewährten Strukturen müsse daher in jedem Falle vermieden werden, so Pföhler. Der DKG-Präsident begrüßte ausdrücklich, dass die Politik den Anpassungsbedarf erkannt und die Konvergenzphase entsprechend dem Stand der DRG-Systementwicklung angepasst habe.

### TurboMed

Praxis-EDV

### & Dr.Vetter

Ergometrie

---

**Möbius & Windisch**  
Dipl.-Phys. H. Möbius  
Tel. 030 - 28 09 85 46

[www.praxis-edv-berlin.de](http://www.praxis-edv-berlin.de)  
Kieler Str. 3, 10115 Berlin  
Lachtaubenweg 20, 13505 Berlin

- Autorisierter TurboMed System- und Servicepartner - seit 1992 -
- Schulungen (TurboMed, Dr. Vetter, Windows-Applikationen - z.B. Word, Excel)
- Zertifizierter Dr.Vetter System- und Servicepartner
- Telekommunikationsanlagen (AGFEO u.a.)
- Digitale Sonografie: z.B. mobile Ultraschallgeräte ab 9.975,00 € zzgl. MwSt.
- Netzwerkplanung und Installation
- Systemübergreifender Vor-Ort-Support (bereits ab 48,75 € zzgl. MwSt./Std.)

---

**Informieren Sie sich  
kostenfrei unter:**

0800 - 280 73 07

## Die 7. VV der KV Berlin

# „Ein grotesker Zustand - völlig verrückt...“

Auch zu Beginn dieser VV ging es noch immer um Unklarheiten hinsichtlich einer Beteiligung der in Listen organisierten Vertreter in den verschiedenen KV-Ausschüssen.

Beschwerdeführend war hierbei die Liste „Die bessere Alternative“ (530 Stimmen = 12,39% bei der letzten Wahl) unter Listensprecher und VV-Mitglied Jörg Gözl.

Gefordert wurde, dass alle Gruppierungen den Grundsätzen des hier politisch gewollten „Verhältnismäßigkeitswahlrechts“ entsprechend in jedem Ausschuss vertreten sein müssten. Forderungen und Beschwerden der Liste Gözl gingen auch der Senatsverwaltung für Gesundheit als Rechtsaufsichtsbehörde zu. In Aussicht gestellt wurde bei gewollten Verzögerungen seitens der KV

(hier des Vorsitzenden der VV der KV

Berlin) im Eilverfahren gerichtliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die Aufsichtsbehörde schloß sich weitgehend den Forderungen der Beschwerdeführer (Liste „Die bessere Alternative“) an, so dass der Satzungsausschuss aufgefordert wurde, die Satzung der KV Berlin entsprechend den Vorgaben der Senatsverwaltung umzusetzen.

Gegen die Proportionalität widersetzte sich der VV-Vorsitzende. Begründung: Das würde zu erheblichen Problemen führen.

Unter 7 Listen, die sich auch noch auf zwei Wahlkörper verteilten (Ärzte und psychologische Psychotherapeuten) gäbe es drei Listen mit nur je zwei Vertretern

höre. Im übrigen seien Grundsätze wie die „Spiegelbildlichkeit“ nur für den Bundestag entwickelt worden. Solche Grundsätze seien auf die VV einer KV nicht anzu-



Dr. Herbert Menzel: „Ich bin ja nur das Umsetzungsorgan.“

Foto: Privat

und eine Liste mit drei Vertretern. Bei einer Proportionalität müsste das die Ausschüsse so „aufblähen“, dass sie nicht mehr arbeitsfähig wären.

Zu bedenken sei dabei auch, dass nicht nur VV-Mitglieder, sondern jedes KV-Mitglied in einen Ausschuss gewählt werden könne. Auch sollten bei verschiedenen Ausschüssen und Kommissionen Kenntnisse und Erfahrungen im Vordergrund stehen und nicht, welcher Liste ein Mitglied ange-

wenden. Es gebe keinen Grund, die Wahlen zu den Ausschüssen der KV Berlin wiederholen zu lassen.

Es ist dies, könnte man meinen, ein bloßer Rechtsstreit. Doch das reicht viel tiefer. Die zum 1.1.05 verfügte Neuordnung des KV-Systems mit einer Aufwertung der Vertreterversammlung und der Abwertung eines nun hauptamtlich bestellten Vorstands, kommt einer Entmachtung der KV insgesamt durch Anwendung des Prin-

zips vom Teilen und Herrschen gleich. Einem geschwächten Vorstand steht eine dem Buchstaben nach gestärkte, in der Realität aber verwirrte, hilflose VV gegenüber, deren Funktion nicht wirklich geklärt ist.

Natürlich kann man die Vertreterversammlung nicht mit dem Bundestag vergleichen, wie das aus der Auffassung der Senatsverwaltung hervorgeht. VV-Vorsitzender Menzel beharrte denn auch darauf, die Verfahrensweise bei den Wahlen in die Ausschüsse sei nicht zu beanstanden. „Ich warte auf Ihre Weisung“, sagte er in Richtung VV. „Ich bin ja nur das Umsetzungsorgan.“ Im übrigen, erklärte er, habe man für 21.000 Euro im Jahr eine Haftungsversicherung abgeschlossen, die neben dem KV-Vorstand auch die VV erfasse.

Dem Bericht des Vorstandes war zu entnehmen, dass alles Wesentliche vor dem Schiedsamt gelandet sei oder noch landen werde, das gelte vor allem für die Honorarverhandlungen mit den Kassenverbänden. Nach Einführung des EBM 2000plus scheint es, steht auch die Verwaltung nahe vor einer Überforderung.

Zu einem anderen äußerst heiklen Thema, nämlich der Nachvergütung von Psychotherapieleistungen, fordert die KV-Vorsitzende „dass die bisher schon von den Fachärzten geleisteten Stützungszahlungen auf den alten Mindestpunktwert ebenfalls von den Kassen nachfinanziert werden.“ Diese aber stellen sich stur und wieder muß wohl das Schiedsamt ran. „Angesichts der finanziellen Dimension, um die es im Schiedsamtverfahren geht“, meinte denn auch Frau Prehn, „hoffen wir sehr, dass die unparteiische Vorsitzende sich darüber im Klaren ist, wel-

che möglicherweise gravierenden Konsequenzen für die ambulante fachärztliche Versorgung der Schiedspruch haben könnte.“

Dazu kursiert ein Papier des KV-Vertreters Rouwen, das auf die Dramatik des genannten Vorgangs Bezug nimmt, indem es darin heißt:

„Wenn wir annehmen, dass die KV tatsächlich im nächsten oder übernächsten Quartal wegen der Psychotherapiezahlungen ihre Honorarzahmung an die Fachärzte ganz oder teilweise einstellen muß, dann müssen wir schon jetzt überlegen, wie wir als Fachärzte unsere Zahlungsfähigkeit erhalten können. Das geht meines Erachtens nur über eine Begrenzung unserer Betriebskosten und das wiederum nur übers Personal.“

Einschaltung des Schiedsamts auch im Streit um den Ost-West-Versichertenstatus. Diverse Krankenkassen (z.B. die Siemens BKK) zahlen an die KV Berlin für Mitglieder, die in Berlin wohnen, aber in Brandenburg arbeiten, die niedrigere Ost-Kopfpauschale. Die Kassen wollen das Wohnortprinzip nicht gelten lassen. Der Streitbetrag beläuft sich bisher auf acht Millionen Euro. Dauerstreit gibt es auch um Strukturverträge „ambulantes Operieren.“ Auch hier erst einmal ein Scheitern bei Verhandlungen zum Honorarverteilungsvertrag. Nun aber, trotz des Scheiterns der Verhandlungen, wenigstens die bisherigen Strukturverträge zum ambulanten Operieren für ein weiteres Jahr zu verlängern, stieß längst nicht bei allen Kassen auf offene Ohren. Noch immer ist dabei das wenigste wirklich geklärt. Schließlich wurde ein Kompromißvorschlag des Vorstands zur Problematik einstimmig abgelehnt.

Zum Bericht des Vorstands meinte der Vertreter Pett: „Nach Ihren Ausführungen kann man erkennen, wie kaputt unser System ist. Wir erbringen künftig nur noch Leistungen, die mit 5,11 Cent vergütet werden.“

Auf die Frage des Vertreters Lock, ob die KV überhaupt den Sicherstellungsauftrag für krankenhausersetzende Strukturleistungen innehaben, war zu hören, dass es hier in vielerlei Fragen noch Klärungsbedarf mit den Kassen gäbe. Die Kassen seien nicht bereit, zusätzliches Geld etwa für ambulantes Operieren zur Verfügung zu stellen.

Der Vertreter Schwochow wollte wissen, ob es bereits ein Stimmungsbild gäbe, wie Kollegen, die nicht ambulant operierten, die ambulant operierenden Kollegen unterstützen wollten. Man habe noch nicht danach gefragt, antwortete KV-Vorsitzender Kraftel, könne aber davon ausgehen, dass insgesamt eine moralische Unterstützung stehe.

Der Vertreter Hoffert brachte noch das grassierende Formularunwesen (hier bei Bonusprogrammen) zur Sprache. Die AOK habe dazu ein ganzes Heft entworfen, das der Arzt ausfüllen solle. Es sei dies keine Kassenleistung. Die KV habe zwar eine Vergütung von 5,- Euro vorgeschlagen, die Kassen hätten jedoch darauf bisher nicht reagiert. Es bleibe dann nur noch die Möglichkeit, das Ausfüllen der Formulare privat zu liquidieren.

Insgesamt festzustellen bleibt: Diversen Vorleistungen der KV folgt fast nirgendwo ein Einlenken der Kassen, die dabei sind, das gesamte Geschehen endgültig zu dominieren. Wissen müssen wir, dass auch das politisch so gewollt ist.

*Raimund August*

## Die 15. DV der Ärztekammer Berlin

# Querelen über die Zusammensetzung der Weiterbildungsausschüsse

Die Weiterbildungsausschüsse und die „Änderung der Arbeitsgebiete“ stand auf der Agenda. Aber auch EU-Harmonisierung galt es zu berücksichtigen.

Da sich in den Ausschüssen größere Änderungen vollzogen, ging es nicht zuletzt um personelle Probleme, wie das ja auch vom Delegierten Volker Pickerodt deutlich gemacht wurde, indem er zu bedenken gab, dass es nicht nur um Überlastungsprobleme ginge, sondern „um ganz etwas anderes“, denn bei diesen Änderungen seien ja auch Personen betroffen.

Nur bei Berücksichtigung dieses Aspekts war ein Teil der Aufregung, in der recht abgehoben diskutiert wurde, überhaupt erst zu verstehen.

Im Antrag des Kammervorstands (Dr. Dietrich Bodenstein) hieß es: „Die Zuordnung der Bezeichnungen folgt der Weiterbildungsordnung von 2004. Entsprechend ändern sich die Zuständigkeiten und die Zusammensetzung der Weiterbildungsausschüsse der Ärztekammer Berlin.“

Die Begründung sagt u.a.: Umfangreiche Änderungen (neue Gebietsbezeichnungen, neue Zusatz-Weiterbildungen) seien vorgesehen. Insbesondere durch die Schaffung des Gebietes „Innere und Allgemeinmedizin“ sei eine Zusammenlegung der bisherigen Ausschüsse I und II zum zukünftigen Ausschuss IA/IB erforderlich.

Bodenstein bestand darauf, dies sei das Endpapier einer Diskussion. Neue Ergänzungen und Änderungen sollten deshalb unterbleiben. Es ginge nur um Zustimmung oder Ablehnung. Änderungen



**Bodenstein:**  
**Zustimmung oder Ablehnung**

seien dann für die Zukunft immer noch möglich. Der Delegierte Thierse mahnte Zustimmung an. Viele Runden lang sei diskutiert worden und „Packen von Vorschlägen wurden abgearbeitet.“

Bei zu erwartender höherer Arbeitsbelastung sprach sich der Delegierte Pickerodt für die Einführung Hauptamtlicher in die Ausschüsse aus. Es seien nur noch ca. 1,5 Jahre Zeit. Daher sollten notwendige weitere Änderungen jetzt in Angriff genommen werden. Es entspann sich schließlich ein Streit, bei dem es vordergründig um differierende Vorstellungen über die Belastung der verschiedenen Weiterbildungsausschüsse ging. Spätestens bei den Abstimmungen schienen wieder die altbekannten Fronten auf: Die Fraktion Gesundheit (Volker Pickerodt) gegen den Rest der DV

oder auch umgekehrt. Schließlich wurde der weitestgehende Vorstands-Antrag mit 20 Ja-Stimmen, 14 Nein-Stimmen und einer Enthaltung gebilligt.

Dann stand ein Änderungsantrag der Fraktion Gesundheit zur Abstimmung, indem einige Änderungen der Arbeitsgebiete der Weiterbildungsausschüsse vorgeschlagen wurden. Interessant dabei war vor allem folgende Begründung: „Änderungen der Zusammensetzung von Weiterbildungsausschüssen während einer laufenden Legislaturperiode sollten nur vorgenommen werden, wenn sie unabweisbar sind, zumal, wenn erhebliche personelle Umsetzungen der Ausschüsse erforderlich werden. Weiterbildungsausschüsse beraten und beschließen als Gesamtausschuss über die zu verhandelnden Anträge. Im Lauf einer Legislaturperiode erwerben alle Ausschussmitglieder eingehende Kenntnisse auch von Gebieten und Bezeichnungen, die sie selber nicht führen. Die hier vorgeschlagene Änderung des Vorstandsantrags bedeutet keine zahlenmäßige Verschiebung, wenn die geschätzten Zahlen zugrunde gelegt werden und hat den Vorteil der Beibehaltung einer Kontinuität in der Ausschussarbeit. Die Ärztekammer bedarf der engagierten Mitarbeit der ehrenamtlich tätigen Kolleginnen und Kollegen in den Ausschüssen und deren erworbenes Fachwissen.“

Wie zu erkennen, geht es auch hier nicht zuletzt wieder um den Erhalt von Personalien zwecks „Kontinuität in der Ausschussarbeit.“ Dazu beantragte der Delegierte Grüneisen geheime Abstimmung. Bei 15 Ja-Stimmen, 19 Nein-Stimmen und einer Enthaltung verfiel der Änderungsantrag der Ablehnung.

In einem „1. Nachtrag zur Neufassung der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin“ seitens des Vorstands (Bodenstein) hieß es hinsichtlich der Facharztbezeichnung „Facharzt/Fachärztin für Innere und Allgemeinmedizin“, diese dürfe nur in der Form Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin geführt werden.

Die Bezeichnung Facharzt/Fachärztin für Innere und Allgemeinmedizin sei erst nach dem Tag der Veröffentlichung einer von der Bundesrepublik Deutschland (EWG- und EG-Richtlinie) notifizierten Mitteilung über den Ersatz der bisherigen Bezeichnung zu führen.

Von der Europäischen Kommission gefordert ist eine eindeutige begriffliche Zuordnung eines Arztes mit der „spezifischen Ausbildung in der Allgemeinmedizin“ innerhalb eines jeden EU-Mitgliedsstaates.

Weiter heißt es in der Begründung zum Nachtrag, die Europäische Kommission wird die derzeit in Deutschland bestehende Situation, nach der es in der „spezifischen Ausbildung in der Allgemeinmedizin mehrere Bezeichnungen gibt...“, nicht akzeptieren.

Zu einem späteren Zeitpunkt, heißt es weiter, sei eine Umwandlung der Bezeichnung „Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin“ in die Bezeichnung „Facharzt/Fachärztin für Innere und Allgemeinmedizin“ möglich. Voraussetzung dafür sei, dass diese Umwandlung in allen Bundesländern der Bundesrepublik Deutschland zum gleichen Zeitpunkt erfolge.

Dieser Nachtrag stieß aber allgemein auf Ablehnung, z.B. beim Delegierten Grüneisen, der Absetzung und Neueinsetzung beantragte und Hoffert, der vorschlug, dem Nachtrag nicht zuzustim-

men, da er lediglich ein Etikettenschwindel sei. „Eine Facharztbezeichnung, die wir gar nicht führen können, ist abwegig.“

Die Hälfte der Länder hielt sich nicht an das, was in Rostock beschlossen worden sei. Die anderen hätten den Allgemeininteressen.

Vizepräsident Wille erklärte schließlich, der Nachtrag müsse abgestimmt werden, damit die Weiterbildungsordnung in Kraft treten könne. Man einigte sich mehrheitlich auf eine Vertagung.

Schließlich wurde zum nicht unumstrittenen Vorstandsantrag

„Zuordnung der Arbeitsgebiete der Weiterbildungsausschüsse“ bei zwei Nein-Stimmen und 4 Enthaltungen ein Ergänzungsantrag der Fraktion Gesundheit gebilligt, in dem es hieß:

„Eine Arbeitsgruppe aus hauptamtlichen und ehrenamtlichen Mitgliedern berät im verbleibenden Verlauf der Legislaturperiode die Anzahl, den Verantwortungsbereich und die Arbeitsweise der Weiterbildungsausschüsse in der nächsten Legislaturperiode“ – als dritten Absatz an den Vorstandsantrag angefügt.

*Raimund August*

## Satzungsänderung der Berliner Ärzteversorgung

„Nach europäischem Sozialversicherungsrecht gibt es keine Beitragsüberleitungen zwischen verschiedenen Altersversorgungssystemen. Vielmehr behält jeder Versicherte seine Versicherungszeiten in dem jeweiligen System, die dann zugunsten der Versicherten gegebenenfalls zusammengerechnet werden, wenn nur dadurch ein Rentenanspruch in den bei Eintritt eines Leistungsfalls betroffenen europäischen Alterssicherungssystemen gegeben ist.“

Das heißt aber auch, dass die Versorgungswerke in das europäische Sozialversicherungssystem einbezogen werden. Hier wird dann schon für den Sonderausgabenabzug der Rentenversicherungsbeiträge die vom „Alterseinkünftegesetz“ geforderte „Vergleichbarkeit“ mit den Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) hergestellt.

Bei Beibehaltung von Beitragserstattungen der zur Verminderung der Steuerlast bedeutungsvolle Sonderausgabenabzug der Rentenversicherungsbeiträge würde nach dem „Alterseinkünftegesetz“ für alle Mitglieder des entsprechenden Versorgungswerkes entfallen.

„Durch den Wegfall der Beitragserstattungsmöglichkeit“ heißt es, können vermehrt sogenannte „Mini-Renten“ entstehen. Abgefunden werden können solche „Mini-Renten“ nur noch, wenn sie den Wert von 1% der jeweiligen monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV nicht überschreiten.

Mit dem „Europäischen Sozialversicherungsrecht“ setzt eine schleichende Vergesellschaftung, eine Gleichschaltung der Altersversorgungssysteme ein, die sehr wahrscheinlich eines nicht sehr fernen Tages die Versorgungswerke gänzlich vereinnahmen wird.

Meinung

## Keine Angst vor „Barmer Verträgen“ - 140er Vertrag schont den Hausarzt

Mit der „Integrierten Versorgung“ existiert erstmals ein Modell, das politisch gewollt das „Versorgungsmonopol“ der KVen unmittelbar berührt.

Jeder weiß, dass alle politischen Parteien im Lande das „Versorgungsmonopol“ aufgebrochen sehen wollen. Die „Integrierte Versorgung“ ist ein tieferer Einschnitt, als das so manchem bisher klar geworden zu sein scheint. Hier hat sich ein Zug in Bewegung gesetzt, der erst noch Fahrt aufnehmen wird. Diesen Zug besteigt man klugerweise rechtzeitig und freiwillig. Passagiere sind neben Ärzten und Kassen auch Krankenhäuser und Apotheken.

Dieser Einschnitt ins bisher geschlossene Versorgungssystem birgt durchaus Gefahren für die Freiberuflichkeit niedergelassener Ärzte. Ein solcher Vertrag ist ein Angebot. Man kann das als Eintritt in eine Liberalisierung verstehen, die noch weiter greifen wird. Ein Angebot also, das richtig verstanden, seitens der Ärzteschaft nicht ausgeschlagen werden dürfte, will man nicht heraufbeschwören, dass sich in diesen geöffneten Bereich kommerzielle Unternehmen drängen, denen Ärzte lediglich als Strohmannen dienen. Die Freiberuflichkeit wäre gefährdet. Dagegen werden auch KVen keinen Schutz mehr bieten.

Freiheit ist mit der Qual der Wahl verbunden, fordert also Entscheidungen. Das haben viele Ärzte inzwischen begriffen und versuchen diesen neuen Freiraum etwa über Netzstrukturen und Genossenschaften in-

novativ zu nutzen. Auch private Kliniken und kommunale Krankenhäuser nehmen lukrative Chancen wahr. So war es denn für den Hausärzterverband (BDA) an der Zeit, mit einem Integrationsvertrag, einem sogenannten Barmer-Vertrag, nach § 140 den Sprung auf den Zug nicht zu verpassen, solange er bei der vorerst geltenden 1%-Grenze noch möglich ist. Dazu meinte der Kollege Wolf-Rüdiger Boettcher (Vorstandsmitglied im BDA Berlin-Brandenburg): „Dieser Vertrag ist der Beginn einer neuen Welt in der hausärztlichen Versorgung. Es ist ein erster bundesweiter Vertrag zu einer hausarztbasierten Versorgung mit gleicher Bezahlung in Ost und West, nicht nach Punkten, sondern in festen Beträgen in Euro und Cent.“

Wichtig ist auch, dass alle Hausärzte an so einem Vertrag nach § 140 ff. des SGB V teilnehmen können, ohne von den Kassen selektiert zu werden, dies wäre jedoch bei Verträgen nach § 73 c möglich. Dort können sich Kassen geeignete „qualifizierte“ Ärzte herausuchen.

Erstmals wird für Hausärzte Geld aus vorab von den Kassen Abgezweigtem zurückgeholt - ca. 65% des Geldes aus dem stationären Sektor. Ein echter Zugewinn! Interessant auch, dass Krankenkassen nach § 140 a Verträge über eine Leistungssektoren übergreifende oder interdisziplinär fachübergreifende Versorgung ab-

schließen können. Finanziert wird der Vertrag aus dem Finanzpool für die integrierte Versorgung, worüber die Kassen autonom entscheiden dürfen; der Beginn eines tatsächlichen Wettbewerbs zwischen den Kassen. Gespeist wird dieser Pool (1%) aus Mitteln der Gesamtvergütung für ambulante und stationäre Versorgung.

Für Fachärzte gibt es im Barmer-Vertrag eine Öffnungsklausel. Dem Hausärzterverband ist klar, dass Fachärzte langfristig mit eingebunden werden sollen. Also liebe Fachärzte: nicht Angst ist angesagt, sondern der Wille sich mit in diesen Zug zu begeben.

Laut KBV-Vorsitzendem Köhler gibt es etwa 300 Integrationsverträge für Fachärzte und Krankenhäuser. Doch ist, wiederum laut Köhler, der Barmer-Vertrag der einzige, der das Geld zu den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen bringt. Immerhin kann jeder teilnehmende Kollege mindestens 30 Euro im ersten Jahr zusätzlich bei Barmer-Versicherten verdienen, falls er am Barmer-Vertrag teilnimmt. Auch teilnehmende Patienten sparen bis zu 30 Euro Praxisgebühr im Jahr 2005.

Bei zwischen 5 und 7 Millionen Arbeitslosen ist es völlig klar, dass das Beitragsaufkommen der Krankenkassen eher sinken als steigen wird. Das trifft natürlich auch auf die KV-Honorare zu. Ein Abwärtstrend zeichnet sich bei den Honoraren der KV Berlin ab. Der Fallwert sank bei abnehmender Zahl der Hausärzte in Berlin zwischen den Quartalen 4/03 von 46,18 Euro und 4/04 auf 45,65 Euro. Nur mit Verträgen wie dem Barmer-Vertrag (§ 140) lässt sich dieser Abwärtstrend langfristig stoppen. Verpassen wir die Zukunft nicht!

**Wolfgang Kreischer**

## Hauptstadtkongreß 2005

# Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit

Wie sieht die Perspektive der Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit aus? Und wie wollen Ärzte selbst die Zukunft ihrer Praxen gestalten? Mit diesen Fragen befasst sich die Studie „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit“, die die Stiftung Gesundheit gemeinsam mit dem Marktforschungsunternehmen GfK initiiert hat. Die Ergebnisse werden nun auf dem Hauptstadtkongress in Berlin (15. – 17. Juni 2005) vorgestellt.

Ein zentrales Ergebnis der Studie ist, dass Werbung und Marketing inzwischen für niedergelassene Ärzte ein wichtiges Thema geworden ist. „Noch vor wenigen Jahren war der Begriff ‚Werbung‘ für Praxen tabu“, erinnert sich Dr. Peter Müller, Vorstand der Stiftung Gesundheit. „Hier haben sich die Zeiten geändert - nicht zuletzt durch die inzwischen anerkannte Differenzierung zwischen reklamehafter Anpreisung und sinnvoller Patienten-Information.“

Dass Praxis-Marketing sinnvoll und notwendig ist, bestreitet heute in der Ärzteschaft kaum noch jemand: Mehr als zwei Drittel der befragten Ärztinnen und Ärzte halten Werbemaßnahmen für ihre Praxis für wichtig; acht Prozent der Befragten haben sogar ein spezielles Marketing-Budget für ihre Praxis eingeplant. Und die Aktivität von Ärzten wird sich in diesem Bereich noch verstärken: „Werbung wird im ärztlichen Bereich als eine Form des Praxismarketings in Zukunft deutlich an Bedeutung gewinnen“, sagen 65 Prozent der befragten Mediziner.

Wie die Studie zeigt, konzentrieren sich derzeit die Marketing-Strategien der meisten Praxen noch darauf, den bisherigen Patientenstamm an die Praxis zu binden – beispielsweise durch Visitenkarten und im Wartezimmer

ausliegendes Informationsmaterial. Der Trend geht jedoch dahin, mehr in die Gewinnung neuer Patienten zu investieren. Als Goldstandard hierfür hat sich das Internet etabliert: „Das Internet ist mittlerweile bei vielen Menschen für die Themen Medizin und Gesundheit Informationsmedium Nummer eins“, berichtet Bärbel Matiaske vom Marktforschungsunternehmen GfK. Rund 55 Prozent der Deutschen verfügen heute über Zugang zum Internet, pro Woche erreicht das Medium knapp 30 Millionen Menschen – und insbesondere für Patienten ist es zum beliebtesten Recherchemedium avanciert.

Nicht ohne Grund messen Ärzte daher der Präsenz in Online-Verzeichnissen mittlerweile eine größere Bedeutung zu als der

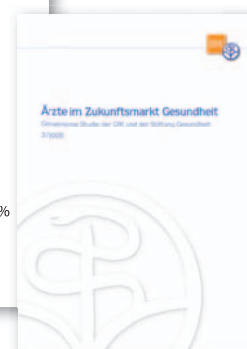
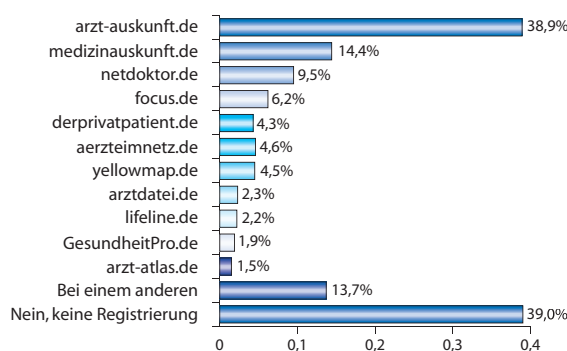
herkömmlichen Anzeige im Branchenbuch:

Im Rahmen der Studie gaben 61 Prozent der befragten Ärzte an, in mindestens einem Online-Ärzte-Verzeichnis registriert zu sein. Bei der Auswahl des Anbieters spielen dabei sowohl der Bekanntheitsgrad und die Verbreitung des Verzeichnisses als auch kostenlose Eintragungsmöglichkeiten eine wesentliche Rolle.

Bei den bevorzugten Online-Verzeichnissen erreicht die Arzt-Auskunft (www.arzt-auskunft.de) der Stiftung Gesundheit bei den befragten Ärzten klar den ersten Platz: Bereits 38,9 Prozent der Ärzte gaben an, sich dort aktiv registriert zu haben. Zusammen mit den zahlreichen Kooperationspartnern (unter anderem Focus.de, GesundheitPro.de, Netdoktor.de, Medizinauskunft.de etc.) des Verzeichnisses erreicht die Arzt-Auskunft sogar einen Gesamtanteil von 80 Prozent. Das Verzeichnis umfasst rund 220.000 Adressen zu mehr als 1.000 Therapieschwerpunkten.

Die Ergebnisse der Studie können als PDF-Datei im Internet unter [www.stiftung-gesundheit.de](http://www.stiftung-gesundheit.de) (Rubrik Presseservice/Studien) heruntergeladen werden.

Haben Sie sich bei einem der folgenden Online-Verzeichnisse registrieren lassen?



## Patientenverfügung

# Was der Fall Schiavo lehrt

Die amerikanische Tragödie um Terri Schiavo wirft die Frage auf, wie der Fall in Deutschland entschieden worden wäre.

1990 erleidet die 26-jährige Terri Schiavo einen Herzstillstand, der zu einer Unterversorgung ihres Gehirns mit Sauerstoff führt. Ihr Großhirn wird massiv geschädigt; sie fällt in ein Wachkoma. In den folgenden 15 Jahren wird ihr Schicksal Gegenstand von über einem Dutzend Gerichts- und zweier Gesetzgebungsverfahren. Nachdem ihre Magensonde entfernt wird, stirbt sie am 31. März 2005.

Diese amerikanische Tragödie wirft die Frage auf, wie der Fall der Terri Schiavo in Deutschland entschieden worden wäre. Das allgemeine Persönlichkeitsrecht gibt jedem Patienten das Recht, medizinische Eingriffe abzulehnen, selbst wenn dies aus medizinischer Sicht unvernünftig ist. Jeder ärztliche Eingriff ist juristisch gesehen ein Eingriff in die Rechtsgüter des Patienten.

Aus diesem Grund bedarf jede medizinische Behandlung einer Einwilligung. Eine solche kann ausdrücklich oder in schlüssiger Form (also konkludent) erfolgen. Das Problem bei einem Patienten im Wachkoma ist, dass dieser einwilligungsunfähig ist. Deshalb versucht man, auf eine frühere Willensbekundung des Patienten zurückzugreifen. Eine Patientenverfügung kann eine solche frühere Willensbekundung darstellen, wenn sie den eingetretenen Fall abdeckt, d.h. aus ihr genau erkennbar ist, was bei welchem Krankheitsfall zu tun oder zu unterlassen ist.

Allgemeine Verfügungen sind nicht ausreichend. Es ist davon

auszugehen, dass eine Vielzahl der existierenden Patientenverfügungen nicht bestimmt genug ist. An sie wäre ein Arzt oder ein Gericht nicht gebunden.

Der Bundesgerichtshof (Beschluss vom 17. März 2003 – XII ZB 2/03) hat entschieden, dass bei einem Patienten mit apallischem Syndrom und schweren Gehirnschädigungen, der genau für die-



### Was ist der Wille des Patienten?

sen Fall in seiner Patientenverfügung die Ernährungseinstellung bestimmt hatte, die Magensonde zu entfernen ist, wenn dies der Betreuer beantragt und die Patientenverfügung durch das Vormundschaftsgericht überprüft wurde.

Terri Schiavo hatte keine Patientenverfügung. Deshalb haben die US-Gerichte auf ihren mutmaßlichen Willen abgestellt. Auch in Deutschland würde ein Gericht auf den mutmaßlichen Willen abstellen. Hierbei sind frühere mündliche Äußerungen des Patienten ebenso zu berücksichtigen wie seine religiösen Überzeugungen, seine persönlichen

Wertvorstellungen und seine altersbedingte Lebenserwartung. Objektive Kriterien, insbesondere die Beurteilung einer Maßnahme als „normal“ oder „vernünftig“, haben keine eigenständige Bedeutung und können lediglich als Anhaltspunkte dienen.

Ein Arzt darf in Deutschland auf lebensverlängernde Maßnahmen wie Beatmung oder künstliche Ernährung verzichten, wenn das Grundleiden des Patienten irreversibel ist, einen tödlichen Verlauf angenommen hat und der Tod in kurzer Zeit eintreten wird.

Die Besonderheit bei einem Wachkomapatienten ist, dass das Merkmal der Todesnähe fehlt. Jedoch sind im Rahmen der Prüfung der mutmaßlichen Einwilligung eines Wachkomapatienten erhöhte Anforderungen zu stellen (BGH, Beschluss vom 17. März 2003 – XII ZB 2/03; BGH, Urteil vom 13. September 1994 – I StR 357/94). Im Zweifel hat der Schutz des menschlichen Lebens Vorrang vor den persönlichen Überzeugungen des Arztes oder der Angehörigen.

Patienten im Wachkoma mit schwersten cerebralen Schädigungen, die keine Patientenverfügung verfasst haben und über deren mutmaßlichen Willen die Angehörigen streiten, sind immer Grenzfälle. Der Fall der Terri Schiavo hätte deshalb auch deutsche Gerichte vor Probleme gestellt. Auch die Bundestagsdebatte vom 10. März 2005 über eine rechtliche Regelung der Patientenverfügung spiegelte das Problem des amerikanischen Falles wider:

Welche Form und welche Reichweite soll der Wille des Patienten haben?

**Christopher Liebscher, LL.M.,  
Meyer-Köring v. Danwitz Privat,  
Kronenstraße 3, 10117 Berlin,  
Tel. (030) 206298-6**

## Der gemeinsame Bundesausschuss

### Der „kleine Gesetzgeber“

Es ist eine der Besonderheiten der gesetzlichen Krankenversicherung, dass der Gesetzgeber sich darauf beschränkt, einen gesundheitspolitischen Rahmen vorzugeben und die Ausfüllung dieses Rahmens der gemeinsamen Selbstverwaltung überlässt. So soll eine alltagspraktische Umsetzung der politischen Vorgaben erreicht werden.

Höchstes Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung ist der durch das GMG zum 01.01.2004 errichtete Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Träger des G-BA sind die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, sowie die Bundesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft und die Verbände der Ersatzkassen.

Der G-BA hat in erster Linie die Aufgabe, durch Richtlinien die Rahmenvorgaben des Gesetzgebers auszufüllen und zu konkretisieren, welche ambulanten oder stationären Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Aufgrund dieser weit reichenden Kompetenzen wird er auch als „kleiner Gesetzgeber“ bezeichnet.

Bei Erlass dieser Richtlinien kann er die Erbringung und Verordnung von Leistungen oder Maßnahmen einschränken oder ausschließen, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind.

Die Richtlinienkompetenz des G-BA ist insbesondere auch für die ambulante ärztliche Versorgung von großer Bedeutung: Gemäß § 135 Abs. 1 SGB V dürfen neue Untersuchungs- und

Behandlungsmethoden zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht werden, wenn der G-BA



in Richtlinien eine Empfehlung u.a. über den diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit abgegeben hat.

Mit anderen Worten: Der G-BA entscheidet im Bereich der ambulanten Versorgung über die Einführung neuer Methoden und bestimmt damit ganz wesentlich den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung. Es dürfen nur die Methoden vom Arzt angewandt und vom Versicherten beansprucht werden, die der G-BA ausdrücklich anerkannt hat. Alle anderen Methoden scheidet von vornherein aus, sowohl solche, die der G-BA abgelehnt hat als auch die, die er noch nicht geprüft hat.

Auch im Hinblick auf die Versorgung mit Arzneimitteln hat der G-BA weit reichende Kompetenzen: Grundsätzlich sind nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind § 34 Abs. 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen. Ausnahmen von dieser Regel legt der G-BA in

der so genannten OTC-Präparatelliste fest, in der aufgeführt ist, welche nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten, zur Anwendung bei diesen Erkrankungen mit Begründung vom Vertragsarzt ausnahmsweise verordnet werden können.

Der G-BA kann zudem Arzneimittel auch durch Richtlinien ausschließen. Gemäß § 31 Abs. 1 Satz 4 SGB V ist dann nur ausnahmsweise eine Verordnung zu Lasten der GKV zulässig. Schließlich bestimmt der G-BA auch, für welche Gruppen von Arzneimitteln Festbeträge festgesetzt werden können.

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Richtlinien haben den Charakter untergesetzlicher Normen, sie gelten für die gesetzlichen Krankenkassen, deren Versicherte und die behandelnden Ärzte sowie andere Leistungserbringer verbindlich. Sie sind zudem gesetzlicher Bestandteil der Bundesmantelverträge und Maßstab der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Die Richtlinien des G-BA betreffen dabei jedoch nicht nur die „hohe Politik“ und grundsätzliche Fragen, sondern haben aufgrund ihrer gesetzlich angeordneten Verbindlichkeit direkte Auswirkungen auf die tägliche Arbeit der Vertragsärzte. Dies gilt umso mehr, als sie auch im Rahmen eventueller Wirtschaftlichkeitsprüfungen von entscheidender Bedeutung sein können.

*Dr. iur. Melanie Arndt,*

*Christoph Altmiks*

*Ehlers, Ehlers & Partner,*

*Meinekestraße 13, 10719 Berlin,*

*Tel.: 030/ 887 12 60*

# Ärztlicher Fortbildungskalender

Für die Mitteilungen tragen die Veranstalter die Verantwortung, die Redaktion übernimmt nur die presserechtliche Verantwortung.

Zur Meldung Ihrer Fachfortbildungsveranstaltungen downloaden Sie bitte den Meldebogen unter [www.berliner-aerzteverlag.de/fortbildung](http://www.berliner-aerzteverlag.de/fortbildung) und senden diesen ausgefüllt per Email an [fortbildung@berliner-aerzteverlag.de](mailto:fortbildung@berliner-aerzteverlag.de). Vielen Dank!

## Berliner Psychoanalytisches Institut e.V. Karl-Abraham-Institut

### Balintgruppen für Ärzte und Klinische Psychologen

Referent: Dr. med. Michael Mühlinghaus  
Datum: 14-tägig mittwochs, 20.30-22h  
Ort: Körnerstr. 11, 10785 Berlin  
Gebühr: 220,-€/Semester  
Auskünfte: Tel. 030/2655 4918, Fax -19

## Brandenburgische Akademie für Tiefenpsychologie und analytische Psychologie e.V.

### Psychoanalyse Aus-/Weiterbildung

### Psychotherapie Aus-/Weiterbildung für Ärzte und Psychologen

### Vorlesungszyklus Psychotherapie/Tiefenpsychologie

Leitung: Dr. med. Roger Kirchner  
Datum: einmal monatlich  
Ort: St. Johanneshaus, Cottbus, Adolph-Kolping-Str. 16  
Gebühr: 2.000,- €/Kurs Ärzte, 9.000,- € Psychologen  
Sonstiges: 224 Punkte f. ärztl. Weiterbildung, 600 Pkte. für psychol. Ausbildung

### Vorlesungszyklus Psychoanalyse

Leitung: Dr. med. Roger Kirchner  
Datum: einmal monatlich  
Ort: St. Johanneshaus, Cottbus, Adolph-Kolping-Str. 16  
Gebühr: 1.500,- €/Jahr (5 Jahre)  
Sonstiges: 600 Punkte für Ärzte und Psychologen (Theorie)

### Gesprächstraining zur Patientenbetreuung

Leitung: Dr. med. Roger Kirchner, Dr. med. Karin Walz  
Datum: Sa., nach Anforderung  
Ort: St. Johanneshaus, Cottbus, Adolph-Kolping-Str. 16  
Gebühr: 120,- €/16 UE/2 Tage  
Sonstiges: 16 Punkte für Ärzte und Psychologen

### Psychosomatische Grundversorgung

Leitung: Rainer Suske  
Datum: auf Anfrage  
Ort: Cottbus  
Gebühr: 1.000,- €/Kurs (ca. 80h)

## Balintgruppenarbeit

Leitung: Dr. med. Roger Kirchner  
Sonstiges: 4 Punkte für Ärzte und Psychologen  
Auskünfte: Tel. 0355/472845, Fax 0355/472647

## C.G. Jung-Institut Berlin e.V.

### 51. Balint-Marathon für Kollegen aller Fachrichtungen

Datum: 5./6.8.05  
Gebühr: 185,-€  
Anmeldefrist 29.7.05  
Auskünfte: Dr. C. Torge-Decker, Tel. 030/7070 1158, Fax -59, [todecker@gmx.de](mailto:todecker@gmx.de)

## Charité Universitätsmedizin Berlin Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie

### Berliner Forum Epidemiologie und Sozialmedizin

### Globalisation and Changing Disease Patterns

### Colloquium in Honour of Professor em. Dr. Schelp

Referenten: Prof. Dr. S.N. Willich, Prof. Dr. R. Brennecke, Prof. Dr. H. Hoffmeister, Prof. em. Dr. J.C. Baltazar, Prof. em. S. Saowakontha, Prof. Dr. P. Singhasivanon  
Datum: 6.7.05, 15-19h  
Ort: Hörsaalruine des Berliner Medizinhistorischen Museums, Campus Charité Mitte, Schumannstr. 21/22, 10117 Berlin

## Charité Universitätsmedizin Berlin Campus Benjamin Franklin

### Fortbildung der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie

### Ist Psychotherapie und Psychotherapie bei Somatisierungs- und Schmerzpatienten kombinierbar?

Leitung: Prof. Dr. H.-C. Deter  
Referent: Prof. Dr. H.-C. Deter, Dr. Britta Dorn, Bernd Bergander  
Datum: 21.6.05, 19h  
Ort: Hörsaal West, Charité, Campus Benjamin Franklin, Berlin  
Auskünfte: Tel. 030/8445 3996, Fax -4590

## Deutsche Gesellschaft für ärztliche Hypnose und autogenes Training, Landesstelle Berlin

### Autogenes Training II

Referent: Dr. Silvia Schmidt  
Datum: 23./24.7.  
Gebühr: 260,-€

### Hypnose II

Referent: Dr. A. Bürmann-Plümpe  
Datum: 13./14.8.  
Gebühr: 260,-€

### Progressive Muskelentspannung nach Jacobson II

Referent: Dr. Silvia Schmidt  
Datum: 20./21.8.  
Gebühr: 260,-€

### Hypnose I

Referent: Dr. A. Bürmann-Plümpe  
Datum: 3./4.9.  
Gebühr: 260,-€

### Hypnose III

Referent: Dr. A. Bürmann-Plümpe  
Datum: 17./18.9.  
Gebühr: 260,-€

### Progressive Muskelentspannung nach Jacobson II

Referent: Dr. Silvia Schmidt  
Datum: 24./25.9.  
Gebühr: 260,-€  
Ort: Praxis Dr. Bürmann-Plümpe, Hildegardstr. 31, 10715 Berlin  
Auskünfte: Tel. 030/8552 400, Fax 8550 6065

## Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin Dr. Karl-Sell-Ärztseminar

### Kurs III - Manuelle Medizin für Ärzte

Referenten: Dr. Hartmann, Dr. Thiele, Dr. Lawall  
Datum: 15.-18.9. und 22.-25.09  
Ort: Berlin  
Gebühr: Mitglieder 555,-€, Nichtmitglieder 675,-€  
Auskünfte: Sekretariat der M.W.E., Tel. 07562/97180

## Prof. Dr. H. Eichhorn

### Psychosomatik-Kurs

Datum: ab 17.09., Sa./So.  
Ort: Berlin-Mitte  
Sonstiges: Begrenzte Teilnehmerzahl  
Auskünfte: Tel. 033841/30172, Fax 033841/30173

# AUSTRALIA THE WINE.

LIGHTFOOT

2004 MYRTLE POINT  
CABERNET SAUVIGNON

# LIGHTFOOT THE DISCOVERY.

REINSORTIGER CABERNET SAUVIGNON.  
GEWACHSEN AUF TERRA ROSSA ÜBER KALKSTEIN.  
IM KÜHLEN SPÄTSOMMER 2004 LANGSAM GEREIFT.

TYPISCH, MIT BEERIGER FRUCHT.  
KRAFTVOLL, MIT 14,3%ALC.

AUSGEBAUT MIT FRANZÖSISCHER EICHE  
VON KELLERMEISTER BEN TYLER,  
ZULETZT MIT SEINEM SHIRAZ 2003 VON  
AUSTRALIENS FÜHRENDEM WEINKRITIKER  
JAMES HALLIDAY AUF DEN 2. RANG  
DER AUSTRALISCHEN WEINE GESTUFT.

VON NUR 6.000 FLASCHEN Á 0,75L STEHEN NOCH  
1.500 ZUM VERKAUF IN DEUTSCHLAND BEREIT.

BEFRISTETE SUBSKRIPTION FÜR  
ABONNENTEN DES BERLINER ÄRZTEBLATTES.  
[WWW.FORSTER-SPECIALTIES.DE/MYRTLE](http://WWW.FORSTER-SPECIALTIES.DE/MYRTLE)

HENDRIK FORSTER  
AUSTRALIAN SPECIALTIES  
SCHATZBERGSTRASSE 5A  
86911 DIESSEN/AMMERSEE  
TEL/FAX 08807 206731  
[MAIL@FORSTER-SPECIALTIES.COM](mailto:MAIL@FORSTER-SPECIALTIES.COM)  
[WWW.FORSTER-SPECIALTIES.COM](http://WWW.FORSTER-SPECIALTIES.COM)



Seit 1985 die Vertrauensmarke für beste,  
100% naturreine ätherische Öle und Naturkosmetika.

**Jetzt neu:**

**AQUAROMA® - Die Weltneuheit für Duftbrunnen und Duftobjekte**  
100% naturrein, wasserlöslich, stets frisch und fein im Duft.

**Neumond Lavendel fein AOC bio**  
Das beste Lavendelöl der Welt, AOC- zertifiziert, in reinsten Bio-Qualität.



(Werbeaktion: Versandkostenfreie Lieferung per Rechnung innerhalb Deutschlands.)

**Fordern Sie jetzt Ihre Gratisprobe „Lavendel fein AOC bio“ und weitere kostenlose Informationen an.**

**Lavendel fein AOC bio  
Ihre Gratisprobe steht für Sie bereit!**

**Neumond · Düfte der Natur GmbH**  
Gewerbegebiet 2  
82399 Raisting

Telefon: 0 88 07-940 800  
Fax: 0 88 07- 940 870

[www.neumond.de](http://www.neumond.de)  
[www.aquaroma.de](http://www.aquaroma.de)

**AQUAROMA® Die Weltneuheit für gesunde Raumluft**

Ein einzigartiges, 100% naturreines Aromakonzentrat ermöglicht jetzt eine optimale Beduftung mit fast allen Duftgeräten die ohne Kerzenlicht betrieben werden. Ob in Duftsteinen, Luftbefeuchtern, Ventilatoren, Thermo-Duftobjekten oder einfach nur in einer Wasserschale auf der Heizung: AQUAROMA® Duftkompositionen verteilen schnell und gleichmäßig ein feines Aroma im ganzen Raum. Durch die wissenschaftlich nachgewiesenen antiseptischen Eigenschaften der ätherischen Öle reinigen Sie „ganz nebenbei“ die Luft von Krankheitserregern.

**Jetzt gibt es die idealen Düfte für alle Zimmerbrunnen**

In AQUAROMA® sind die guten, 100% naturreinen ätherischen Öle von Neumond mit einem speziellen Feinfilter- und Veredelungsverfahren **wasserlöslich zubereitet**. Das stets frische AQUAROMA® gibt seinen feinen Duft direkt an das Wasser ab und verdunstet dadurch leichter, effektiver und rückstandsfrei.

**Endlich Schluss mit „dicker Luft“:**

**AQUAROMA® „Atemfrei“**  
mit Cajeput und Eukalyptus wirkt erfrischend, reinigt die Raumluft und schützt in der Erkältungszeit vor Ansteckung.

**AQUAROMA® „Vital“**  
mit frischen und zitronigen Duftkomponenten wirkt anregend und stärkend, macht vital und fördert die Lebensfreude.

**AQUAROMA® „Wellness“**  
mit feinen Lavendel- und Holzdüften entspannt das Gemüt, hilft den Stress zu lösen und stärkt das Wohlbefinden.



**Duftbrunnen „Venezia“**  
aus hochwertiger Keramik, dreistufig, blau glasiert, mit elektrischer Wasserpumpe, 21cm hoch, 19cm breit



**Aus Ihrem aktuellen Angebot bestelle ich**

- 3 AQUAROMA®-Düfte** (je 50ml Atemfrei, Vital, Wellness) nur € 25,50
- Duftbrunnen „Venezia“** (Keramik, dreistufig, blau glasiert) nur € 59,00
- AQUAROMA® Komplett-Paket** (Duftbrunnen „Venezia“ und 3 AQUAROMA®-Düfte-Set) statt € 84,50 nur € 65,00

**Bitte schicken Sie mir kostenlos und unverbindlich**

- meine Gratisprobe Neumond Lavendel fein AOC bio**
- das aktuelle Neumond Produktjournal**
- die AQUAROMA®-Broschüre**

Praxisstempel:

**Institut für analytische  
Kinder- und Jugendlichen-  
psychotherapie im Förderverein  
für Kleinianische Psychoanalyse  
und Weiterentwicklungen e.V.**

**Weiterbildung in TfP /analytische  
PT für Ärzte (Pädiatrie/Kinder- und  
Jugendpsychiatrie)**

**Ausbildung zum Kinder- und  
Jugendlichentherapeuten in  
analytischen Verfahren für Psycholo-  
gen, Dipl.- (Sozial)-Pädagogen  
(staatlich anerkannt)**

**Zusatzqualifikationen für PP,  
ÄP in analytischer KJPT,  
zertifizierte Fortbildungen,  
Säuglings- und Kleinkind-  
beobachtungen**

Ort: Berlin  
Auskünfte: Dienstag 15-17h  
Tel./Fax 030/2790 8947,  
apb-kinderinst@gmx.de

**Institut für  
Medizinische Diagnostik  
Laboratoriumsmedizin**

**1. Oxidativer Stress - Stellenwert  
in der Diagnostik und Therapie-  
überwachung ausgewählter  
Erkrankungen**

**2. Neue Antibiotika**

Referenten: Prof. Dr. med. J. Gross,  
Prof. Dr. med. W. Handrick  
Datum: 15.6., 19h  
Ort: Institut für Medizinische  
Diagnostik, Nicolaistr. 22,  
12247 Berlin-Steglitz,  
Hörsaal, 2. Etage  
Auskünfte: Tel. 030/77001 400

**Institut für Psychosomatik  
und Psychotherapie (IPP)  
Postdam-Babelsberg e.V.**

**Der heilsame Umgang mit Scham:  
Wiederholung des 1. Teiles**

Referent: Dipl. Psych. Dr. Maarten  
Datum: 19.-21.8.  
Ort: IPP, Potsdam  
Gebühr: 260,-€

**Trauma & Struktur:  
Frühe Traumatisierung &  
Konzepte zur Strukturentwicklung,  
Übertragung & Trauma**

Referent: Priv. Doz. Dr. R. Hochauf  
Datum: 17./18.6.  
Ort: IPP, Potsdam  
Gebühr: 240,-€  
Auskünfte: Tel. 0331/7487 208, Fax -09  
institutipp@yahoo.de

**Institut für Psychotherapie e.V.  
Berlin**

**Psychoanalytische und psychothera-  
peutische Aus- und Weiterbildung  
Informationsveranstaltung**

Datum: 7.9., 19.30h  
Ort: IfP, Goerzallee 5, 12207 Ber-  
lin  
Auskünfte: Tel. 030/8418 6767,  
Mi. 19-20h,  
if.psychotherapie@berlin.de  
www.ifp-berlin.de

**Institut für Tropenmedizin Berlin**

**Grundkurs Reisemedizin**

Referent: PD Dr. Thomas Jelinek  
Datum: 22./23.10. und 19.20.11.,  
4 Tage  
Gebühr: 430,-€

**Refresherkurs Reisemedizin**

Referent: PD Dr. Thomas Jelinek  
Datum: 26.11.  
Gebühr: 120,-€

Ort: Alte Aula, DRK-Klinikum  
Westend  
Auskünfte: Tel. 030/3011 6701, Fax -10

**Kaiserin-Friedrich-Stiftung**

**9. Wiedereinstiegskurs für Ärztinnen  
und Ärzte nach berufsfreiem  
Intervall**

Datum: 9.-20.1.2006  
Ort: Kaiserin-Friedrich-Haus  
in Berlin-Mitte  
Gebühr: 850,-€  
Sonstiges: 80 Stunden ärztliche Fort-  
bildung und Vermittlung  
eines Hospitationsplatzes,  
Voraussetzungen: mindes-  
tens zweijährige Berufs-  
pause, mindestens zwei-  
jährige frühere ärztliche  
Tätigkeit.  
Anmeldefrist 31.10.05

**77. Klinische Fortbildung für haus-  
ärztlich tätige Allgemeinmediziner  
und Internisten**

Leitung: Prof. Dr. med. Jürgen  
Hammerstein  
Datum: 5.-10.9.05  
Ort: Kaiserin-Friedrich-Haus in  
Charité-Viertel und Berli-  
ner Krankenhäuser  
Gebühr: 590,-€  
Sonstiges: Anmeldefrist 12.8.05

**78. Klinische Fortbildung für haus-  
ärztlich tätige Allgemeinmediziner  
und Internisten**

Leitung: Prof. Dr. med. Jürgen  
Hammerstein  
Datum: 28.11.-3.12.05  
Ort: Kaiserin-Friedrich-Haus  
Gebühr: 590,-€  
Auskünfte: Tel. 030/3088 8920,  
Fax -26,  
kfs@kaiserin-friedrich-  
stiftung.de,  
www.Kaiserin-Friedrich-  
Stiftung.de

**Klinikum Brandenburg  
Frauenklinik**

**Aktuelle Probleme in der  
gynäkologisch-geburtshilflichen  
Sonographie**

Referenten: Prof. Dr. Bollmann,  
PD Dr. Baier,  
Prof. Dr. Chaoui,  
PD Dr. Eichhorn,  
Prof. Dr. Faber, Dr. Hille,  
Dr. Seefried, PD Dr. Tunn  
Datum: 3.9., 9-17h  
Gebühr: 75,-€  
Auskünfte: OA Dr. Dalicho,  
Tel. 03381/41 1402,  
Fax 41 1409,  
dalicho@klinikum-  
brandenburg.de

**Paritätisches Krankenhaus  
Lichtenberg**

**Transsexualismus, Möglichkeiten  
und Grenzen**

Leitung: Prof. Dr. med. habil.  
K. Gellert  
Referent: Prof. Dr. med. D. Elling  
Datum: 8.9., 15h  
Ort: Oskar-Ziethen-Krkhs., Spei-  
sesaal, Eingang Hubertusstr.

**Aktueller Algorithmus  
der Reanimation**

Leitung: Prof. Dr. med. habil.  
K. Gellert  
Referent: M. Reinhold  
Datum: 22.9., 15h  
Ort: Oskar-Ziethen-Krkhs., Spei-  
sesaal, Eingang Hubertusstr.

**1. V.A.C. Kongress Berlin  
Modernes Wundmanagement -  
Indikationen und Erfahrungen**

Leitung: Prof. Dr. med. habil.  
K. Gellert  
Datum: 24.9., 9-16h  
Ort: „Alte Pumpe“, Lützowstr.  
42, 10785 Berlin  
Gebühr: 20,-€  
Auskünfte: Tel. 030/5518 2311, Fax -12

**SONO PRO MEDICO**

**Aufbaukurs  
Mammasonographie und  
Radiologische Mammadiagnostik**

Referent: Priv. Doz. Dr. med. Dipl.  
phys. Teubner  
Datum: 16./17.07.

**Grundkurs  
Sonographie des Abdomens**

Referent: Dr. med. Boldt  
Datum: 16./17.07.

Ort: Gesundheitszentrum des  
Krankenhauses Porz am  
Rhein, Urbacher Weg 25,  
51149 Köln-Porz  
Sonstiges: Ermäßigung für  
arbeitslose Ärzte  
Auskünfte: Tel. 02236/66067,  
Fax 63499,  
institut@SonoProMedico.org

## Pulmonale arterielle Hypertonie

### Häufig übersehen, früher erkennen

Die pulmonale arterielle Hypertonie (PAH) wird oft erst bei bereits fortgeschrittenen Gefäßveränderungen und eingeschränkter Herzfunktion diagnostiziert. Mehr Aufmerksamkeit ist deshalb bei Risikopatienten (z.B. bei familiärer Disposition, Kollagenosen, angeborenem Herzfehler, HIV-Infektion) geboten.

Auch die PAH-Weltkonferenz von Venedig 2003 fordert bei allen Sklerodermie-Patienten (auch ohne akute Symptomatik) ein jährlich zu wiederholendes echokardiografisches PAH-Screening. „Latente Formen der PAH können durch die Stressechokardiografie erkannt werden“, berichtete Prof. Dr. med. Georg Ertl, Würzburg anlässlich eines Pressegesprächs der Actelion Pharmaceuticals Deutschland GmbH Anfang April. Je früher die Diagnose gestellt wird, desto eher können die Patienten von einer effektiven Therapie profitieren. Mit dem oralen, dualen Endothelin-Rezeptor-Antagonisten Bosentan steht eine Therapieoption mit kausalem Wirkansatz zur Verfügung, der die Prognose und die Lebensqualität der Betroffenen verbessert.

Ertl formuliert drei grundlegende Anforderungen zur diagnostischen Herangehensweise:

1. Erkennung von potenziellen Patienten als Grundlage für eine gezielte Überweisung zur echokardiografischen Abklärung und ggf. Einleitung weiterer diagnostischer Maßnahmen.

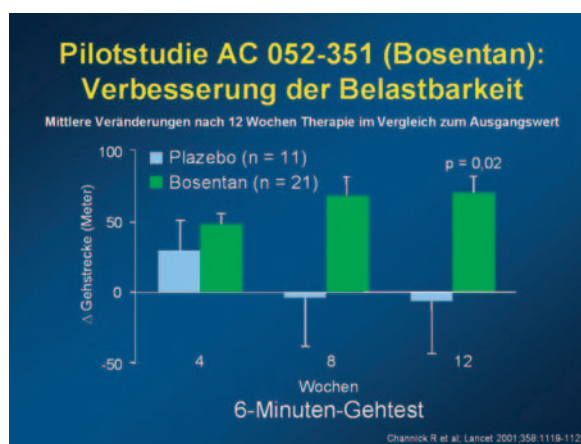
2. Abschätzung des Schweregrades der PAH und Abgrenzung möglicher Grunderkrankungen (v.a. bei assoziierten PAH-Formen) als Basis für evtl. weiterführende ambulante fachärztliche Betreuung oder Klinikeinweisung.

3. Verlaufskontrolle als Grundlage für eine zeitnahe Adjustie-

rung der therapeutischen Maßnahmen in Abhängigkeit von der individuellen Krankheitsprogression.

Insbesondere aber sei die Früherkennung in hohem Maße abhängig, so Ertl, „von der systematischen Einbeziehung der Diagnose PAH in das diagnostische Prozedere verschiedener Fachdisziplinen“. Ertl nannte hier die Allgemeinmediziner, Internisten, Dermatologen, Rheumatologen, Pulmologen und Kardiologen.

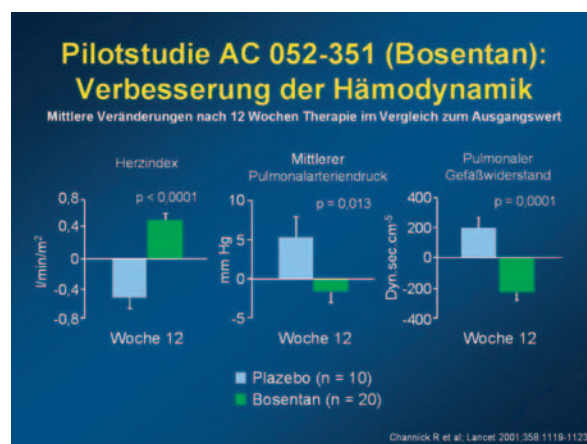
In diesem Zusammenhang erläuterte er, dass „der gezielte Einsatz der Echokardiografie als nicht-invasive Maßnahme, die im Vergleich zur Röntgendiagnostik des



Thorax, der Lungenfunktionsprüfung oder dem EKG für die Diagnostik der PAH eine gute Sensitivität und Spezifität aufweist“, v.a. bei Belastungsdyspnoe ohne Hinweis auf Grunderkrankungen und bei PAH-Risikogruppen in-

diziert ist. Allerdings sollte sehr bald ein spezialisiertes Zentrum kontaktiert werden, da auch bei allen verfügbaren Möglichkeiten die PAH-Diagnose „Ergebnis einer subtilen Ausschlussdiagnostik ist“, die jedoch im ambulanten Bereich kaum in allen erforderlichen Teilen zu leisten ist.

Prof. Dr. med. Marius M. Hoepfer,



Hannover, erklärte, dass der Botenstoff Endothelin (ET-1) als „ein zentraler Mediator der PAH identifiziert“ werden konnte. Je höher die ET-1-Konzentration im Blut ist, desto schwerer ist die Erkrankung und umso schlechter fällt die Prognose aus. Hier setzt der orale, duale Endothelin-Rezeptor-Antagonist Bosentan (Tracleer) mit seinen antihypertrophischen, antifibrotischen, antiinflammatorischen sowie den akut vasokonstriktorisch hemmenden Eigenschaften.

Bereits die frühe Pilotstudie 352 (n=32) hatte gute Behandlungsergebnisse beim 6-Minuten-Gehtest und der körperlichen Belastbarkeit, aber auch günstigen Einfluss auf das Herzzeitvolumen, den mittleren pulmonalen arteriellen Druck, den Gefäßwandwiderstand sowie den Borg-Dyspnoe-Index gezeigt. In der nachfolgenden BREATHE-1 Studie wurden diese Wirkungen bestä-

tigt. In der nachfolgenden BREATHE-1 Studie wurden diese Wirkungen bestä-

tigt, was 2002 zur Zulassung von Bosentan in Europa führte.

Unter der Bosentan-Therapie kann eine „signifikante Verlängerung der Zeit bis zur klinischen Verschlechterung“ erreicht werden, was die prognostisch relevante Bedeutung des Präparates

unterstreicht. Hoepfer resümierte, dass Bosentan die PAH-Behandlung entscheidend verbessert habe und inzwischen in internationalen Leitlinien mit dem höchsten Evidenzgrad beurteilt und für die First-Line-Therapie von PAH-Patienten im NYHA-Stadium III

empfohlen werde. Zudem belegen erste publizierte Ergebnisse der weltweit größten Studie zur Lebensqualität von PAH-Patienten, der australischen VITAL-Studie (n=177), eindrucksvoll eine Verbesserung der Lebensqualität unter Bosentan-Therapie.

## Schwangerschaft und Zahnfleischprobleme

### Vorsorge ist besonders wichtig

Ich bin schwanger. Ein Sprichwort sagt, man verliert einen Zahn pro Kind. Was kann ich dagegen tun?

meridol Forschung: Oft haben werdende Mütter mit Zahnfleischproblemen zu kämpfen. Vorsorge ist deshalb besonders wichtig. Denn das Risiko einer Zahnfleischentzündung (Gingivitis) ist während der Schwangerschaft deutlich erhöht.

Nahezu alle schwangeren Frauen sind davon betroffen. Gleich zu Beginn der Schwangerschaft empfiehlt sich deswegen ein Besuch in der zahnärztlichen Praxis. Dort kann sich der Zahnarzt ein Bild vom Zustand des Zahnfleisches machen, die Zähne reinigen und möglichen Zahnstein entfernen.

Damit ist ein wichtiger Grundstein für die tägliche Mundhygiene gelegt. Anschließend sollte die Schwangere durch ein intensives Pflegeprogramm dafür sorgen, dass Zähne und Zahnfleisch auch unter den besonderen hormonellen Bedingungen der Schwangerschaft gesund bleiben.

Was geschieht während der Schwangerschaft mit dem Körper? Aufgrund der erhöhten Konzentration des Hormons Progesteron während der Schwangerschaft werden auch die Gefäße von

Zahnfleisch und Mundschleimhaut erweitert. Die Gewebe werden durchlässiger für die von den Plaque-Bakterien freigesetzten Giftstoffe. Bereits geringe Mengen an Plaque können dann zu Entzündungen am Zahnfleischsaum führen.

Plaque ist für das Zahnfleisch gefährlich. Durch eine umfassende Zahnpflege lassen sich Schäden jedoch verhindern. Damit Plaque dem Zahnfleisch nicht zusetzen kann, muss sie regelmäßig und gründlich entfernt werden. Ideal ist Zähneputzen nach jeder Mahlzeit, zumindest aber morgens und abends nach dem Essen.

Weil das Zahnfleisch besonders empfindlich ist, sollten Schwangere zum Zähneputzen nur eine weiche Zahnbürste mit mikrofeinen Borstenenden verwenden (z.B. die meridol Zahnbürste). Mit ihr wird der Zahnfleischsaum gründlich und gleichzeitig schonend gereinigt.

Die Zahnpasta sollte spezielle plaque- und entzündungshemmende Eigenschaften besitzen und die Regeneration von gereiztem Zahnfleisch fördern. In Ergänzung zum täglichen Zähneput-



**Empfindliches Zahnfleisch von Schwangeren: Nur weiche Zahnbürste verwenden**

zen bietet sich eine alkoholfreie Mundspül-Lösung auf Basis von Aminfluorid/Zinnfluorid an. Sie wirkt dauerhaft gegen Bakterien, ohne aber die Mundflora aus dem Gleichgewicht zu bringen. Sollten Sie trotz aller Vorsichtsmaßnahmen Anzeichen für eine schwangerschaftsbedingte Gingivitis feststellen, dann suchen Sie schnell Ihren Zahnarzt auf. Denn je früher eine Entzündung behandelt wird, desto besser.

## SPECT/Spiral-CT

## Neue Stufe der Diagnostik

Das europaweit erste SPECT/Spiral-CT zur exakteren Diagnose von Krebs- und Herzerkrankungen hat das Universitätsklinikum Erlangen offiziell in Betrieb genommen. Das Uni-Klinikum gehört damit zu den beiden ersten Kliniken der Welt, die das neue Kombigerät klinisch einsetzen. Das Berliner Ärzteblatt sprach mit Prof. Dr. Torsten Kuwert, Direktor der Nuklearmedizinischen Klinik.

*Sie setzen als eine der ersten Kliniken der Welt im Universitätsklinikum Erlangen ein SPECT-CT ein. Was ist das Besondere an diesem System?*

Prof. Kuwert: Das Besondere an diesem System ist, dass in einem Untersuchungsgang die mit der Röntgencomputertomographie und der nuklearmedizinischen Computertomographie SPECT erhaltenen Bilder punktgenau überlagert werden können. Hierdurch lassen sich die Stärken beider Verfahren kombinie-

ren. Für die Röntgencomputertomographie besteht diese Stärke in dem hohen räumlichen Auflösungsvermögen und der guten Darstellung der Körperstruktur; für die SPECT ist die Stärke die Empfindlichkeit im Substanznachweis und damit die Möglichkeit, Stoffwechselfvorgänge sichtbar zu machen, ihre Schwäche ist ihr mangelndes räumliches Auflösungsvermögen.

*Für welche Untersuchungen setzen Sie das SPECT-CT ein?*

Prof. Kuwert: Die SPECT/Spi-



Prof. Dr. Torsten Kuwert

ral-CT-Untersuchung wollen wir insbesondere bei den Tumorzintigraphien, den Knochenszintigraphien und den Herzsintigraphien einsetzen.

*Was sind Ihre bisherigen Erfahrungen damit?*

Prof. Kuwert: Unsere bisherigen Erfahrungen zeigen, dass der neue Ansatz der getrennten Durchführung beider Verfahren durch die exakte Fusionsmöglichkeit der Bilddaten deutlich überlegen ist.

*Welche Vorteile sehen Sie für den behandelnden Arzt?*

Prof. Kuwert: Der behandelnde Arzt macht eine bessere, aber auch eine schnellere Diagnostik. Während getrennte Untersuchungen in der Regel an zwei verschiedenen Tagen durchgeführt werden müssen, lässt sich diese Untersuchung im Kombinationsgerät innerhalb einer Stunde absolvieren.

*In welche Weise profitiert der Patient von der neuen Technologie?*

Prof. Kuwert: Der Patient profitiert natürlich von der genaueren Diagnostik, zum zweiten allerdings auch vom kürzeren Untersuchungsgang.



Das Symbia TruePoint SPECT-CT von Siemens Medical Solutions kombiniert funktions- und strukturbezogene Diagnoseverfahren. Bisher konnten SPECT- und CT-Untersuchungen nicht in diagnostischer Güte miteinander kombiniert werden. Patienten wurden in der Regel an zwei Tagen an

zwei verschiedenen Geräten untersucht und erhielten am dritten Tag das Untersuchungsergebnis. Mit dem neuen SPECT-CT geschieht dies nun innerhalb einer Stunde. Die flächigen SPECT-Bilder können mit den CT-Schichtbildern überlagert werden, so dass der Arzt submillimetergenau erkennen kann, an welchen Stellen im Körper Erkrankungen vorliegen. „Damit haben wir in der Nuklearmedizin in der Diagnose einen Sprung vom cm- in den mm-Bereich gemacht“, sagt Prof. Kuwert. Die Verschmelzung der funktionellen Sensitivität eines SPECT-Systems mit den detaillierten anatomischen Informationen der diagnostischen Mehrschicht-CT stellt die Diagnostik weltweit auf eine neue Stufe.

## Diabetesepidemie

# Nationales Präventionsprogramm und rechtzeitige Intervention

Angesichts der dramatisch steigenden Prävalenz und des daraus resultierenden steilen Kostenanstieges zählt die konsequente Prävention des Typ-2-Diabetes zu den wichtigsten Herausforderungen der modernen Medizin.

Zentraler Punkt der Ausführungen von Dr. Peter Schwarz, Dresden, war die „schwerwiegende medizinische, soziale und ökonomische Herausforderung“, die sich trotz großer Fortschritte in der Diagnostik und Therapie des Typ-2-Diabetes (D.m.) allein aus den hochgerechneten Fallzahlen der Zukunft ergeben wird.

Er verwies in diesem Zusammenhang darauf, dass vor der Diabetesdiagnose bereits ein symptomfreies Intervall mit Hyperglykämien von bis zu 15 Jahren besteht und in Anbetracht des fehlenden kurativen Ansatzes in der Behandlung nur eine erfolgreiche Primärprävention die Chance bietet, die abzusehende Diabetesepidemie einzudämmen.

In großen Studien habe sich eindeutig gezeigt, dass durch konsequente Lebensstilintervention im Frühstadium der Erkrankung bei fast 60% der Betroffenen die D.m.-Manifestation verhindert bzw. zumindest erheblich verzögert werden konnte. Voraussetzung ist allerdings, prädisponierte Personen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko rechtzeitig zu identifizieren.

Generell aber geht es darum, so Schwarz, jetzt angesichts der weltweit rasanten Problementwicklung entscheidende Weichenstellungen zu treffen, um „über eine Forcierung der primären, sekundären und tertiären Diabetesprävention schrittweise zu einem

nationales Diabetespräventionsprogramm zu gelangen“.

Als Chairman der Veranstaltung betonte Prof. Hellmuth Mehnert, München, dass in erster Linie die prognostisch wichtigen Zielwerte v.a. für den HbA<sub>1c</sub> und den Nüchternblutzucker strikt einzuhalten sind. Dazu seien wirksame Antidiabetika „in vielen Fällen früher einzusetzen“ und

bewährte Kombinationen wie z.B. Metformin (Glucophage) und Nateglinide (Starlix) konsequenter als bisher zu nutzen.

Gleichzeitig müsse in Betracht gezogen werden, dass das kardiovaskuläre Risiko häufig durch

eine Dyslipidämie mitbestimmt wird und deshalb eine konsequente medikamentöse Therapie z.B. durch ein Statin plus ein Nicotin-Präparat wie Niaspan (Nicotinsäure) zur Normalisierung des HDL- und LDL-Cholesterins sowie der Triglyzeride dringend in das Präventionskonzept einbezogen werden sollte.

Von einer solchen Kombination profitieren, wie die sog. ARBITER-2-Studie gezeigt hat, v.a. KHK-Pa-

## Kombinationstherapie des Typ 2-Diabetes

Jede Monotherapie hat nur eine begrenzte Wirkung

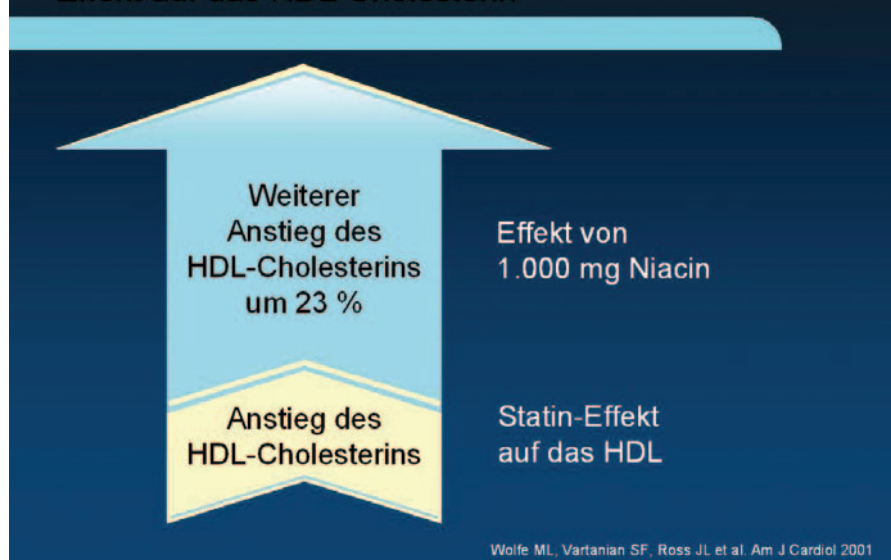
→ So früh wie möglich sinnvoll kombinieren



→ Die optimale Kombination ist Metformin + Nateglinide

tienten mit niedrigem HDL-Cholesterin. Anders als bei schnell resorbierbaren Nikotinsäurepräparaten werden unter Niaspan keine negativen Auswirkungen auf die Diabeteseinstellung beobachtet.

## Kombination von Niacin und Statin: Effekt auf das HDL-Cholesterin



## Erektile Dysfunktion

# Was die ONTARGET-Studie auch noch untersucht

Im Visier der ONTARGET-Studie steht die Reduktion kardiovaskulärer Ereignisse. Daneben werden die Ergebnisse aber auch Aufschluss darüber geben, ob der AT1-Blocker Telmisartan auch günstige Effekte auf die endotheliale und damit auch auf die erektile Dysfunktion hat.

Unseren Altvordenen muss man durchaus Fortschrittlichkeit und sogar Mut bescheinigen, denn immerhin wurde bereits 1896 die erektile Dysfunktion (ED) eindeutig in die Reihe der klassisch definierten Krankheitsbilder aufgenommen. Nach der aktuellen, seit 1999 gültigen WHO-Definition liegt eine ED vor, wenn in den



vergangenen sechs Monaten die überwiegende Anzahl der Geschlechtsverkehr (GV)-Versuche erfolglos verlief.

Die Prävalenz der ED steigt naturgemäß mit dem Alter. Insbesondere sind dabei allerdings Männer mit Grunderkrankungen wie Diabetes mellitus oder auch kardiovaskulären Problemlagen betroffen. Deshalb forderten sowohl Prof. Michael Böhm, Bad Homburg, als auch Prof. Christian Stief, München, in einer von Boehringer Ingelheim initiierten Expertendiskussion während der diesjährigen Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, Herz- und Kreislaufforschung, dass die ED im Arzt-Patienten-Ge-

Prof. Böhm, Prof. Stief: Der Arzt ist gefordert, dem Patienten eine Brücke zu bieten

spräch unbedingt eine Rolle spielen muss.

„Die Frage nach dieser Funktionsstörung gehört unabdingbar routinemäßig zur Anamnese und zur kardiologischen Diagnostik!“ Hier ist der Arzt gefordert, dem Patienten eine Brücke zu bieten, um das noch immer bestehende Tabu in dieser Fragestellung leichter überwinden zu können.

Böhm erklärte die enge Verbindung der ED mit Regulationsstörungen der Gefäße und verwies darauf, dass eine endotheliale Dysfunktion erstes Zeichen einer sich anbahnenden oder bereits manifesten Atherosklerose ist.

„Wir wissen, dass die Ausprägung der ED eng korreliert ist zum Grad koronarer Veränderungen, z.B. zur Anzahl von Koronarstenosen > 70 %.“

Eine sinnvolle kardiovaskuläre Prävention hinsichtlich vaskulärer Endorganschädigungen ist nach Erfahrung der Experten durchaus geeignet und in der Lage, die ED weitgehend zu verhindern. – Derzeit wird in der sog. ONTARGET-

Studie (ONgoing Telmisartan Alone in combination with Ramipril Global Endpoint Trial) u.a. geprüft, ob die aktive Hemmung des Renin-Angiotensin-Systems (RAS) hier günstige Effekte hat. Denn Angiotensin-II ist, wie Böhm darlegte, per se an der ED-Entstehung beteiligt und bewirkt auch eine vermehrte Radikallast des Endothels. Vermutlich kann eine Hemmung dieser beiden Faktoren – z.B. mit dem selektiven AT<sub>1</sub>-Blocker Telmisartan (Micardis) – auch günstige Auswirkungen auf die ED haben. Die Ergebnisse der groß angelegten Studie werden mit Spannung erwartet.

## Influenza-Pandemie

# Die vorhersehbare Katastrophe

Eine Influenza-Pandemie ungeahnten Ausmaßes bedroht die Welt. Wann sie kommt ist noch ungewiss, aber sie kommt. Das sagen jedenfalls die Experten. In Deutschland wurde zwar ein Aktionsplan für den Fall der Fälle entwickelt, doch echte Vorsorge betreibt die Politik kaum.

Ende Mai schlug China Alarm. In der Provinz Quinghai hatten örtliche Behörden Zugvögel gefunden, die an Vogelgrippe verendet waren. Beim Erreger handelte es sich um den Virus H5N1, der bereits seit einigen Jahren traurige Berühmtheit erlangt. Erst im vergangenen Jahr waren 16 chinesische Provinzen und Regionen betroffen. In acht weiteren Ländern ist das Virus seit 2003 aufgetreten. Über 50 Menschen sind daran gestorben.

Was uns das angeht? Eine ganze Menge meint Prof. Alexander Kekulé, Direktor des Instituts für medizinische Mikrobiologie an der Universität Halle und Berater der Bundesregierung beim nationalen Seuchenschutz: „Es handelt sich um eine sehr, sehr ernste Gefahr.“

Was Seuchenexperten und auch der Weltgesundheitsorganisation WHO den Schlaf raubt, ist die Befürchtung, „dass sich genetisches Material von Vogel- und Menschenviren zu einem neuen, für den Menschen hochinfektiösen und gefährlichen Virustyp verbinden kann“ (Kekulé). Bislang gibt es für diese Horrorvision noch keinen Beweis, doch nach Meinung vieler Experten nimmt die Wahrscheinlichkeit dramatisch zu. Und damit auch die Gefahr einer weltweiten Influenza-Pandemie.

Klaus Stöhr, der das Influenza-Schutzprogramm der WHO koordiniert, macht von seiner Besorgnis denn auch keinen Hehl: „Wir

leben von geborgter Zeit.“ Laut Statistik, so Stöhr, gibt es alle 27,5 Jahre eine Pandemie. Die letzte ist 1968 ausgebrochen. Warum die derzeitige Entwicklung so bedrohlich ist, erklärt er: „Die letzten Pandemien wurden von Tierviren verursacht. Wir waren lange nicht mehr so nahe an einer Pandemie wie jetzt.“

Vor allem auch deswegen, weil sich das Virus durch den weltumspannenden Flugverkehr rasend



**Prof. Kekulé:**  
„Die Gefahr war noch nie so groß.“

schnell verbreiten kann. Wobei die Gefahr auch woanders lauern kann, wie der irrtümliche Versand hochansteckender Grippeviren durch das US College of American Pathologists an 3.747 Laboratorien - davon 61 außerhalb der USA - zeigt.

Die Folgen wären grausam: Etwa 20 Prozent der Weltbevölkerung würden sich anstecken, mindestens 30 Millionen Menschen müßten ins Krankenhaus, jeder vierte davon sterben. „Das Eintreten der Pandemie ist keine Möglichkeit sondern sicher,“ warnt Kekulé. Nur wann es genau stattfindet, das weiß keiner.

Auf die Gefahr reagieren die Staaten sehr unterschiedlich. „Europa ist im Dornröschenschlaf,“

stellt der Seuchenexperte fest. Als eines der vorsorgenden Länder hat Großbritannien das von der WHO empfohlene Influenza-Mittel Tamiflu eingelagert. In der Bundesrepublik gibt es zwar inzwischen einen „Nationalen Influenzapandemieplan“ vom Robert Koch Institut. „Für den Fall einer Influenzapandemie sollte eine zur Therapie aller an Influenza erkrankten ausreichende Mengen an antiviralen Arzneimitteln zur Verfügung stehen“, heißt es darin so schön.



**Gesundheitsminister Schnappauf:**  
Vorsorge ist die beste Therapie

Doch die Umsetzung dieser unverbindlichen Aufforderung liegt in der Hand jedes einzelnen Bundeslandes. Auf der Gesundheitsministerkonferenz der Länder am 30.06. steht das Thema auf der Agenda. Bayern ist das einzige Land, das nicht mehr diskutiert, sondern handelt. Für 35 Millionen Euro kann Gesundheitsminister Dr. Werner Schnappauf Medikamente beschaffen: „Wir treffen Vorsorge zum Schutz unserer Bürger und legen jetzt einen Medikamentenvorrat an, damit wir bei einer Grippe-Epidemie nicht vor leeren Regalen stehen.“ Für seine Aktion hat der Minister aber nicht nur Beifall geerntet.

Die sonst herrschende Sorglosigkeit der Politik kann Kekulé nicht verstehen. Und wenn es zur Katastrophe kommt? Dann müssen Ärzte und Pflegepersonal entscheiden, wie sie sich verhalten, meint er: „Entscheidend ist, ob Menschen, die helfen müssen, das Gefühl haben, der Staat hat Vorsorge getrieben.“

### 3-Fragen-Interview

## Pimecrolimus in aktueller Expertensicht

Nach Hinweisen auf ein Krebsrisiko bei Tieren will die amerikanische Arzneimittelbehörde FDA für den Wirkstoff Pimecrolimus eine sog. „black box warning“ in die Gebrauchsinformation von „Elidel“ einfügen. Über Hintergründe und zum weiteren Umgang mit dieser Substanz äußerte sich exklusiv für das Berliner Ärzteblatt der Sprecher des Allergie-Centrum-Charité und Leiter der Europäischen Stiftung für Allergieforschung (ECARF) mit Sitz an der Hautklinik der Charité, Prof. Dr. med. Torsten Zuberbier.

*Welche richtungsweisenden Strategien können und müssen aus den aktuellen Ergebnissen der ISOLATE-Studie abgeleitet werden und in das künftige Ekzem-Management einfließen; welche Ziele stehen dabei im Vordergrund?*

Prof. Zuberbier: Wichtigste Strategie nach dem Erscheinen der Warnungen durch die FDA und der unkritischen Übernahme der Warnung durch die Medien, ist es zunächst einmal, die Patienten zu beruhigen. Die sogenannte „black-box-warning“ ist bisher jedoch nur als Absichtserklärung von der FDA formuliert worden.

Die Warnungen sind nach einhelliger Meinung unabhängiger Experten und einer großen Zahl medizinischer Fachgesellschaften bisher nicht wissenschaftlich begründet und als voreilig abzulehnen.

Insbesondere Patienten mit Neurodermitis sind sehr leicht verunsichert und neigen zu großen Sorgen bezüglich der Nebenwirkung ihrer Therapien. Dies zeigt auch eine erste Datenanalyse der im September 2004 abgeschlossenen, weltweit durchgeführten, unabhängigen Befragung von mehr als 2000 Patienten mit Neurodermitis, der so genannten ISOLATE-Studie.



**Prof. Dr. Torsten Zuberbier:**  
„... erhebliche Verbesserung der Versorgung...“

Ein Großteil der Patienten neigt dazu, die ärztlich verordneten Medikamente nicht zu nehmen oder nur im schweren Schub. Dies führt dazu, dass die Schübe unnötig lang und mit erheblichen vermeidbaren sozio-ökonomischen Auswirkungen verbunden sind.

Eine gute Strategie ist es, Patienten über die Zusammenhänge und Hintergründe der unberechtigten Warnung zu informieren mittels einer Kurzdarstellung der Fakten:

Pimecrolimus und Tacrolimus sind zur äußerlichen Anwendung

zugelassene immun-modulierende Therapeutika, die gar nicht bzw. nur in Ausnahmefällen zu systemisch messbaren Spiegeln führen und ausschließlich die lokal in der Haut überschießende Immunreaktion dämpfen.

Die Warnung bezieht sich in erster Linie auf Tierversuche, bei der eine innerliche Gabe von einer mehr als 30fach für eine systemische Immunsuppression ausreichender Dosierung das Auftreten von Lymphomen beobachtet wurde.

Bei der örtlichen Anwendung beim Menschen wurden dagegen weder für Pimecrolimus noch für Tacrolimus in klinischen Untersuchungen vermehrt Neoplasien entdeckt, noch wurde in der Nachbeobachtungsphase bei inzwischen einer Anwendung von mehreren Millionen Patienten ein Auftreten von Krebsfällen beobachtet, die oberhalb der natürlicherweise statistisch zu erwartenden Häufigkeit lagen bzw. in einem potentiell auch nur denkbaren kausalen Zusammenhang standen.

Dass eine massive Immunsuppression im Tierversuch zum Auftreten von Neoplasie führt, ist keine neue Erkenntnis, sondern entspricht eher der alten Paracelsus'schen Weisheit: „Alle Ding' sind Gift und nichts ohn' Gift; allein die Dosis macht, dass ein Ding kein Gift ist“.

Warnmeldungen sind sicher auch in dem Umfeld zu betrachten, dass in der Vergangenheit erhebliche Kritik aufgrund zu spät erfolgter Warnungen an den Aufsichtsbehörden geübt worden ist.

Verantwortungsbewusstes Handeln bei Medizinern, Aufsichtsbehörden und Medien setzt jedoch auch voraus, dass nicht unnötig über Risiken vorzeitig informiert wird, bevor eine wissenschaftli-

che Untersuchung und Einschätzung erfolgt ist wie sie z. Zt. durch die europäische Zulassungsbehörden erfolgt.

Die Gefahr, unnötig Patienten zu verschrecken mit dem „Risiko“ einer Nicht-Behandlung einer Erkrankung ist erheblich.

Falls von diesem Mittel der Risikowarnung zu oft Gebrauch gemacht wird, besteht andererseits die Gefahr, dass solche Warnungen nicht mehr ernst genommen werden.

*Der Wirkstoff Pimecrolimus ist in Deutschland seit etwa drei Jahren verfügbar. Welche Bedeutung hat der erste selektive Calcineurin-inhibitor im therapeutischen Armamentarium im Bereich atopischer Hauterkrankungen?*

Prof. Zuberbier: Die Entwicklung

der selektiven Calcineurininhibitoren hat eine erhebliche Verbesserung der Versorgung von Patienten mit atopischer Dermatitis zur Folge gehabt.

Im Gegensatz zu den topischen Kortikosteroiden mit einem breiten Wirkspektrum auf T-Zellen, Langerhans Zellen u.a., wirken die Calcineurininhibitoren selektiv primär auf die im atopischen Ekzem bedeutsamen T-Zellen ohne erkennbare allgemeine Immunsuppression und ohne die Nebenwirkungen wie Hautverdünnung usw.

Insbesondere in Problembereichen, z.B. im Gesicht oder Inguinalbereich, stellen sie inzwischen eine unverzichtbare Säule in der Therapie zur Behandlung des atopischen Ekzems dar.

*Wie lauten Ihre und weltweit die Empfehlungen der Experten zum weiteren Umgang mit Pimecrolimus-haltigen Medikamenten wie Elidel in der Behandlung sowohl von Kindern als auch von Erwachsenen?*

Prof. Zuberbier: Vor kurzem ist ein Stellungnahme der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) erschienen, die sich mit den Empfehlungen von Dermatologen weltweit deckt.

Es sollte unbedingt weiterhin den Patienten, sowohl Kindern als auch Erwachsenen mit atopischer Dermatitis, die Möglichkeit mit Pimecrolimus-haltigen Medikamenten angeboten werden. Die Warnmeldungen werden als wissenschaftlich nicht nachgewiesen gewertet.

## Herz-Kreislauf-Erkrankungen

### Metoprololgenerikum der 3. Generation

Der kardioselektive Betablocker Metoprolol zeichnet sich neben seiner blutdrucksenkenden Eigenschaft auch durch ein antiischämisches und antiarrhythmisches Potential aus. Das gilt insbesondere auch für das neue MetoHEXAL Succ.

„Beta 1-selektive Substanzen stellen seit vielen Jahren die therapeutisch bedeutsamste Gruppe unter den Betarezeptorenblockern dar.“

Dr. Fokko de Haan, Vorsitzender des Bundesverbandes der niedergelassenen Kardiologen (BNK), Solingen, stellte in diesem Zusammenhang heraus, dass v.a. der lipophile  $\beta$ 1-selektive Adrenorezeptorantagonist Metoprolol in der Behandlung von Patienten mit Herz- und Kreislauferkrankungen nicht mehr wegzudenken ist.

So z.B. stand lange Zeit das

Metoprolol-Präparat Belo-Zok an der Spitze der Verordnung von Medikamenten dieser Substanzklasse.

Seit März 2005 steht mit MetoHEXAL Succ ein Metoprololgenerikum der dritten Generation als Retardformulierung in fünf Dosisstärken zur Verfügung – darunter jetzt auch eine Tablette mit 142,5 mg, die die bisherige Behandlungslücke zwischen 95 und 190 mg schließt.

Die hochqualitative Pellet-Formulierung garantiert eine kontinuierliche Substanzfreisetzung in nullter Ordnung und einen lang anhaltenden nahezu linearen

Plasmaspiegel mit zuverlässiger 20-Stunden-Wirkung. „Daraus ergeben sich Vorteile, insbesondere bei Therapieneueinstellung von Patienten mit Bluthochdruck und koronarer Herzkrankheit“, sagte de Haan.

„Die Gefahr einer durchaus relevanten Hypotonie oder frühmorgendlicher und nachmittäglicher ischämischer Attacken wird durch die innovative Darreichungsform verringert.“

Da auch keine hohen initialen Wirkstoffspitzen auftreten, eignet sich das innovative Präparat außerordentlich gut zur Behandlung von Risikopatienten.

## Lipidtherapie

## Dualer Angriff - starke Wirkung

Was Statine alleine nicht schaffen, ist mit dem Kombinationspräparat Inegy durch dessen gleichzeitige Blockade der hepatischen Biosynthese und der intestinalen Resorption möglich: eine starke Senkung des Cholesterinspiegels.

Patienten mit erhöhtem kardiovaskulärem Risiko und v.a. auch Diabetiker profitieren nach Erfahrung von Prof. Ulrich Borchard, Düsseldorf, auch dann noch von der Senkung des LDL-Cholesterins (Low Density Lipoprotein), wenn es bereits unter 100 mg/dl (2,6 mmol) liegt. „Zahlreiche klinische Studien zur Primär- und Sekundärprävention mit Statinen haben gezeigt, dass die Zahl der Koronareignisse umso stärker reduziert werden kann, je niedriger der durch die Therapie erreichte LDL-Cholesterinspiegel ist.“ Aus den heute vorliegenden Daten kann auf eine etwa 30%ige Senkung des relativen KHK-Risikos geschlossen werden, wenn das LDL um jeweils 30 mg/dl (0,78 mmol) reduziert wird.

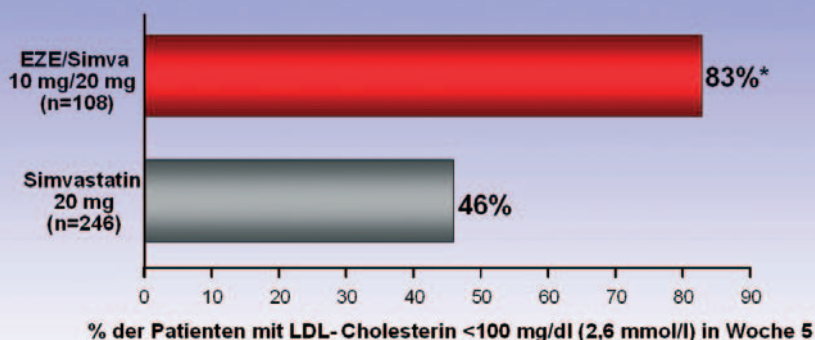
In den aktuellen Empfehlungen der Fachgesellschaften wird deshalb auf LDL-Cholesterinwerte < 70 mg (1,8 mmol) orientiert.

Ein hochgestecktes Ziel, das allerdings mit Statinen, dem Goldstandard in der LDL-senkenden Therapie, in vielen Fällen nicht erreicht werden kann. Dies erklärt sich u.a. aus der Tatsache, dass Statine den Cholesterinspiegel über die kompetitive Hemmung der HMG-

CoA-Reduktase, dem Schlüsselenzym der hepatischen Cholesterinsynthese, senken. Sie beeinflussen aber nicht die intestinale Cholesterinresorption. Ganz im Gegenteil verstärkt sich die Aufnahme kompensatorisch aus dem Darm im Sinne einer Gegenregulation.

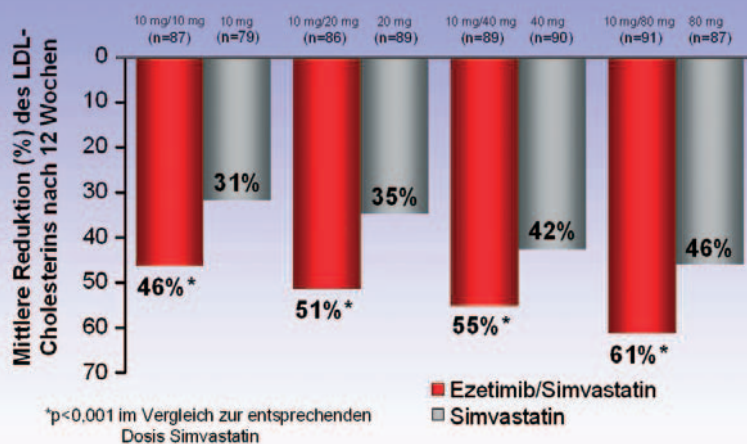
„Durchbrechen lässt sich dieser Mechanismus“, so Borchard, „durch die Gabe von Ezetimib, dem ersten in Deutschland verfügbaren Cholesterin-Resorptionshemmer.“ Die Substanz hemmt die Aufnahme von Cholesterin aus Nahrung und Gallensaft im Darmtrakt.

## Anteil der Patienten, die das Ziel für LDL-Cholesterin &lt;100 mg/dl (2,6 mmol/l) erreichten



Feldman T et al., Am J Cardiol 2004;93:1481-1486

## Dualer Inhibitor im Vergleich zu Simvastatin: LDL-Cholesterinreduktion bei verschiedenen Dosierungen



Goldberg AC et al., Mayo Clin Proc 2004;79:620-629

Noch effektiver ist aber der Einsatz des Dualen Inhibitors Inegy, einer Kombination der Wirkstoffe Ezetimib und Simvastatin. Neue klinische Studien haben gezeigt, dass das Präparat bereits in der Stärke 10 mg Ezetimib / 20 mg Simvastatin den Cholesterinspiegel halbieren kann und stärker wirksam ist als eine Monotherapie mit 80 mg Simvastatin.

Inegy ist bei Patienten mit Hypercholesterinämie oder gemischter Hyperlipidämie indiziert, v.a. bei koronarer Herzkrankheit, nach Herzinfarkt und bei Diabetes mellitus.

## Hepatitis B

### Unbehandelt gefährlich

Auch mit modernen Therapieoptionen kann das Hepatitis B-Virus noch nicht völlig besiegt werden. Dennoch gelingt es bei fast allen Patienten, die Virusvermehrung langfristig zu hemmen und die Prognose zu verbessern.

Auch wenn Deutschland hinsichtlich der chronischen Hepatitis B-Infektion (HBV) mit einer Prävalenz von 0,6% als Niedrigendemiegebiet gilt, darf das nicht darüber hinweg täuschen, dass etwa 500.000 Menschen betroffen sind. „Dabei gibt es“, wie Prof. Alexander Krämer, Bielefeld, darlegte, „große Prävalenzunterschiede zwischen der einheimischen deutschen Bevölkerung und ausländischen Mitbürgern (Migranten, Spätaussiedler)“, da diese zu 42% Träger des Hepatitis B surface Antigens (HBsAg) sind. Übertragen wird die Infektion v.a. durch Geschlechtskontakt und Drogenmissbrauch (Spritzen), aber auch beim Geburtsvorgang von einer infizierten Mutter auf das Kind. „In Deutschland gilt die Erkrankung“, so Prof. Claus Niederau, Oberhausen, „als wichtigste berufsbedingte Infektion im Gesundheitswesen.“ Bleibt die Erkrankung unbehandelt, entwi-

ckelt ein Drittel der Betroffenen eine Leberzirrhose, bis zu 10% ein hepatozelluläres Karzinom. – Die chronische HBV ist weltweit häufigste Ursache für Leberkrebs.

In der Therapie kommen Interferon- $\alpha$ , Lamivudin und Adefovirdipivoxil (Hepsera) zum Einsatz. Niederau verwies jedoch darauf, dass IF- $\alpha$  viele Nebenwirkungen und Kontraindikationen hat, bei schlechter Leberfunktion kontraindiziert ist und bei Patienten, die mit der Precore-Mutante des HBV (HBeAg-negativ) infiziert sind, nur eingeschränkt wirkt.

Wesentlich besser verträglich und auch bei ungenügender Leberfunktion effektiv und sicher sind Lamivudin (das allerdings eine relativ hohe Resistenzentwicklung und auch Rückfallrate hat) und als jüngstes Präparat das Nukleotidanalogen Adefovir. Diese Substanz ist eindeutig indiziert bei Lamivudin-resistenten Mutanten und bei allen Patien-

ten, die bei einer Lamivudin-Resistenz bedroht sind. Zugelassen ist Adefovir zur Behandlung der chronischen Hepatitis B mit entzündlicher und fibrotischer Aktivität bei HBeAg-positiven und –negativen Patienten.

Die Substanz „hemmt die replikative und entzündliche Aktivität und bessert die entzündliche und fibrotische Aktivität in der Leber ohne nennenswerte Nebenwirkungen“. Die Behandlung mit Lamivudin oder Adefovir sollte bis sechs Monate nach Hbe-Serokonversion fortgesetzt werden. Beim Auftreten einer Lamivudin-Resistenz sollte, so stellte Niederau heraus, auf Hepsera (tägliche Einnahme von 10 mg p.o.) gewechselt werden.

Eine Indikation zur antiviralen Therapie besteht nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) und dem Kompetenznetz Hepatitis (HepNet) 2004 bei Patienten mit chronischer Hepatitis B mit

- entzündlicher Aktivität
- replikativer Aktivität (>>105 Kopien/ml)
- Risiko für Leberzirrhose und deren Komplikationen (unter Berücksichtigung von Lebensalter und Begleiterkrankungen)
- Zirrhose und dekompensierter Zirrhose

**AUF KNOPFDRUCK  
PRICKELNDES WASSER –  
DIREKT AUS DER LEITUNG  
GENIESSEN!**

**SODA JET®**

*Die Frische-Quelle*

Der komfortable Spender  
für sprudelndes Wasser –  
zu Hause, im Büro,  
in öffentlichen Bereichen.



Tel.: 0800 292 76 54 • [www.bwb.de](http://www.bwb.de) • [sodajet@bwb.de](mailto:sodajet@bwb.de)



## Das 3-Fragen-Interview

# An der Schwelle zur Zukunft

Im Ergebnis der Xeloda in Adjuvant Colon Cancer Therapy (X-ACT)-Studie zeigt sich nach einem medianen Follow-up von etwas mehr als 4 Jahren bei Patienten, die mit einem Kolonkarzinom im Stadium III (Dukes C) operiert worden waren, im Vergleich zum Standardprotokoll (5-FU/LV) unter einer adjuvanten oralen Chemotherapie mit dem Fluoropyrimidin Capecitabin (Xeloda) nicht nur eine wesentlich bessere Verträglichkeit, sondern auch ein längeres rückfallfreies Überleben. Dr. med. Peter Reichardt, Oberarzt der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie, Charité-Universitätsmedizin Berlin, erläuterte exklusiv für das Berliner Ärzteblatt einige Aspekte der aktuellen und künftigen adjuvanten Therapie

*Wo steht das Kolonkarzinom im Bereich onkologischer Erkrankungen und welche Bedeutung hat die Patientenaufklärung hinsichtlich der adjuvanten Chemotherapie nach erfolgter kurativ intendierter Resektion?*

Dr. Reichardt: Das Kolonkarzinom steht bei Männern und Frauen sowohl bei der Häufigkeit, als auch der Sterblichkeit an zweiter Stelle aller Krebserkrankungen. Für Patienten, die an einem Kolonkarzinom im Stadium III (Dukes C) operiert wurden, stellt die adjuvante Chemotherapie einen weltweit unstrittigen Standard dar. Aus diesem Grunde wäre es geradezu fahrlässig, Patienten nicht über die diesbezüglichen Therapiemöglichkeiten aufzuklären.

*Was gilt gegenwärtig als Standard in den therapeutischen Konzepten und wann ist die Implantation eines Portsystems indiziert?*

Dr. Reichardt: Bis vor zwei Jahren galt die Therapie mit 5-FU / Folinsäure als Bolusapplikationen als weltweiter Standard. 2003 wurden erstmals die positiven Daten zur Kombination von Oxaliplatin / infusionalem 5-FU / Folinsäure (FolFOX) vorgestellt, die zu einer hochsignifikanten Verbesserung



**Dr. Peter Reichardt: „...sollten Patienten mit einer ausgeprägten Herzmuskelschwäche (EF < 30%) einen ICD erhalten....“**

des rezidivfreien Überlebens gegenüber 5-FU / Folinsäure alleine geführt hatte.

2004 wurde durch die X-ACT-Studie nachgewiesen, dass das oral applizierbare Fluoropyrimidin Capecitabin (Xeloda) der Bolus 5-FU / Folinsäuretherapie hinsichtlich der Wirksamkeit mindestens ebenbürtig bei signifikant geringerer Toxizität ist. Diese Daten wurden nun nach einem medianen follow-up von über 4 Jahren bestätigt. Damit stehen zwei neue Standards zur Verfügung,

die unterschiedliche Vorteile besitzen. Während die Therapie mit FolFOX sicherlich die höchste Effektivität besitzt, steht bei der Therapie mit Capecitabin die einfache Applikation, die keinen Port erfordert, als Argument im Vordergrund. Letztendlich muss die Entscheidung unter Berücksichtigung der Interessen des Patienten gefällt werden.

*Welche Vorteile bietet eine orale Therapie mit Capecitabin im adjuvanten Setting, evtl. auch in der Kombination mit dem Zytostatikum Oxaliplatin, und zeichnet sich hier ein neuer Standard für künftige Therapiekonzepte ab?*

Dr. Reichardt: Zukünftige Entwicklungen zielen auf die Kombination der genannten Vorteile ab, also der überlegenen Wirksamkeit der Oxaliplatin-haltigen Kombinationstherapie und der anwendungsfreundlichen oralen Gabe von Capecitabin anstelle einer 5-FU-Dauerinfusion mit Port und Pumpe. Die Kombination von Capecitabin und Oxaliplatin ist bei der palliativen Therapie bereits gut untersucht und wird im Rahmen klinischer Studien auch in der adjuvanten Therapie eingesetzt.



Berlin - Gendarmenmarkt, 30 Juni bis 04. Juli

## Classic Open Air

Vom 30. Juni bis 4. Juli findet wieder das Classic Open Air auf dem Berliner Gendarmenmarkt statt. Auf der Traditionslinie des Festivals bewegen sich auch in diesem Jahr die Konzerte mit ihren unterschiedlichen musikalischen Themen und verschiedenen Stilrichtungen.

Zu den weltweit beeindruckenden Künstlerpersönlichkeiten gehört die italienische Sopranistin Lucia Aliberti, die durch ihre Bühnenpräsenz und Einzigartigkeit in Stimme und Interpretation, insbesondere im Fach der romantischen Oper, besticht.

Sie ist der glanzvolle Mittelpunkt des Eröffnungskonzertes am 30.6.2005. Ihr zur Seite steht der junge Tenor Samir Jafarov, ein Meisterschüler von Montserrat Caballé, dem eine große künstlerische Zukunft vorausgesagt wird. Begleitet werden die Künstler vom Berliner Sinfonie-Orchester unter der Leitung von Peter Falk.

Udo Jürgens gilt zu Recht als lebende Musiklegende. Bei seinem Solo-Auftritt am 1. Juli spielt und singt er seine Hits und Evergreens, mit denen er Kultstatus erworben hat.

Dem 200. Todestag Friedrich

Schillers ist das Konzert am Samstag (2. Juli) gewidmet. Kein Dramatiker der Weltliteratur - neben Shakespeare - hat eine so große Rolle im Musiktheater gespielt wie Schiller. Vier der Schillerschen Werke wurden von Verdi vertont. Prädestiniert für Schillers Wort in Verdis Opern ist das Ensemble des Anhaltischen Theaters Dessau, das unter der Regie von Johannes Felsenstein gegenwärtig mit den Inszenierungen des Verdi-Schiller-Zyklus für Furore sorgt. Als Friedrich Schiller brilliert Ben Becker.

Im ausverkauften Nikolaisaal Potsdam feierten die mehrfach Platin veredelten Söhne Mannheims, deren prominentes Familienmitglied Xavier Naidoo ist, ihr Debüt mit dem Deutschen Filmorchester Babelsberg. Am 3. Juli haben nun die Besucher des Classic Open Air Gelegenheit, sich live von den gehalt- und gefühlvollen

Texten und der ausdrucksstarken Musik zu überzeugen.

Publikumsliebbling Dagmar Frederic präsentiert am 4. Juli unsterbliche Operetten- und Film-melodien.

Stargäste in der Großen Nacht der Operette sind René Kollo und Tochter Nathalie. Neben weiteren bekannten Künstlerinnen und Künstlern ist auch Kammersänger Reiner Süß dabei, wiederum in Begleitung seines Sohnes Dario, der ebenfalls erfolgreich in Vaters künstlerische Fußstapfen getreten ist.

*Lucia Aliberti*

Lucia Aliberti gehört seit ihrem Debüt an der Mailänder Scala 1981 zu den weltweit beeindruckendsten Künstlerpersönlichkeiten. Sie ist dem Zentrum ihres Repertoires stets treu geblieben. Die Berliner kennen sie als umjubelten Star an der Deutschen Oper in der Bismarckstraße. Nach jahre-

### Machen Sie mit und gewinnen Sie!

Das Berliner Ärzteblatt verlost 12 x 2 Karten für das Classic Open Air. Wie Sie gewinnen können, lesen Sie auf der nächsten Seite.

langen Bemühungen ist es gelungen, die Künstlerin nun endlich auch für den Gendarmenmarkt zu verpflichten. Für alle Classic-Open-Air Besucher ein absoluter Höhepunkt im 2005er Angebot.

*Schiller*

Nun steht ja der große Dichter Friedrich Schiller bei jedem Classic Open Air mitten auf dem Gendarmenmarkt und sorgt sogar für erhebliche Sichtbehinderungen. 2005 soll aus Anlass sei-

nes 200. Todestages der Dichter selbst ein Konzert gestalten. Wenn es gelingt, ihn vom Sockel zu holen, könnte er lebhaftig unter den Konzertbesuchern weilen. Das Anhaltische Theater hat nämlich einen Zyklus mit Schiller-Verdi Opern in den Spielplan aufgenommen und wird Ausschnitte daraus auf dem Gendarmenmarkt zur Aufführung bringen.

#### *Söhne Mannheims*

Vor gut zwei Jahren feierten die Söhne Mannheims mit ihrem platingekrönten Debüt-Album "Zion" schon einen Riesenerfolg, an dem sie nun mit Ihrem Nachfolgealbum "NOIZ" anknüpfen, verbunden mit einer weiteren Deutschland-Tournee.



**Treffpunkt Gendarmenmarkt:  
Klassikfreunde  
kommen  
auf ihre Kosten.**

**Sie können  
dabei sein:  
Gewinnen Sie  
Karten für  
dieses  
einzigartige  
Ereignis!**



**Nehmen Sie teil und gewinnen Sie!**

## **Das Berliner Ärzteblatt verlost 12 mal 2 Karten für das Classic Open Air auf dem Gendarmenmarkt**

**So einfach geht es:** Beantworten Sie die beiden Fragen, fügen Sie Ihre Adresse ein (Praxisstempel), faxen Sie diese Seite unter 030/84309677 an das Berliner Ärzteblatt und schon nehmen Sie an der Verlosung teil. Bitte beantworten Sie uns die folgenden Fragen:

**1. Wie gefällt Ihnen das neue Layout des Berliner Ärzteblattes?**  
*Bitte geben Sie Schulnoten von 1 (= sehr gut) bis 6 (= ungenügend)*

**2. Wie wichtig ist das Berliner Ärzteblatt für Sie?**  
*Bitte vergeben Sie Noten: 1 = sehr wichtig, 2 = wichtig,  
3 = weniger wichtig, 4 = unwichtig.*

*Absender/Praxisstempel*

Einsendeschluß ist der 20. Juni 2005.

Die Gewinner werden von uns per Telefon benachrichtigt, die Karten rechtzeitig per Post zugestellt. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

**Die Redaktion des Berliner Ärzteblattes  
wünscht allen Teilnehmern viel Glück!**

**Gestalten Sie mit uns Zukunft im Krankenhauswesen!**



Die Sana Kliniken GmbH & Co. KGaA hat sich in den letzten Jahren dynamisch weiterentwickelt und ist mit rd. 60 Kliniken und 16.000 Betten der größte private Betreiber von Krankenhäusern in Deutschland. Die Klinikum Dahme-Spreewald GmbH wird im Managementvertrag von der Sana geführt. Der wirtschaftliche Betrieb leistungsfähiger Krankenhäuser im Sinne eines modernen medizinischen und auch ökonomischen Managements ist unsere Aufgabe, wobei wir Wert auf ein hohes Qualitätsniveau und Effektivität legen.

Die Klinikum Dahme-Spreewald GmbH Achenbach-Kreis Krankenhaus Königs Wusterhausen – Krankenhaus der Regelversorgung mit 287 Betten und den Abteilungen Innere Medizin, Allgemein- und Unfallchirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Anästhesiologie und Intensivmedizin, Kinder- und Jugendmedizin, HNO-Heilkunde, Augen-Belegabteilung, Radiologie und Labor-diagnostik –

sucht zum 01. Oktober 2005 eine/einen

**Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin**

Die moderne Kinderabteilung (Erstbezug eines Neubaus im August 2005) verfügt über 30 Betten. Es werden etwa 1.350 Patienten jährlich stationär betreut.

Die ca. 580 Neugeborenen unserer Geburtshilflichen Abteilung werden von den Kinderärzten pädiatrisch mitbetreut. Bei Risikoentbindungen ist ein Kinderarzt im Kreißsaal anwesend.

Wir wünschen uns eine/n engagierte/n Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit fundierten allgemein-pädiatrischen Kenntnissen und Erfahrungen in der Neonatologie, EEG- und Sonographie-Diagnostik. Ein EEG-Arbeitsplatz ist vorhanden.

Von den Bewerberinnen und Bewerbern erwarten wir Teamfähigkeit und Identifikation mit den Zielen unserer Einrichtung.

Bei entsprechender Eignung ist eine Entwicklung zur/zum Oberärztin/Oberarzt möglich.

Für Rückfragen steht Ihnen Frau Dr. med. Weiss, Chefärztin der Abteilung, gern telefonisch zur Verfügung, Tel. (03375) 288 315 (Sekretariat).

Unsere Einrichtung liegt in einem landschaftlich reizvollen Gebiet am Rande Berlins innerhalb eines der beliebtesten Naherholungsgebiete des Landes Brandenburg.

Die verkehrstechnische Verbindung zur Bundeshauptstadt ist ausgezeichnet.

Ihre vollständige Bewerbung richten Sie bitte an die

Klinikum Dahme-Spreewald GmbH  
Achenbach-Krankenhaus Königs Wusterhausen  
Personalabteilung  
Köpenicker Str. 29  
15711 Königs Wusterhausen  
Tel. (03375) 288 253  
Fax (03375) 288 548



www.achenbach-kh.de



Krankenhaus der Schwerpunktversorgung



In der **Neurologischen Klinik** der Klinikum Uckermark GmbH ist ab **01.09.2005** die Stelle einer/eines

**Oberärztin/Oberarzt für Neurologie**

und **ab sofort** eine Stelle als

**Assistenzärztin/Assistenzarzt für Neurologie**  
(auch Befristung möglich)

zu besetzen.

Als Krankenhaus der Schwerpunktversorgung mit 507 Betten führen wir Kliniken für Innere Medizin, Chirurgie, Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie, Anästhesiologie und Intensivmedizin, Pädiatrie, Geriatrie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, HNO, Urologie, Orthopädie und Dermatologie. Außerdem verfügen wir über eine zentrale OP-Abteilung, ein Hauptlabor, eine Klinikapotheke, eine Blutspendezentrale, Mikrobiologie und Physiotherapie.

Die Neurologische Klinik betreibt 25 Betten und behandelt Krankheiten aus dem gesamten neurologischen Spektrum. In der Neurophysiologie sind EEG, EP und Doppler-/Duplex-Sonographieuntersuchungen möglich. Das Klinikum verfügt über moderne radiologische diagnostische Möglichkeiten (MRT, 8-Zeilen-CT, Angiographie u. a.). Ein Schlaflabor ist vorhanden. Ambulant bestehen eine Ermächtigungs- und eine Botulinumtoxinsprechstunde.

Die Weiterbildungsermächtigung liegt für drei Jahre vor.

Schwedt liegt nur eine Autostunde nordöstlich von Berlin in wald- und wasserreicher Umgebung am Nationalpark "Unteres Odertal". Die Stadt hat ca. 38.000 Einwohner und einen hohen Freizeitwert. Kulturelle Einrichtungen sowie alle weiterbildenden Schulen sind am Ort. Die Wohnungsbeschaffung ist unkompliziert, dabei sind wir gern behilflich.

Für Rückfragen stehen Ihnen die **Chefärztin der Neurologischen Klinik, Frau Dr. G. Stäber, Tel. (0 33 32/53 27 22)** sowie die **Personalleiterin, Frau M. Wilke, Tel. (0 33 32/53 23 28)** oder e-mail: [personal@klinikum-uckermark.de](mailto:personal@klinikum-uckermark.de) zur Verfügung. Sie können uns aber auch auf unserer Homepage [www.klinikum-uckermark.de](http://www.klinikum-uckermark.de) besuchen.

Ihre schriftliche Bewerbung mit den üblichen Unterlagen erbitten wir bis zum **30.06.2005** an die **Personalabteilung der Klinikum Uckermark GmbH, PF 10 01 52, 16284 Schwedt.**



**KLINIKUM CHEMNITZ gGmbH**

Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Leipzig und der Technischen Universität Dresden  
Mitglied im deutschen Netzwerk "Gesundheitsfördernde Krankenhäuser"  
Zertifiziert nach "Joint Commission International Accreditation", Chicago/USA

Die Klinikum Chemnitz gGmbH ist ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung mit 1.780 Planbetten, welches in 22 Kliniken und 7 Institute gegliedert ist.

In der **Klinik für Nuklearmedizin** ist zum **nächstmöglichen Zeitpunkt** eine Stelle als

**Assistenzarzt (m/w)**

(für die Weiterbildung zum Facharzt für Nuklearmedizin)

zu besetzen.

Die Klinik für Nuklearmedizin verfügt über eine neu errichtete Radionuklidstation mit 20 Betten. Zur Ausstattung der diagnostischen Abteilung gehören drei SPECT-fähige Doppelkopf-kameras, wovon eine auch zu PET-Untersuchungen geeignet ist, eine Schilddrüsenkamera sowie ein in-vitro-Labor.

Der Chefarzt ist zur vollen Weiterbildung ermächtigt.

Wir erwarten die Bereitschaft zur kollegialen und interdisziplinären Zusammenarbeit mit allen Fachdisziplinen des Klinikums.

Die Vergütung erfolgt nach BAT-O. Eine betriebliche Altersversorgung und Möglichkeiten zur zusätzlichen privaten Rentenvorsorge werden angeboten.

Unter [www.klinikumchemnitz.de](http://www.klinikumchemnitz.de) finden Sie nähere Angaben zu unserem Klinikum.

Für Vorabinformationen steht Ihnen gern der **Chefarzt der Klinik für Nuklearmedizin, Herr Prof. Dr. med. habil. Döge**, unter der **Telefon-Nr. (0371) 3 33-3 31 00**, zur Verfügung.

Wenn wir Ihr Interesse geweckt haben, senden Sie bitte Ihre aussagekräftige Bewerbung innerhalb von **3 Wochen** nach Erscheinen der Anzeige an die

Klinikum Chemnitz gGmbH  
Abt. Personalwesen, Frau Nöcker  
PSF 948, 09009 Chemnitz

**THEODOR-WENZEL-WERK E.V.**



Die Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk (TWW) suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt für die Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie mit internistischem Schwerpunkt eine/n

**Bereitschaftsdienstärztin/-arzt**

Erforderlich sind Erfahrungen in der Inneren- oder der Allgemeinmedizin. Die Abteilung ist insbesondere an einer Übernahme von Bereitschaftsdiensten an Wochenenden interessiert.

Der Bereitschaftsdienst wird nach der Stufe A vergütet. Das TWW wendet die AVR an.

Wenn Sie interessiert sind, richten Sie Ihre Bewerbung bitte an die

Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk • z. Hd. Herrn CA Dr. Keller  
Potsdamer Chaussee 69 • 14129 Berlin  
[www.tww-berlin.de](http://www.tww-berlin.de) • Tel.: 030/8109-2600

Anzeigenannahme:  
Telefon 08807-9289-12

Bitte senden Sie Kleinanzeigen als elektronische Datei an:  
[tsievers@wordart.de](mailto:tsievers@wordart.de)

Anzeigenschluss für Ausgabe 5: 10. Mai 2005

Bitte richten Sie Zuschriften für Chiffreanzeigen an:

Berliner Ärzte-Verlag Wilhelm Marth GmbH,  
Chiffre-Nr....  
Tietzenweg 85/87  
12203 Berlin



**DEUTSCHES HERZZENTRUM BERLIN**  
STIFTUNG DES BÜRGERLICHEN RECHTS

Das Deutsche Herzzentrum Berlin (DHZB)  
sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt für die Klinik  
für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie,  
Direktor: Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. R. Hetzer, drei

## Intensivmediziner/-innen

(Assistenzärzte/-ärztinnen in Weiterbildung zum/zur  
Facharzt/-ärztin für Innere Medizin oder Anaesthesie  
oder Fachärzte/-ärztinnen für Innere Medizin oder  
Anaesthesie mit Erfahrungen in der Intensivmedizin)

Im Deutschen Herzzentrum Berlin werden jährlich rund 3500 Operationen mit Einsatz der Herz-Lungen-Maschine durchgeführt. Im Rahmen unseres umfassenden Herzinsuffizienzprogrammes sind darin rund 100 thorakale Transplantationen sowie die Implantation der verschiedenen Arten mechanischer Kreislaufunterstützungspumpen enthalten. Für die unmittelbar postoperative Betreuung stehen der Klinik derzeit 46 Beatmungsbetten zur Verfügung. Herz-, herzlungen- und lungentransplantierte Patienten werden in einer 12 Betten umfassenden Spezialeinheit (Transplantationsstation) postoperativ versorgt. Zur prae- und postoperativen Behandlung stehen 60 Betten auf Normalstationen zur Verfügung. Die Tätigkeit wird in der Regel im Schichtdienst geleistet.

Das überwiegende Tätigkeitsfeld wird die Intensivstation sein, Erfahrungen in diesem Bereich sind erwünscht. Die zuständige Oberärztin der Intensivstation, Frau Dr. P. Heizmann, besitzt die Befugnis zur Leitung der fakultativen Weiterbildung in der speziellen internistischen Intensivmedizin, der Oberarzt Herr Dr. H.B. Lehmkühl ist zur Leitung der internistischen Weiterbildung für die Dauer von zwei Jahren befugt.

Externe und interne Rotationen sind möglich.

Wir setzen wissenschaftliches Interesse voraus, die Möglichkeit zur Habilitation ist durch Kooperationsverträge mit der Charité - Universitätsmedizin Berlin gegeben.

Die Vergütung erfolgt - je nach Qualifikation - entsprechend oder in Anlehnung an die Vergütungsgruppe Ä 3 oder Ä 2 des Haustarifvertrages des Deutschen Herzzentrums Berlin (entsprechend BAT Vergütungsgruppe IIa/Ib), zuzüglich besonderer sozialer Leistungen (Unterstützungskasse).

Schwerbehinderte werden bei gleicher Qualifikation bevorzugt berücksichtigt.

Ihre Bewerbungsunterlagen richten Sie bitte an:

**Deutsches Herzzentrum Berlin**  
**Ärztlicher Direktor**  
**Herr Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult. R. Hetzer**  
**Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin**  
(www.dhzb.de)

### Bieten Beteiligung

an einer alteingesessenen D-Arztpraxis in Berlin  
Chiffre 50057

**Hausärztl. Internistin, NHV, Ernährungsmed., Akup.,**  
Chiro., Physik.-reha. Med.,  
sucht Einstieg in GP od. PG  
mit 2 od. mehr KollegInnen im Raum Berlin od. Potsdam.  
Tel.: 0175/2050382.

Im Gesundheitsamt des Landkreises Teltow-Fläming, Verwaltungssitz Luckenwalde (Land Brandenburg, südlich von Berlin) ist zum nächstmöglichen Zeitpunkt folgende Stelle in Zossen zu besetzen:

### Facharzt/Fachärztin im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Die Vergütung erfolgt nach Vergütungsgruppe I b/1 a BAT-O.

#### Das Tätigkeitsfeld umfasst:

- Die selbstständige Betreuung des Bereiches Zossen
- Reihenuntersuchungen in Kindertagesstätten und Schulen
- Impfaktionen in den Schulen
- Jugendärztliche Sprechstunden
- Erstellen von schulärztlichen Gutachten und Gutachten zur Gewährung von Eingliederungshilfen

#### Wir wünschen uns:

- Eine Ärztin/einen Arzt mit abgeschlossenem Hochschulstudium der Humanmedizin
- Anerkennung Fachgebiet Pädiatrie
- Engagierte Persönlichkeit mit Fachkompetenz, Einfühlungsvermögen und hoher Belastbarkeit
- Wegen der häufig anfallenden Außendienste einen PKW-Führerschein und die Bereitschaft zur dienstlichen Nutzung des privaten PKW.

Schwerbehinderte Menschen werden bei gleicher Eignung und Befähigung bevorzugt berücksichtigt. Aussagefähige Bewerbungsunterlagen (insbesondere Zeugniskopien, lückenloser Tätigkeitsnachweis) senden Sie bitte innerhalb von drei Wochen nach Erscheinen dieser Anzeige an den

Landkreis Teltow-Fläming  
Kreisverwaltung  
Personalamt  
Am Nuthefließ 2  
14943 Luckenwalde

Für Rückfragen steht der Amtsarzt Herr Dr. Rauschmayer,  
Tel. (0 33 71) 6 08 38 00, gern zur Verfügung.

**Gynäkologe (in) gesucht,**  
Ärztelhaus Hamburger Vorort 162 qm,  
12 Arztpraxen eingerichtet.  
Miete oder Kauf möglich.  
Chiffre BAE 50049

**Facharztstelle für Allgemeinmedizin -Hausarztpraxis-**  
in einem Medizinischen Versorgungszentrum  
in Berlin-Mitte kurzfristig abzugeben.  
Chiffre BAE 500053

**Chirurgische Praxis Berlin-Mitte**  
mit Belegbetten zum 01.01.06 abzugeben.  
Chiffre BAE 50054

**Alteingesessene D-Arztpraxis in Berlin abzugeben**  
Chiffre BAE 50056

**105 m Neubau, 3 sehr schöne helle Räume + 1 Nebenraum,**  
2 WCs. Teeküche, ruhige Lage im Grünen, verkehrsgünstig, für Praxis- od. Therapienutzung bestens geeignet. Nähe S-Bhf. Lichterfelde-Ost, m<sup>2</sup>/€ 8,00 + BK,  
Tel.: 7726719

**Allgemeinarztpraxis im NO Berlins**  
zu Anfang 2006 aus Altersgründen abzugeben.  
Kontakt über Tel. 030/9437828

**Praxisräume** 4 Zi. ca. 120 qm im EG,  
Altbau **Halensee (Ku'damm/Seitenstraße)**  
top modernisiert, behindertengerecht,  
**ab sofort** zu vermieten. Langjähriger Mietvertrag.  
Tel: 8816462

**Praxisneugründung o. -übernahme**  
Nördliches Berliner Umland (20 Automin. z.Zentrum)  
Gemeinde mit ca. 3.000 Einwohnern, weiter große  
Zuwachsquote, sucht dringend Allgemeinmediziner.  
Räumlichkeiten können zur Verf. gestellt werden.  
Starthilfe und Unterstützung möglich.  
Ortsbürgermeister Hr. Lippmann Tel. 03304 - 502513

**Kontierungsbüro** in Berlin  
bearbeitet Ihre Geschäftsvorfälle  
schnell, zuverlässig und günstig.  
Tel: 0160/94 55 70 98

**Promovierte FÄ für Allg.-med.** su. neue Tätigkeit  
(Erfahrung in Orthop., Diabetol.) in Berlin.  
Chiffre BAE 50069

**Physiotherapie in Lichtenberg**  
sucht **Arzt zwecks Kooperation.**  
Bei Interesse bitte melden unter  
Tel.: 030-5579885, ggf. AB

**Ärztehaus** im Zentrum einer Kreisstadt südl. von Berlin  
(45 Min.) vermietet günstig Praxisräume mit Fahrstuhl.  
Gesucht werden dringend:  
- **ein(e) Fachärztin/-arzt für Augenheilkunde**  
(öffentliche Fördermittel stehen zur Verfügung)  
- **ein(e) Fachärztin/-arzt Allgemeinmedizin u.a.**  
nähere Auskünfte unter 03371/632996

**PRAXISSCHILDER**  
Drucksachen · Stempel

Fachberatung · Eilservice  
**THOMAS GÖTZE**  
Kaiser-Friedrich-Straße 5, 10585 Berlin  
Mo.–Do. 10–17 Uhr u. nach Vereinbarung  
☎ 341 10 64 Fax 341 90 25

**Erfolgreiche**  
**Ärztevermittlung**

Vertretungsgesuche und  
Vertretungsangebote

**Beate Schütz**  
Üderseestr. 17, 10318 Berlin  
Tel. 030/5081657 - Fax 030/50378 471  
aitschuetz@aol.com



Foto: Püschner/Zeitenpiegel

**Fair Play for Fair Life**  
Wer im Sport die Fairness verletzt, bekommt die gelbe oder rote Karte. Doch was im Sport allgemein akzeptiert ist, gilt nicht, wo Krieg, Unterdrückung und Ausbeutung zum Alltag

gehören. Wir fordern deshalb Fairness nicht nur im Sport, sondern generell zwischen den Menschen des Nordens und des Südens. Ein gerechtes Zusammenleben, menschenwürdige Arbeitsplätze und akzeptable

Handelsbedingungen. Mit Ihrer Spende unterstützen Sie unsere Versöhnungsarbeit in Konfliktsituationen und unsere Projekte für faire Bildungs- und Arbeitsbedingungen im Welthandel.  
**www.brot-fuer-die-welt.de**

**Anzeigenannahme: Telefon 08807-9289-12**

Bitte senden Sie ihre Anzeigendaten per E-Mail an  
[torsten.sievers@berliner-aerzteverlag.de](mailto:torsten.sievers@berliner-aerzteverlag.de)

Bitte schicken Sie uns den Text für Ihre Kleinanzeige einfach per E-Mail oder fügen Sie Ihrer Email ein Word-Dokument bei.

Ihre bereits gestaltete Anzeige senden Sie bitte als pdf (mit eingebetteten Schriften und Grafiken), eps oder tif in einer Auflösung von mindestens 300dpi.

Die Mindesthöhe für Kleinanzeigen beträgt 25mm,  
die Mindestgröße für Anzeigen im redaktionellen Teil beträgt 117x100mm.

Bitte richten Sie Zuschriften für Chiffreanzeigen an den

**Berliner Ärzte-Verlag Wilhelm Marth GmbH**  
Chiffre-Nr....  
Tietzenweg 85/87  
12203 Berlin

## Anzeigenschluss für Ausgabe 7/8: 22. Juli 2005

### Berliner Ärzteblatt (Rotes Blatt)

#### Bezugsbedingungen:

Jahresbezug 60 Euro, Bestellungen bei Verlag und Buchhandel. Abonnementpreis für Medizinstudenten gegen Nachweis 30 Euro. Bestellungen nur beim Verlag. Das Abonnement kann unter Einhaltung der Frist von einem Monat zum Jahresende gekündigt werden. Nichterscheinen infolge höherer Gewalt, Streik oder dgl. berechtigt nicht zu Ansprüchen gegen den Verlag. Konto: Berliner Bank (BLZ 10020000), Konto 3591912700 Erfüllungsort und Gerichtsstand: Berlin-Charlottenburg.

Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlages statthaft. Sämtliche Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung sowie auf Übersetzung in Fremdsprachen, für alle Beiträge vorbehalten. Mit Namen gekennzeichnete Artikel brauchen mit der Meinung der Redaktion nicht übereinzustimmen.

Druck: allprint media GmbH, Berlin

Die Herstellung und Vervielfältigung zu internem Gebrauch ist in beschränktem Umfang (bis zu 30 Exemplaren) gestattet. Für die Anfertigung von Vervielfältigungen ebenso wie die Veröffentlichung in elektronischen Medien ist die Genehmigung des Verlages erforderlich. Rücksendung nicht verlangter Manuskripte erfolgt, wenn ein adressierter Umschlag mit Rückporto beigefügt wurde. Mit der Übersendung des Manuskripts räumt der Einsender dem Verlag für die Dauer des urheberrechtlichen Schutzes auch das Recht ein, die photomechanische Vervielfältigung eines Beitrages zum innerbetrieblichen Gebrauch zu genehmigen. Es werden nur solche Manuskripte angenommen, die an anderer Stelle weder veröffentlicht noch gleichzeitig angeboten sind. Bei Briefen an die Redaktion wird das Einverständnis des Absenders zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn nicht gegenteilige Wünsche besonders zum Ausdruck gebracht wurden. Für Bücher, die aufgefördert zur Besprechung eingesandt werden, übernimmt der Verlag keine Gewähr.

# Maninil® 1,75, 3,5

## Frischer Wind für Ihr Budget



AGENTUR GRINTSCH - KÖLN

### Konsequent preiswert!

**Maninil®** 1, -1,75, -3,5, -5. **Wirkstoff:** Glibenclamid. Verschreibungspflichtig. Zusammensetzung: 1 Tablette enthält: Glibenclamid 1 mg, 1,75 mg, 3,5 mg bzw. 5 mg; **sonstige Bestandteile:** Lactose, Magnesiumstearat, Farbstoff E 124, nur Maninil® 1 / 5: Talkum. Anwendungsgebiete: Nicht insulinabhängiger Diabetes mellitus Typ 2, wenn Diät und körperliche Aktivität allein nicht ausreichen; bei beginnendem Sekundärversagen Kombinationsbehandlung mit Insulin möglich. **Gegenanzeigen:** Diabetes mellitus Typ 1, komplettes Sekundärversagen der Glibenclamidtherapie beim Diabetes mellitus Typ 2, insbesondere bei azidotischer Stoffwechseldekompensation, bei Praecoma und Coma diabeticum, bei Stoffwechseldekompensation im Verlaufe von Infektionskrankheiten und Operationen, bei Pankreasresektion. Schwere Leberfunktionsstörungen, Einschränkungen

der Nierenfunktion mit einer Kreatinin-Clearance von weniger als 30 ml/min, bekannte Überempfindlichkeit gegen Glibenclamid oder einen der sonstigen Bestandteile, geplante oder bestehende Schwangerschaft, Stillzeit. **Nebenwirkungen:** Hypoglykämie (u.U. protrahierter Verlauf mit Koma und letalem Ausgang; bes. bei Überdosierung, falscher Indikationsstellung, eingeschränkter Nieren- und Leberfunktion, Alkoholkonsum, unregelmäßiger Nahrungsaufnahme, ungewohnter körperlicher Belastung, endogenen Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels z.B. durch Erkrankungen der Schilddrüse, des Hypophysenvorderlappens und der Nebennierenrinde, sowie bei Arzneimittelinteraktionen). Zu Behandlungsbeginn vorübergehend Sehstörungen. Gelegentlich gastrointestinale Störungen (Übelkeit, Sodbrennen, Geschmacksstörungen, Magendruck,

Völlegefühl, Erbrechen, Bauchschmerzen, Durchfall). Selten Überempfindlichkeitsreaktionen der Haut, Photosensibilität; in Einzelfällen schwere generalisierte hypersensitive Reaktionen (Erythema multiforme, Lyell-Syndrom, exfoliative Dermatitis, Erythrodermie und Erythema nodosum) sowie Cholestase, Hepatitis, Erhöhung der Leberenzyme; hämatopoetische Schädigungen (selten Thrombozytopenie, sehr selten Leuko-, Erythro-, Granulo-, Panzytopenie, Agranulozytose); vereinzelt hämolytische Anämie, Vaskulitis. Schwache Diurese, Gewichtszunahme, möglicherweise nach Langzeittherapie Hypothyreose. **Hinweise:** Kreuzallergie mit anderen Sulfonylharnstoffen, Sulfonamidderivaten und Probenecid möglich. Beeinträchtigung des Reaktionsvermögens durch Hypoglykämien möglich. BERLIN-CHEMIE AG, 12489 Berlin. (Stand 6.02)

BERLIN-CHEMIE AG Diabetes Service · Glienicke Weg 125 · 12489 Berlin



**BERLIN-CHEMIE**  
**MENARINI**