

Mit dem größten Fortbildungskalender
für Berlin/Brandenburg

A 68047 D
Einzelpreis 6,00 Euro

Berliner Ärzteblatt

06 2009 Juni

(Rotes Blatt)

122. Jahrgang

Unabhängige Zeitschrift für Fortbildung, Gesundheits- und Berufspolitik

Politik

Mehr Ärzte in Deutschland:
Gibt es dennoch einen
Ärztemangel?

Praxis & Wirtschaft

Studie zur Arztwahl:
Worauf Privatpatienten
achten

Fortbildung

5 Seiten Termine und Daten

Medizin

Pulmonal-arterielle
Hypertonie: Verschenkte
Zeit ist verlorene Zeit

Harninkontinenz:
„Gendermedizin“ –
geschlechtsspezifische
Fragestellungen in der
Medizin

Lebensart

Ausflug-Tipps: NaturTher-
me, Zisterzienserkloster,
Radtour



Morbi-RSA und Diagnoseverschlüsselung

Wenn mehr Krankheit mehr Geld bedeutet

Harrisons Innere Medizin

17. Auflage
Deutsche Ausgabe

3 Bände inklusive Registerband, gebunden,
3.800 Seiten, durchgehend farbig.
ISBN 978-3-936072-82-2

EUR 269,95 [D]



Leseproben und Inhaltsverzeichnis unter
harrisons17.abwverlag.de



www.abw-verlag.de

Harrisons Innere Medizin ist im deutschsprachigen Raum unbestritten als der Goldstandard der Medizin etabliert. Mit nahezu 400 herausragenden deutschsprachigen Vertretern des jeweiligen Fachgebietes sind Diagnostik und Therapie der gesamten Inneren Medizin auf dem aktuellsten Stand dargestellt und an die deutschen Therapie- und Diagnosestandards angepasst.

Dabei bietet die 17. Auflage des Harrison folgende Neuerungen:

- **über 800 neue Abbildungen:** pathophysiologische Abläufe, klinische Befunde, Algorithmen, EKG-Kurven-Atlas, Farbwiedergaben pathologischer/histologischer Befunde und radiologische Bilddaten,
- **mehr als 40 neue Kapitel**, z. B. zu den Grundlagen globaler Gesundheit und medizinischer Versorgung. Außerdem eine neue Abteilung zur regenerativen Medizin mit Kapiteln zur Stammzellbiologie und zum „Tissue Engineering“,
- **eine Begleit-DVD** bietet 39 zusätzliche Kapitel essenzieller Bereiche der medizinischen Ausbildung und klinischen Praxis, mehr als 500 Abbildungen in Bildatlanten, über 1.500 Abbildungen zur Aufbereitung von Präsentationen sowie 90 Videoanimationen aus der Kardiologie und Endoskopie.



Für Fragen zu unserem Programm stehen wir Ihnen gern zur Verfügung:

ABW Wissenschaftsverlag GmbH · Kurfürstendamm 57 · 10707 Berlin

Tel.: +49 30 308 316 30 · Fax: +49 30 308 316 79

E-Mail: zentrale@abw-verlag.de · www.abw-verlag.de



Namen & Nachrichten

Namen & Nachrichten.....4

Politik

Morbi-RSA und Diagnoseverschlüsselung:
Wenn mehr Krankheit mehr Geld bedeutet8

Aus der 44. VV der KV Berlin vom 14.05.2009:
Macht auch Kleinvieh Mist? 11

Mehr Ärzte in Deutschland:
Gibt es dennoch einen Ärztemangel? 13

Praxis & Wirtschaft

Studie zur Arztwahl:
Worauf Privatpatienten achten 16

Fortbildungskalender

Fortbildungskalender..... 17

Medizin

Japanische Enzephalitis: Wirksamer Impfschutz bei
Reisen nach Fernost22

Innovationspreis AG Gastroenterologica: Darm-
reinigungslösung CitraFleet® ausgezeichnet24

Kolorektales Karzinom: FOLFIRI – First-Line-Therapie
der Wahl bei mCRC26

Pulmonal-arterielle Hypertonie: Verschenkte Zeit ist
verlorene Zeit27

Harninkontinenz: „Gendermedizin“ – geschlechts-
spezifische Fragestellungen in der Medizin29

Stellenmarkt/Kleinanzeigen

Stellenmarkt/Kleinanzeigen31

Lebensart

Ausflug-Tipps: NaturTherme, Zisterzienserkloster,
Radtour34

Impressum.....30, 32

Von Bayer

Emselex® befreit bei Überaktiver Blase.



Am Tag und in der Nacht.

Emselex® – Effektiv, weil selektiv:

- Überzeugende Wirkung auf die gesamte Symptomatik.¹
- Das Kurzzeitgedächtnis bleibt gemäß Kay-Studie unbeeinflusst.²
- Die Patienten können nachts besser schlafen.³
- Sehr gute Verträglichkeit.¹
- Zwei effektive Wirkstärken:
Standard-Dosis 1 x täglich 7,5 mg
oder bei Bedarf 15 mg.



www.emselex.de

1 Haab F. et al. BJU Int (2006); 98 (5): 1025–1032

2 Kay G. et al. Eur Urol (2006); 50: 317–326 (Gemessen mit dem Gesichter-Namen-Assoziationstest vs. Oxybutynin retard und Placebo)

3 Khullar V. J Urol (2004); 171(4) Suppl: 131 (A491)

Emselex® 7,5 mg / 15 mg Retardtabletten. Wirkstoff: Darifenacin (als Hydrobromid). Vor Verschreibung Fachinformation beachten. Zusammensetzung: Wirkstoff: 7,5 mg / 15 mg Darifenacin (als Hydrobromid). Sonstige Bestandteile: Calciumhydrogenphosphat, Hypromellose, Magnesium(stearat, palmitat), Polyethylenglykol, Titandioxid (E171) und Talkum. Emselex® 15 mg Retardtabletten zusätzlich: Eisenoxid gelb (E172) und Eisenoxid rot (E172). Anwendungsgebiete: Symptomatische Behandlung von Dranginkontinenz und/oder häufigem Wasserlassen und verstärktem Harndrang, wie es bei Patienten mit einem Syndrom der überaktiven Harnblase auftreten kann. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Harnverhaltung, Retention des Mageninhaltes. Patienten mit unbehandeltem oder nicht beherrschbarem Engwinkelglaukom, Myasthenia gravis, schwerer Leberfunktionsstörung (Child Pugh C), schwerer Colitis ulcerosa, toxischem Megakolon o. gleichzeitiger Behandlung mit starken CYP3A4-Hemmstoffen. Warnhinweise: Vorsicht bei Patienten mit autonomer Neuropathie, Hiatushernie, klinisch signifikanter Harnwegsobstruktion, Risiko für Harnverhaltung, schwerer Obstipation, obstruktiven gastrointestinalen Störungen wie z. B. Pylorusstenose. Vorsicht bei Patienten mit Engwinkelglaukom. And. Ursachen f. häufiges Wasserlassen vor Behandlung abklären, bei Harnwegsinfektion geeignete antibakterielle Therapie einleiten. Vorsicht bei Patienten mit Risiko für eine verminderte gastrointestinale Motilität o. gastroösophageale Refluxerkrankung und/oder gleichzeitiger Behandlung mit Arzneimitteln, die eine Ösophagitis verursachen oder verstärken können (wie z. B. orale Bisphosphonate). Bei neurogener Ursache für die Detrusor-Überaktivität wurden Unbedenklichkeit und Wirksamkeit nicht untersucht. Nebenwirkungen: Sehr häufig: Mundtrockenheit, Obstipation. Häufig: Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Übelkeit, Dyspepsie, trockene Augen. Gelegentlich: Verletzung, Asthenie, Gesichtsoedem, Bluthochdruck, Flatulenz, Durchfall, Ulzeration im Mund, periphere Ödeme, Aspartaminotransferase erhöht, Alaninaminotransferase erhöht, Ödeme, Schwindel, Schlaflosigkeit, abnormale Gedankengänge, Somnolenz, Dyspnoe, Rhinitis, Husten, Hautausschlag, trockene Haut, Juckreiz, Hyperhidrose, Sehstörungen, einschließlich verschwommenem Sehen, Dysgeusie, Harnverhaltung, Harnwegsinfektion, Harnwegserkrankung, Erektile Dysfunktion, Vaginitis, Blasen Schmerzen. Häufigkeit nicht bekannt: generalisierte Überempfindlichkeitsreaktionen einschließlich Angioödem. Symptome einer Gallenblasenerkrankung können durch Emselex möglicherweise maskiert werden. Verschreibungspflichtig. Novartis Europharm Limited, Wimblehurst Road, Horsham, West Sussex, RH12 5AB, Vereinigtes Königreich. Stand der Information: DE/5; (08/2008)



Bayer HealthCare
Bayer Vital



Bild: AOK-Mediendienst

■ Ausgaben der Kassen 2008

Der stationäre Sektor war auch 2008 der größte Ausgabenblock in der gesetzlichen Krankenversicherung. Von 100 Euro geben die Kassen 32,79 Euro für die Versorgung in den Krankenhäusern aus. Die Kosten für Arzneimittel liegen weiterhin an zweiter Stelle, gefolgt von der Vergütung der niedergelassenen Ärzte.

■ Tipp für Patienten

Ab sofort bietet diabetesDE Menschen mit Diabetes Rat und Unterstützung über das Diabetes-Gesundheitstelefon. Unter der Nummer 0180 2505205 können Interessierte sieben Tage in der Woche 24 Stunden Fragen zu Diabetes Typ 1 oder Typ 2 stellen.

Fachpersonal klärt Anrufer rund um die Uhr über Gesundheit, Lebensführung, Ernährung und Bewegung auf. Außerdem informiert es über spezialisierte Diabetes-Einrichtungen, Ärzte und Diabetes-Berater.

■ Kliniken erhöhen Ausgaben für Kundenbindung

70 Prozent der Kliniken in Deutschland investieren in den kommenden drei Jahren in die Kundenbindung. Dabei wollen sich vor allem kleinere und mittlere Betreiber künftig stärker finanziell engagieren. Während 83 Prozent der Kliniken mit bis zu 1000 Mitarbeitern zusätzliche Gelder für Kundenbindungsmaßnahmen freistellen werden, räumen nur 44 Prozent der Großkliniken entsprechende Investiti-

onsbudgets ein. Zu diesem Ergebnis kommt die Studie „Krankenhaus Trend 2009“ von Steria Mummert Consulting in Zusammenarbeit mit kma online.

■ Elektronische UAW-Meldung

Die Meldung zu Verdachtsfällen unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW) an das BfArM und das PEI ist zukünftig auch über das Internet möglich. Am 21. April 2009 haben das Paul Ehrlich-Institut (PEI) und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ein Online-Erfassungssystem für Verdachtsfälle unerwünschter Arzneimittelwirkungen freigeschaltet.

PEI: www.pei.de/meldeformulare-human; BfArM: <http://www.bfarm.de> -> Pharmakovigilanz -> Formulare

■ Mikroalbuminurietest abrechenbar

Die Deutsche Gesellschaft für Nephrologie gibt bekannt, dass der Mikroalbuminurie-Test, ein effektiver und sensitiver Test zur Früherkennung von nachlassender Nierenfunktion, nun auch im Vorsorgeangebot der gesetzlichen Kassen enthalten ist und von Hausärzten deutschlandweit bei den kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet werden kann (Ziffer 32135).

Bislang war nur der weniger sensitive „Albuminurie-Test“ in den Vorsorgepaketen („35+ Check-Up“) enthalten, der lediglich einen Albuminuriewert von >200 mg/Liter erfasst. Der nun abrechenbare Mikroalbuminurietest erfasst bereits einen Albuminuriewert von 20 bis 200 mg/Liter.

■ Vivantes mit positivem Ergebnis

Im fünften Jahr in Folge legt die Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH, der größte kommunale Klinikkonzern Deutschlands, eine positive Bilanz vor: Das Jahresergebnis 2008 liegt mit 2,4 Mio. Euro in der Größenordnung des Vorjahres (2007: 2,1 Mio. Euro, +14,3 Prozent). Trotz schwieriger politischer und wirtschaftlicher Vorgaben hat der Berliner Konzern mehr Investitionen aus eigener Tasche aufgebracht, neue medizinische Einrichtungen eröffnet und 17700 Patienten mehr behandelt als im Vorjahr. Der Vorsitzende der Geschäftsführung von Vivantes, Joachim Bovelet, erklärte auf der Bilanzpressekonferenz in Berlin: „Vivantes ist ein gesundes Unternehmen, das jeden dritten Patienten in Berlin versorgt, der zweitgrößte Arbeitgeber des Landes ist und auch in Zukunft die exzellente medizinische Versorgung für und in Berlin weiter ausbauen wird.“

■ Code für die „Schweinegrippe“

Die zurzeit weltweit auftretenden Influenza-Fälle durch das Virus A/H1N1 (sog. Schweinegrippe, Mexiko-Grippe oder nordamerikanische Grippe) müssen schnellstens statistisch identifizierbar sein. Die WHO hat entschieden, dafür den ICD-10-Code J09 zu verwenden.

Der Titel dieser schon bestehenden Schlüsselnummer J09 (Grippe durch nachgewiesene Vogelgrippe-Viren) wird entsprechend angepasst. Eine genaue Formulierung für den neuen Klassentitel wird zurzeit entwickelt. Sobald die konkrete neue Formulierung für den Klassenti-

tel des Codes J09 vorliegt, wird das DIMDI darüber informieren.

■ Ärztedemo in Düsseldorf

Rund 1500 Hausärzte, Praxismitarbeiter und Patienten aus ganz Nordrhein-Westfalen gingen am 6. Mai 2009 in Düsseldorf auf



Bild: Deutscher Hausärzteverband e. V.

Ärzte zeigen Krankenkassen die gelbe Karte

die Straße, um für die langfristige Sicherung der hausärztlichen Versorgung zu demonstrieren. Ihr Anliegen war es, alle Krankenkassen an ihre gesetzliche Pflicht zu erinnern, bis zum 30. Juni dieses Jahres Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung anzubieten. Die Hausärzte zeigten den Krankenkassen bildlich die gelbe Karte und trugen die Gesetzestafeln mit dem § 73 b des SGB V stellvertretend zu den Verwaltungsgebäuden der AOK und Techniker Krankenkasse. „Die Vorstände der Kassen haben in den ersten vier Monaten wertvolle Zeit für sinnvolle Verhandlungen verstreichen lassen und versucht, das Gesetz zu umgehen“, kritisiert Dr. Dirk Mecking, Vorsitzender des Hausärzteverbandes Nordrhein. Nach An-

kündigung der Demonstration hätten die Krankenkassen erstmals zum Vertragsgespräch eingeladen, ein weiteres Treffen sei terminiert. „Wir hoffen sehr, dass durch die öffentliche Aufmerksamkeit endlich Schwung in die Verhandlungen kommt“. Vorbild seien die beiden in Bayern und Baden-Württemberg bereits be-

stehenden Verträge zwischen den Vertretern der Hausärzte und der AOK.

■ Das neue Stellenportal für Ärzte

klifikfinder.de ist ein neues, optimiertes Stellenportal im Internet zur Vermittlung zwischen Kliniken und ärztlichem Fachpersonal. Bereits jetzt sind über 10000 Weiterbildungsstellen „findbar“. Über 3500 Seitenaufrufe gab es in der ersten Woche. „Der Kern dieser neuen Plattform ist eine Datenbank, in der Profile der angemeldeten Fachabteilungen aus den deutschen Krankenhäusern dauerhaft hinterlegt sind. Damit haben die Kliniken die Möglichkeit, ihr Karriereangebot umfangreich

zu präsentieren“, erklärt Dr. Nils Kneißel, Facharzt für Chirurgie und Mitgründer des Portals, das bereits für den Innovationspreis-IT 2009 nominiert wurde.

■ Lauf gegen Osteoporose

Rund 600 Mitglieder und Mitarbeiter des Deutschen Bundestages sowie auch Bundespräsident Horst Köhler, gingen am 6. Mai 2009 in Berlin gemeinsam mit Vertretern der Nationalen Initiative gegen Osteoporose (NIO) zu einem „Lauf gegen Osteoporose“ an den Start.



Bild: Nationale Initiative gegen Osteoporose (NIO) Bundespräsident Horst Köhler

Ihr gemeinsames Anliegen: Die Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die „stille Krankheit“ und die rechtzeitige Diagnose und Therapie von Risikopatienten. Allein in Deutschland sind nach aktuellen Erhebungen rund 7,8 Mio. Menschen betroffen.

■ Mehr Raucherinnen

Im Jahr 2007 starben laut Statistischem Bundesamt bundesweit 43005 Personen (30406 Männer und 12599 Frauen) an Krebserkrankungen der Lunge und der Bronchien, des Kehlkopfes oder der Luftröhre. Diese Erkrankungen werden in engen Zusammenhang mit dem Konsum von Tabakprodukten gebracht. Das Risiko von Frauen, an einer die-



Foto: Stock photo

Immer mehr Frauen rauchen und bekommen Lungenkrebs

ser Krebsarten zu sterben, ist in den letzten Jahren sehr stark angestiegen: Die Todesfälle verdoppelten sich in den letzten 20 Jahren nahezu von 6367 im Jahr 1987 auf 12599 im Jahr 2007. Bei den Männern ging die Zahl dagegen um 8 Prozent zurück.

■ Arztpraxen dürfen sonntags nicht öffnen

Arztpraxen dürfen nicht unter das Verbot der Sonntagsarbeit fallen. Das fordert der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin. „Viele niedergelassene Ärzte verstehen sich als moderne Dienstleister für ihre Patienten und bieten zunehmend auch Sprechstunden an den Wochenenden an. Während dieser Trend im Einzelhandel durch eine Änderung des Ladenschlussgesetzes längst berücksichtigt wurde, wird die Erweiterung des Angebotes ambulanter medizinischer Leistungen durch das Arbeitszeitgesetz eingeschränkt“, kritisiert KV-Vorsitzende Dr. Angelika Prehn.

Die Berliner Senatsgesundheitsverwaltung hatte die KV in einem Schreiben darauf hingewiesen, dass das Verbot der Sonntagsarbeit auch in Arztpraxen gelte. Nach Ansicht der Behörde fällt die Öffnung von Arztpraxen nicht unter die Ausnahmeregelungen des Arbeitszeitgesetzes, wonach Arbeitnehmer an Sonn- und Fei-

ertagen in Not- und Rettungsdiensten sowie in Krankenhäusern und „anderen Einrichtungen“ zur Behandlung, Pflege und Betreuung von Personen beschäftigt werden dürfen. Sie vertritt ferner die Auffassung, dass zwar Kinderheime, Seniorenheime, Sozialstationen und Frauenhäuser, aber nicht Arztpraxen als „andere Einrichtungen“ im Sinne des Arbeitszeitgesetzes zu verstehen sind.

Der Vorstand appelliert an die Senatsverwaltung, die Ausnahmeregelung für „andere Einrichtungen“ auch für Arztpraxen und Medizinische Versorgungszentren gelten zu lassen. Sollte die Behörde bei der Beurteilung keinen Spielraum sehen, müsse sich der Berliner Senat für eine Änderung des Arbeitsschutzgesetzes einsetzen, fordert die Vorstandsvorsitzende Prehn. Anderenfalls hätte dies nicht unerhebliche Auswirkungen auf die



Foto: AOK

Sprechstunde am Wochenende: Verbot der Sonntagsarbeit

ambulante Versorgung der Berliner. Eine Konsequenz ist, dass zwar zugelassene Vertragsärzte ihre Praxis am Sonntag öffnen dürfen, eine Tätigkeit von medizinischem Hilfspersonal und angestellten Ärzten jedoch nach dem Arbeitszeitgesetz verboten ist. Dieses Beschäftigungsverbot betrifft nicht nur die Öffnung der Praxen und Medizinischen Versorgungszentren, sondern auch die Hausbesuchstätigkeit an

Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen. Vertragsärzte dürfen danach angestellte Ärzte nicht damit beauftragen, Hausbesuche an einem Sonntag durchzuführen. In Berlin bieten am Wochenende rund 600 Ärzte eine Sprechstunde an, davon etwa 60 am Sonntag. Dieses Serviceangebot wird vor allem von berufstätigen Berlinern gerne in Anspruch genommen. Auch Patienten, die am Wochenende akut erkranken, aber nicht den Bereitschaftsdienst rufen oder ins Krankenhaus gehen wollen, nutzen die Sondersprechzeiten.

■ Untersuchung zur Früherkennung von Hautkrebs

Von Juli bis Dezember 2008 ließen rund 125 000 Kassenpatienten ihre Haut von einem Haus- oder Hautarzt untersuchen, wie die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin mitteilt. Vorstandsmitglied Burkhard Bratzke appellierte an die Berliner, die noch nicht zur Untersuchung waren, unbedingt die Chance zur Früherkennung zu nutzen. „Hautkrebs zählt zu den häufigsten Krebsarten. Früh erkannt, ist er fast zu 100 Prozent heilbar.“

■ Protest gegen die Honorarreform

Der Verband „Freie Ärzteschaft“ (FÄ) rief aus Protest gegen die Honorarreform vom 18. bis 23. Mai zu Praxisschlie-

ßungen auf. Mehrere Tausend Praxen schlossen sich bundesweit dem Protest an. Das neue Arzthonorar wurde im August 2008 beschlossen. Die Zahlen seien seither noch einmal nach oben korrigiert worden. Dies bedeu-



te: 2009 bekommen die rund 140 000 niedergelassenen Ärzte rund 30,5 Mrd. Euro. Dies sind rund 3,5 Mrd. mehr als 2007. Da jedoch bei den Ärzten immer weniger Geld ankomme, drohe der wohnortnahen Versorgung durch Haus- und Fachärzte politisch gewollt das Aus, sagt FÄ-Präsident Martin Grauduszus.

■ Sozialdatenschutz in Gefahr

„Die Daten von Teilnehmern an Selektivverträgen sind bei privaten Rechenzentren gefährdet. Diese Abrechnungsstellen bie-

ten nicht die Datensicherheit, wie sie der Verbund der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) gewährleisten kann.“ Das hat Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), anlässlich eines Pressegespräches in Berlin gesagt. Öffentlich-rechtliche und Körperschaftsrechtliche Institutionen unterliegen im Gegensatz zu privaten Abrechnungsstellen den strengen Datenschutzregelungen des Sozialgesetzbuches. Eine vergleichbare Datensicherheit kann bei privaten Anbietern nicht garantiert werden. Um die sensiblen personenbezogenen Gesundheitsdaten zu sichern, bietet die KBV an, die Abrechnung von Leistungen in Selektivverträgen auch dann über die KV-Struktur abzuwickeln, wenn die KV selbst kein Vertragspartner ist. „Eine Abrechnung auf höchstem Datenschutzniveau ist ohne weiteres über KVen und KBV möglich. Wir sind dazu bereit, diese Aufgabe zu übernehmen“, führte der KBV-Chef aus.

■ Berlin wird älter

Dass die Berliner immer älter werden, besagt der Gesundheitsbericht 2008. Berliner haben eine durchschnittliche Lebenserwartung von 77 Jahren, Berlinerinnen werden im Durchschnitt 82 Jahre alt. Nicht ganz 50 Prozent der Einwohner Berlins werden in 20 Jahren das fünfte Lebensjahrzehnt erreicht haben.



Foto: Stock photo

Morbi-RSA und Diagnoseverschlüsselung

Wenn mehr Krankheit mehr Geld bedeutet

Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der KBV, kritisierte, „dass Krankenkassen die Ärzte in ihrer Diagnosestellung beeinflussen. Das Problem ist bundesweit zu beobachten und wird immer größer.“

Die AOK witterte falsche Diagnoseverschlüsselungen. Oder, wie es die AOK Bayern ausdrückt, „dass die gesetzlich vorgeschriebene Dokumentation der ärztlichen Diagnosen nicht immer korrekt und vollständig ist“. Und reagierte. Sie schickte „Berater“, um Ärzte auf die richtige Fährte zu setzen. Diese Art von Beratung mache Kranke kränker als sie wirklich sind, lautete die feine Art der Kritik gegen dieses Vorgehen. Die unfeine: Betrug.

Schuld an dem ganzen Durcheinander ist der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Er führt dazu, dass den Kassen daran gelegen ist, die

Diagnoseverschlüsselung durch Ärzte „zu optimieren“. Der Grund: Kassen erhalten höhere Zuschläge aus dem Gesundheitsfonds, wenn ihre Versicherten eine oder sogar mehrere Krankheiten von einer Liste von 80 haben, für die der Gesundheitsfonds zusätzlich Geld bezahlt. Darunter fallen lukrative und weniger lukrative Diagnosen. Beispielsweise erhält die Kasse für einen Patienten mit Depressionen 1006 Euro aus dem Fonds, für einen Psychotiker dagegen 964 Euro, erklärte Roland Stahl, Sprecher der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Und dies hätte eini-

ge Kassenvertreter dazu gebracht, Arztpraxen zu besuchen und Ärzte zu entsprechenden Diagnosen zu drängen, kritisierte KBV-Chef Dr. Andreas Köhler. Es gebe bisher rund 100 Einzelfälle versuchter Einflussnahmen von Kassen auf Ärzte. So wurde beispielsweise bekannt, dass die BKK Salzgitter niedergelassene Ärzte kontaktiert hatte, Diagnosen, die unvollständig oder unklar beschrieben waren, noch einmal zu überprüfen. Kurze Zeit später geriet die AOK Niedersachsen in die Kritik. Sie soll sogar pro geprüfter Patientenakte den Ärzten 10 Euro gezahlt haben.

Köhler hält die Verträge zwischen Ärzten und Kassen dennoch nicht für grundsätzlich rechtswidrig: Gehe es nur darum, „korrekte Diagnosen zu stellen, nicht falsche“, lasse sich nichts dagegen sagen. Dennoch wisse man, dass die Kassen nur so agieren, weil die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds von den Diagnosen ihrer Versicherten abhängen. Eine Richtlinie zur exakten Angabe von Diagnosen sei nun zum 01.07.2009 geplant, teilte die KBV mit. Ärzten soll es erschwert werden, zugunsten der Krankenkassen die Krankheiten ihrer Patienten dramatischer darzustellen als nötig. „Krankenkassen, die Ärzte – zum Teil sogar mit Geldprämien – veranlassen, ihre Diagnosen nachträglich zu verändern, um mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds zu bekommen, verhalten sich rechtswidrig“, erklärt der Präsident des Bundesversicherungsamtes, Josef Hecken. Die Sprecherin der KV Berlin, Annette Kurth, weist nach einer Anfrage darauf hin, dass Ärzten, die falsch codieren und somit falsch abrechnen Honorarrückzahlungen und die Einleitung eines Disziplinarverfahrens droht. Auf die Frage, wer die Richtigkeit der Diagnosen denn eigentlich in Berlin kontrolliere und wie die Richtigkeit kontrolliert werde, antwortete Frau Kurth: „Bei der Überprüfung der Abrechnung kontrolliert die KV Berlin auch die Codierung. Bereits im ersten Schritt – zunächst wird anhand der Behandlungsscheine mit den dort verzeichneten Leistungen routinemäßig in einem IT-gestützten Verfahren untersucht, ob ein Arzt die Regelungen der Gebührenordnung richtig angewandt hat – werden auch grobe Codierungsfehler auffällig. Auch

im Rahmen der anschließenden Plausibilitätsprüfung werden die Diagnosen in die Prüfung einbezogen. Denn mittels der Codierung begründet ein Arzt, warum er eine bestimmte Leistung erbracht hat.“ Sie weist jedoch auch darauf hin, dass bei diesen Kontrollen grobe Fehler sichtbar werden, eine feine Prüfung sei damit nicht möglich.

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt duldet keinen möglichen Missbrauch beim Morbi-RSA. Wer betrügerisch Patienten mit dem Ziel höherer Zuweisungen aus dem Morbi-RSA krän-

ker mache, „der muss mit dem Staatsanwalt rechnen“, sagte Schmidt. Gesetzesänderungen seien nicht nötig.

Die Bundesregierung will die gesetzlichen Krankenkassen schärfer kontrollieren. „Künftig soll das Bundesversicherungsamt auch Kassen prüfen, die sonst unter Landesaufsicht stehen“, berichtete die „Financial Times Deutschland“. Darauf habe sich kürzlich eine Arbeitsgruppe der Koalition geeinigt. „Die Einigung sieht vor, dass das Amt sämtliche Abrechnungen prüfen und sogar einzelne, anonymisierte

Zuschlag für Kassen

Für 80 Krankheiten bekommen die Krankenkassen nach dem neuen Morbi-RSA höhere Zuschläge aus dem Gesundheitsfonds. Und zwar nach einer klaren Prioritätenliste: Krankheiten, die oben stehen, für die gibt es mehr Geld. Beispiel: Psychose 1964 Euro, Depression 1006 Euro. Doch reicht das Geld im Topf (Gesundheitsfonds) für die Vergütung aller Krankheiten? Dies zweifelte der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, auf dem Deutschen Ärztetag in Mainz an: Würden künftig nicht ausreichende finanzielle Mittel in die Versorgung der Patienten fließen, müsse die Gesellschaft offen und ehrlich über gerechte Verteilungsmechanismen, wie beispielsweise eine Priorisierung medizinischer Leistungen, diskutieren, ist auf der Internetseite der Bundesärztekammer zu lesen. „Im Prinzip bedeutet Priorisierung, dass ärztliches Handeln in Diagnostik und Therapie im Rahmen der zur Verfügung stehen-

den Leistungsmöglichkeiten eine Auswahl trifft, welche Therapiemöglichkeiten für welche Patienten in Zukunft zur Verfügung stehen und worauf unter Umständen verzichtet werden muss“, erklärte Hoppe. Die Ärztegewerkschaft Marburger Bund unterstützte ihn. Ihr Chef Rudolf Henke forderte unmittelbar vor dem Deutschen Ärztetag in Mainz eine Diskussion darüber, „welche Leistungen auf jeden Fall erbracht und bezahlt werden und welche nur dann, wenn das Geld reicht“.

Ulla Schmidt äußerte sich der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ gegenüber, dass eine Klassifizierung nach Dringlichkeit nicht ihrem Verständnis vom Sozialstaat entspreche. „Es wird keinen Prioritätenkatalog für Krankheitsbehandlungen geben.“ Allerdings, so die Gesundheitsministerin, müssten neue Diagnose- und Therapieverfahren unter Kosten-Nutzen-Aspekten bewertet werden. Wenn herauskäme, dass diese nichts nützten, könne es zum Ausschluss kommen.

Arztpraxen durchleuchten kann, wenn es bei einer Kasse einen auffälligen Anstieg des Krankenstands feststellt. Finden die Kontrolleure keine glaubhaften Gründe für den Anstieg der Krankheiten, können die Zahlungen an die Kassen gekürzt werden. Betroffen wären unter anderem die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK)“, erklärt die „Süddeutsche Zeitung“.

Die AOK äußerte sich jedoch durch Jürgen Graalman, ihrem stellvertretenden Vorstandsvor-

sitzenden: „Für die AOK ist es selbstverständlich, dass die dokumentierten Diagnosen das Krankheitsbild der Patienten korrekt und vollständig abbilden müssen. Alles andere ist illegal, Manipulationen sind zu sanktionieren.“ Die AOK-Gemeinschaft hat bereits im Januar mit einer „Deklaration zur Verbesserung der ärztlichen Diagnose-Dokumentation“ reagiert. Dort heißt es, „die AOK spricht sich für einheitliche, verbindliche und qualitätsgesicherte Co-

dierrichtlinien aus. Für eine Offenlegung der Kriterien für den Morbi-RSA klagt die AOK Bayern sogar beim Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen. „Die Kriterien, die das Bundesversicherungsamt der Mittelverteilung zugrunde legt, sind nicht nachvollziehbar“, sagte ein Sprecher. Man wende sich mit der Klage nicht gegen den Finanzausgleich. Es gehe darum, Transparenz und damit Planungssicherheit zu schaffen.

A. W.

Stellungnahme: Hausärzterverband e. V. (Berlin/ Brandenburg), Vorsitzender Dr. Hans-Peter Hoffert

„Eigentlich waren die Diagnosen dazu gedacht, das Tun des Arztes nachzuvollziehen. Nun kristallisiert sich stärker heraus, dass sämtliche Diagnosen definiert werden sollen. Dort sehe ich eine Grenze des Machbaren, denn einige Diagnosen sind so sensibel, dass sie nicht auf dem Abrechnungsschein landen sollten. Der Grund: Der Datenschutz ist löchriger als wir annehmen. Und bekannt ist beispielsweise, dass Patienten aufgrund ihrer Diagnose angeschrieben werden. Die KKH fischte sich beispielsweise alle Patienten mit Diagnose Kopfschmerz heraus und kümmerte sich um sie“. „So weit ich weiß, steht nirgendwo geschrieben, dass alle Diagnosen mitgeteilt werden müssen. Jetzt wird dies allerdings erwartet, was aus hausärztlicher Sicht eine haarige Angelegenheit darstellt. Es kollidiert mit dem Vertrauensschutz, den Patienten genießen, und mit der ärztlichen Schweigepflicht. Wir

müssen mit unserem Tun transparent bleiben, aber nicht auf Kosten des Patienten.

Wir machen das, was nötig ist, das heißt, unser Tun in den Diagnosen widerspiegeln, aber nicht mehr. Die gesamte Morbidität des Patienten der Kassen widerzuspiegeln ist aus unserer Sicht eher haarig.“

Was sagen die Krankenkassen?

„Das Geld aus dem Solidartopf soll dorthin fließen, wo es für die Behandlung von Kranken gebraucht wird“, heißt es bei der AOK. Doch setzen hier Kritiker wie Prof. Dr. Norbert Klusen, Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse, an. Denn mit dem Morbi-RSA würden jene Kassen besser gestellt, die möglichst viele kranke Patienten hätten. Ihr wirtschaftliches Interesse würde also nicht darauf gelenkt, möglichst wenig Kranke und damit wenig Kosten zu generieren, sondern möglichst viele. „Nur ein kranker Versicherter ist im neuen System ein guter Versicherter“, sagte Dr. Christoph Straub von der Techniker Krankenkasse im Interview

mit dem ARD-Magazin „Panorama“. Den Kunden krank zu behalten, hat laut Dr. Hans Unterhuber von der Siemens-Betriebskrankenkasse nicht nur auf die Behandlung, sondern auch auf das Gesundheitsförderprogramm und die Prävention massive Auswirkungen.

Und zwar sei es besonders kritisch, dass auch für Wohlstandskrankheiten, wie Diabetes mellitus und Bluthochdruck, Geld ausgeschüttet würde. Diese Krankheiten ließen sich gut durch Gesundheitsförderprogramme lindern und präventiv behandeln. Die Folge könnte sein, dass es durch Fehlanreize viel mehr Diabetes- und Bluthochdruck-Patienten geben könnte. Die AOK weist jedoch darauf hin, dass mit gesunden Versicherten weiterhin die größten Überschüsse erzielt würden. Denn gut die Hälfte der Beitragsmittel würden für Versicherte ohne Krankheitszuschläge ausgeschüttet. Daher sei es für jede Krankenkasse weiterhin von großer Wichtigkeit, dass ihre Versicherten ein gesundes Leben führten und Krankheiten vorbeugten.

Macht auch Kleinvieh Mist?

Die Honorarverteilung ist nach wie vor ein Chaos. Statt mehr kommt bei den meisten wahrscheinlich weniger Geld an. Und schon jetzt wird immer deutlicher, dass alle Ziffern unterbewertet sind.

Es ist kaum zu begreifen, wie bei dem komplexen Chaos in der Honorarverteilung ein Vertragsarzt noch wissen kann, wie er sein ihm zugeteiltes Geld verdient. Es gibt dabei schließlich so viele Lücken, Holzwege und Winkelzüge, die einer nicht erkennen kann, wenn er sich nicht gewissermaßen hauptamtlich und permanent damit beschäftigt. Kann er das nicht, hat er nicht die Zeit dazu, geht er als Arzt möglicherweise einem existenzgefährdenden Beruf nach.

Dazu kommt unter anderem, dass jeder Arzt zu ständiger Fortbildung verpflichtet ist. Und so war dann auch seitens des KV-Vorstandes zu vernehmen, dass viele Berliner Vertragsärzte ihrer Fortbildungsverpflichtung nicht nachgekommen seien, das heißt, sie hätten die nötige Punktzahl nicht erreicht.

Eine andere Frage bezog sich auf die Sonntagssprechstunde und einen Beitrag dazu im „Tagesspiegel“. Seitens der Senatsverwaltung hieß es dort: Jeder Arzt könne auch sonntags arbeiten, jedoch ohne Personal. Um hier Behinderungen, wie hier zum Beispiel bei Homecare, zu vermeiden, sollten Arztpraxen besser unter „sonstige Einrichtungen“ geführt werden.

Noch eine kurze Mitteilung zur „Zweitpraxis“: Eine solche sei innerhalb Berlins schlicht nicht er-



Foto: Stock photo

laubt, da hier die ärztliche Versorgung gesichert sei, obgleich die Verteilung der Vertragsarztsitze in der Stadt als nicht so optimal zu bezeichnen sei.

Hinsichtlich des Bewertungsausschusses war zu hören: Alle Ziffern seien chronisch unterbewertet. Zum Kalkulationspunktwert hieß es zum Beispiel weiter, dieser solle auf ca. 3,5 Cent festgelegt werden und beim Orientierungspunktwert sei ein Inflationsausgleich vorzusehen – alles Forderungen, denen allerdings auch die Kassen zustimmen müssten.

Immer mehr Geld, wie von Ulla Schmidt angekündigt, ohne wirklich grundlegende Reformen, wird sich weiterhin als nichts weiter denn teure Wahlpropaganda erweisen. Der zu Jahresbeginn eingeführte „Gesundheitsfonds“ mit inzwischen 170 Mrd. plus von Ulla vorgesehenen weiteren 25 Mrd. wird Patienten nicht wirklich nützen und den meisten Ärzten letztlich nicht mehr Geld bescheren.

Weiter hieß es seitens des Vorstandes, wegen der Einführung von Abrechnungsprogrammen sei

ein Versand der Abrechnungunterlagen des Quartals 3/2008 an die Ärzte bisher nicht möglich gewesen. Andererseits sei jedoch die Restzahlung des Quartals 4/2008 bereits angewiesen worden. Auch erste Ergebnisse des Quartals 1/2009 lägen vor. Dazu hieß es: Bei den RLV-Restzahlungen zeichne sich eine Gefahr für RLV-Leistungen durch eine starke Zunahme von Leistungen außerhalb des RLV ab.

Schließlich kam als Thema die für den 23.04.2009 halb und halb abgesagte VV durch eine Anfrage eines Vertreters nach dem ihm zustehenden Sitzungsgeld auf die Tagesordnung. Seitens des stellvertretenden Vorsitzenden Kraffel verlautetete, dass dies keine ordentliche Sitzung gewesen sei, für die dort anwesende Vertreter Anspruch auf Sitzungsgelder geltend machen könnten. Laut Satzung komme eine ordentliche VV erst dann zustande, wenn auch der KV-Vorstand eingeladen worden sei. Dem sei nicht so gewesen und deshalb gebe es auch kein Sitzungsgeld (26,00 Euro Antrittsgebühr,

sowie 16,00 Euro je halbe Stunde Anwesenheit). Die Kosten einer VV betragen lt. Auskunft zwischen 2000 und 6000 Euro, je nachdem wie viele Vertreter teilgenommen haben. Wie dem auch sei, hier war offensichtlich etwas quergelaufen, auch Vorstand und VV-Vorsitzender waren nicht einer Meinung.

Schließlich war zu vernehmen, werde ein „Versorgungsebenenmodell“ gesucht. Dazu sollten zwei Versorgungsmodelle miteinander verglichen werden. Eines davon sei ein „strukturiertes Hausarztmodell“ ... Doch sind das, meinen wir, alles meist nur kurzfristig haltbare Erfindungen. Es gibt inzwischen so viel: „Rein in die Kartoffeln, raus aus die Kartoffeln“, dass die Halbwertszeit der Gültigkeit mancher Expertenschöpfungen so kurz ist, dass letztlich nur die Eingebundenheit in die Tagespolitik eine Beschäftigung damit verlangt, auch schon weil so manche großkopfete Anordnung auch große Schäden verursachen kann.

Weiter ging es um einige Änderungen hinsichtlich der Honorarverteilung für das 3. Quartal. Der Bewertungsausschuss habe, wie von Kraffel zu hören war, für das 3. Quartal 2009 einige Änderungen beschlossen, so etwa die Erhöhung der Rückstellungen von 2 Prozent auf 3 Prozent. Statt eines „Arztfalles“ solle es sich künftig um einen „Behandlungsfall“ handeln. So sei zum Beispiel je Behandlungsfall ein zehnprozentiger Zuschlag für fachgleiche Praxen vorgesehen. Ferner ging es um einige Einigungen mit den Kassen. So ergäben sich aus der Berechnung der leidigen EBM-Faktoren Zuschläge für einige Leistungsbe-

reiche, so beim Facharzt für Nervenheilkunde. Des Weiteren habe man sich auf eine Änderung des Fachgruppenzuschnittes als Extrafachgruppe bei Neurologen und Kinderneurologen geeinigt. Ferner sei man sich auch einig gewesen, dass Aids-Ärzte und hausärztliche Onkologen weiterhin nicht getrennt ausgewiesen würden. Bei einer Trennung, meinte Kraffel, würden die AIDS-Ärzte zu schlecht wegkommen. Diese Übereinstimmungen mit den Kassen wurden von der VV ohne Gegenstimme akzeptiert.

Einstimmig gebilligt wurde schließlich noch eine zweite Nachtragsvereinbarung zum bestehenden Vertrag gemäß § 73c SGB V über ein interdisziplinäres Versorgungskonzept zur Behandlung des unteren unspezifischen Rückenschmerzes sowie einer Rahmenvereinbarung zwischen der KV Berlin und der KKH-Allianz mit einigen weiteren Änderungen. Schließlich wurden von Kraffel noch Teilungsentscheidungen nach dem Trennungsfaktor bekanntgegeben: Erste Hilfe, ÄBD und Laborleistungen. Es habe, war zu hören gewesen, in diesen Bereichen Zuordnungsschwierigkeiten gegeben. Man könne nun nach der Trennung in drei Bereiche wieder eine „Adjustierung“ der Rückstellungen vor eine Hausarzt/Facharztentrennung ziehen, wie es auch früher schon gehandhabt wurde.

Zum Schluss der Tagesordnung wartete Dr. Urban aus dem Zulassungsausschuss mit einem Bericht, unter besonderer Berücksichtigung Medizinischer Versorgungszentren und Ermächtigungen, auf. Die Zulassungsgremien, war zu hören, insbesondere der

Zulassungsausschuss, tagten sechsmal im Monat je vier bis sieben Stunden. Zur ständigen Tätigkeit gehörten Bedarfsprüfungen und dazu Anfragen an einzelne Ärzte, an Beratungsärzte der KV, an entsprechende Kommissionen der KV ... Bei Durchsicht der Gesamtabrechnungsstatistik komme man auf ein MVZ für 27 000 Einwohner in Berlin.

MVZs hätten in Berlin die höchste Dichte in Deutschland. Das ist natürlich nicht verwunderlich, wenn man hier an die vielen umgewandelten Polykliniken (311er Einrichtungen im Osten Berlins) denkt. Es gebe in Berlin, zählte Urban auf: ca. 130 MVZs und ca. 30 sehr problematische Krankenhaus-MVZs, ca. 500 angestellte Ärzte in den MVZs, davon 335 Ganztagsbeschäftigte. In Berlin, aber auch bundesweit, sei eine deutliche Zunahme an Teilzeitbeschäftigten und eine Abnahme Vollzeitbeschäftigter zu verzeichnen. Einem MVZ könne genau wie einer Praxis die Zulassung entzogen werden.

So gebe es zum Beispiel in der SANA GmbH 36 solcher Einrichtungen mit ein bis 70 Ärzten (50 Vollzeitstellen). Das Polyklinikum Buch am Heliosklinikum komme auf drei Einrichtungen mit 70 Vollzeitstellen (Helios-Klinikum-Buch GmbH). So würden etwa auch unverkäufliche Praxen häufig mit Tricks auf den Namen des Praxisinhabers in MVZs geschmuggelt. Dort könne der Inhaber sich dann persönlich zur Ruhe setzen und sich die Praxis gewissermaßen abzahlen lassen. Sehr undurchsichtig das Ganze, da auch der häufige Personalwechsel ziemlich unübersichtlich bleibe.

Raimund August

Mehr Ärzte in Deutschland

Gibt es dennoch einen Ärztemangel?

Unsere Patienten beklagen steigende Wartezeiten, die Kliniken das Fehlen ärztlichen Nachwuchses, Kommunen das Fehlen von Haus- und Fachärzten. Unsere Gesundheitspolitiker und die Vertreter der Krankenkassen beklagen eine Überversorgung in den Großstädten. Haben wir in Deutschland nun eine Überversorgung, eine Fehlverteilung oder doch einen Ärztemangel? Oder betrachten wir die Situation nur einseitig?

Im Jahr 2007 waren bei der Bundesärztekammer 413 696 Ärzte registriert, 5,03 pro 1000 Einwohner. Die Entwicklung der Arzt- und Einwohnerzahlen in Deutschland zeigt die Abbildung: Die Zahl der in Deutschland registrierten und der berufstätigen Ärzte ist sowohl im stationären wie auch im ambulanten Bereich unzweifelhaft gestiegen. Im internationalen Vergleich steht Deutschland bei der Arztdichte mit an der Spitze. Eine Abwanderung in Behörden und Körperschaften hat nicht stattgefunden; die dort tätigen Ärzte sind sogar weniger geworden (von 9,5 Prozent 1991 auf 8,6 Prozent 2006).

Alter und Demographie der Ärzte

Das Durchschnittsalter der Ärzte ist kontinuierlich gestiegen. Der Nachwuchs (die 35- bis unter 40-Jährigen) hat leicht zugenommen. Betrachtet man den Zeitraum von 1991 bis 2007, erheblich gestiegen ist jedoch der Anteil älterer Ärzte (der 50- bis unter 60-Jährigen, auf 176 Prozent, und der 60- bis unter 65-Jährigen auf 318 Prozent).

Mit dem Ausscheiden der ältesten ärztlichen Jahrgänge werden gleichzeitig Absolventen nachrücken. Dabei hat sich seit 2000 die Zahl der Absolventen auf etwa 8800 pro Jahr (ca. 44 000 pro fünf Jahrgänge) eingependelt. Damit entspricht die Absolventenzahl in etwa der Zahl ausscheidender

Ärzte. Von einer Abnahme der in Deutschland berufstätigen Ärzte, von einem absoluten Ärztemangel, kann somit nicht die Rede sein.

Wenn bisher eine Zunahme der Ärzte je Einwohner zu verzeichnen war, wird diese Quote zu-

sen nicht bezahlt. Die ab 2009 bereitgestellten 2,3 Mrd. Euro werden dieses Defizit von 33 Prozent auf 25 Prozent verringern.

Den von privaten Krankenversicherungen nach der GÖÄ gezahlten Honoraren fehlt seit 1996 jeglicher Inflationsausgleich, was

	1991	1995	2000	2005	2006	2007
Ärzte gesamt	297 803	335 348	369 319	400 562	406 974	413 696
Einwohner	79 984 000	81 661 000	82 160 000	82 438 000	82 314 900	82 217 800
Ärzte je 1000 Einw.	3,72	4,11	4,50	4,86	4,94	5,03
Ärzte ambulant	99 825	117 578	128 488	134 798	136 105	137 538
ambul. je 1000 Einw.	1,25	1,44	1,56	1,64	1,65	1,76
Ärzte stationär	121 247	132 736	139 477	146 511	148 322	150 644
station. je 1000 Einw.	1,25	1,63	1,70	1,78	1,80	1,83

Daten vom Autor des Artikels; Grafik: BÄ

Bei der Bundesärztekammer registrierte Ärzte und Ärztinnen

nächst stagnieren. Wenn in etwa 20 Jahren die Jahrgänge der jetzt 40- bis unter 50-Jährigen aus dem Beruf ausscheiden, ist allerdings eine Abnahme der in Deutschland tätigen Ärzte zu erwarten.

Ärztliche Zu- und Abwanderung

Die Anforderungen in Klinik und Praxis sind zweifellos kontinuierlich gestiegen, der ärztliche Stundenlohn im stationären Bereich ebenfalls, allerdings nicht in selbem Maße. Im niedergelassenen Bereich wurde den Ärzten inzwischen ein Drittel ihrer Arbeit von den Krankenkassen

eine Abwertung der ärztlichen privaten Honorare auf eine Kaufkraft von ca. 60 Prozent entspricht. Gehen junge Ärzte deshalb wirklich aus dem Beruf oder ins Ausland? Es gibt diese zunehmende Abwanderung deutscher Ärzte ins Ausland. Bevorzugte Länder sind, in der genannten Reihenfolge, Großbritannien, die USA, die Schweiz, Österreich, Schweden, Frankreich und Norwegen. Die Zahl der abwandernden Ärzte hat sich von 2001 auf 2006 annähernd verdoppelt und ist tatsächlich gravierend: Inzwischen verlassen drei von zehn hier ausgebildeten Ärzten unser Land!

Dagegen übersteigt die Zahl der zugewanderten Ärzte die Zahl der abgewanderten Ärzte deutlich, mit ebenfalls steigender Tendenz. Um in Deutschland ärztlich tätig zu sein, reicht aber ein abgeschlossenes Studium der Humanmedizin nicht aus. Darüber hinaus sind auch gute Kenntnisse der deutschen Sprache in Wort und Schrift, Kenntnisse unserer Arzneimittel, unseres Gesundheits- und Rechtssystems, die Beherrschung moderner Medizintechnik sowie EDV-Kenntnisse nötig.

Während es in Deutschland für die eigenen Ärzte eine enorme Nachfrage und praktisch keine Arbeitslosigkeit gibt, ist die Quote der in Deutschland lebenden ausländischen Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit sehr hoch. Ihre Arbeitslosenquote liegt bei 18 Prozent; offenbar fehlen ihnen die notwendigen Zusatzkenntnisse. In der Bilanz übersteigt die ärztliche Zuwanderung die Abwanderung, gibt es für Deutschland sogar einen deutlichen Wandergewinn.

Ärztliche Aufgaben – früher und heute

Krankenhäuser müssen Tag und Nacht eine fachärztliche Versorgung gewährleisten. Klinikärzte hatten eine Wochenarbeitszeit bis zu 80 Stunden. Während frühere Ärztegenerationen noch eine solche Arbeitszeit akzeptiert haben (oder akzeptieren mussten?), ist die heute nachrückende Generation nicht mehr bereit, eine solche Arbeitsbelastung zu übernehmen. Junge Ärzte fordern ihr Recht auf Arbeits- und Gesundheitsschutz.

Der Frauenanteil im Arztberuf ist deutlich steigend, inzwischen sind zwei Drittel der Studienanfänger weiblich. Ärztinnen fordern dabei heute auch ihr Recht

auf Vereinbarung von Familie und Beruf ein. Nun gibt es im Leben keine so elementare Verantwortung wie die einer Mutter für ihr Kind. Dies kollidiert oft mit den Verpflichtungen, die eine Ärztin an ihrem Arbeitsplatz hat. Der hohe Frauenanteil im Arztberuf ist ein Grund, warum viele Krankenhäuser heute schon Schwierigkeiten haben, ärztliche Arbeitsplätze zu besetzen.

Seit dem 01. Januar 2007 gelten in den Kliniken in Umsetzung entsprechender EU-Richtlinien ärztliche Bereitschaftsdienste als Arbeitszeit und müssen vollständig bei der Berechnung der zulässigen Wochenstunden berücksichtigt werden. Wo möglich wurde deshalb ärztlicher Schichtdienst eingeführt; teilweise aber müssen Ärzte aber noch unverändert weiterarbeiten. Mit dem Schichtdienst sind die Wochenstunden und Belastungen der Klinikärzte gesunken, der Stellenbedarf der Krankenhäuser insgesamt aber ist deutlich gestiegen.

Eine Hochrechnung (eigene Berechnungen) unter Zugrundelegung von nun 60 Stunden Wochenarbeitszeit und unter Berücksichtigung auch von Urlaubszeiten zeigt, dass ein Arzt, der nach Vollendung seines 65. Lebensjahres in den Ruhestand geht, in seinem Berufsleben einen Arbeitsumfang geleistet hat, als wäre ein Normalbürger bis zum 83. Lebensjahr voll berufstätig gewesen.

Zur Analyse ärztlicher Versorgung der Bevölkerung muss man die Zahl der Ärzte und auch deren Arbeitspensum berücksichtigen. Deshalb kann man nach der Reduzierung ärztlicher Arbeitszeit auf nunmehr 60 Stunden pro Woche die Zahl der Ärzte vor dem 01.01.2007 heute nicht mehr als

Basis, als ausreichend, zu Grunde legen.

In den Kliniken hat sich mit der Einführung der DRG, mit der Umstellung der Krankenhausfinanzierung von tagesgleichen Pflegesätzen auf eine Vergütung nach diagnosebasierten Fallpauschalen der Krankenhausaufenthalt erheblich verkürzt, wobei durch die kürzere Verweildauer in gleicher Zeit deutlich mehr Patienten betreut werden. Infolge dieses größeren Patientendurchgangs fallen die originären ärztlichen Arbeiten (Aufnahmeuntersuchung, Erste Hilfe, Diagnostik, Behandlung, Abschlussuntersuchung, Epikrise) nun vermehrt an.

Aber auch die Krankheitsbilder in den Kliniken haben sich verändert. Mittelschwere Krankheiten mit vertretbarem Risiko wurden in die ambulante Behandlung verlagert (sog. „Krankenhaus ersetzende Leistungen“), dagegen haben in den Kliniken größere Eingriffe mit hohem Risiko und komplexe Behandlungen zugenommen, Leistungen, die neben höherer Qualifikation auch deutlich mehr ärztliche Zeit erfordern. Und es sind die Klinikärzte auch noch mit zunehmenden und zusätzlichen bürokratischen Aufgaben (zum Beispiel Codierungen) stärker belastet.

So hat es für die Ärzte in deutschen Kliniken eine erhebliche Leistungsverdichtung gegeben.

Der ambulante Bereich ist infolge des verkürzten Krankenhausaufenthalts, durch Übernahme der Nachsorge und durch die komplette Verlagerung vieler Behandlungen in die ambulante Medizin erheblich zusätzlich belastet worden:

Der Strukturvertrag zur Förderung ambulanter Krankenhaus-

ersetzender Operationen listet – zusätzlich zu den in den chirurgischen Fächern schon von jeher ambulant vorgenommenen kleineren Operationen – 631(!) Eingriffe der verschiedenen Fachrichtungen auf, die jetzt ambulant vorgenommen werden. Aber auch zahlreiche nichtoperative Leistungen werden durch die verbesserte Ausstattung der Praxen und die höhere Qualifikation der Fachärzte nicht mehr stationär, sondern heutzutage ambulant erbracht.

Und es sind auch in der ambulanten Medizin gänzlich neue Verfahren eingeführt worden, ursprünglich seltene Verfahren wurden zu Reihenuntersuchungen.

Der Umfang bürokratischer Tätigkeit, mehr Dokumentations- und Rechtfertigungspflichten, ist auch bei den Vertragsärzten enorm gestiegen. Und es hat nicht zuletzt auch die demographische Entwicklung und die Zunahme der Lebenserwartung, der steigende Anteil älterer Menschen, zu einer vermehrten Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Hilfe geführt.

Diese in der ambulanten Medizin nie dagewesene Zunahme des Arbeitsumfangs macht verständlich, dass sowohl steigende Arztzahlen wie auch Versorgungsengpässe bei den Hausärzten (in den neuen Bundesländern mehr als in den alten) und bei den Fachärzten (insbesondere bei den Augen-, Frauen-, Haut- und Nervenärzten) zu beobachten sind.

Informatik und ärztliche Arbeitsplätze

Medizintechnik, bildgebende Diagnostik, Laboranalysen, Dokumentation und ärztliche Kommunikation sind heute ohne Computer nicht mehr zeitgemäß, eine

moderne Medizin ohne Informatik ist unmöglich geworden. Es hat die Informatik dabei auch zu höheren Anforderungen an die Qualifikation der Ärzte geführt. Aber konnte sie eventuell die Zahl ärztlicher Arbeitsplätze vermindern?

In vielen Bereichen, beispielsweise Labor und Intensivmedizin, hat die Informatik zu einer Diagnostik geführt, die schneller und zuverlässiger geworden ist, auch zu einer schonenderen und erfolgreichereren Behandlung. Vor allem hat sich die bildgebende Diagnostik (zuvor konventionell, heute auch Sonographie, CT, MRT, PET u. a.) entwickelt, sind weitere Gebiete moderner Diagnostik und Therapie entstanden; mit diesen neuen Methoden sind auch neue Aufgaben und ärztliche Arbeitsplätze entstanden.

Die Entwicklung der Textverarbeitung und der modernen Kommunikation hat zwar zu einer Abnahme der ärztlichen Mitarbeiter, der Schreibkräfte, geführt; die Arbeit des Arztes, die Befundung, hat sich dabei aber nur formal, nicht jedoch im Umfang verändert.

Bei der Abrechnung ihrer Leistungen und bei der Rechnungslegung gegenüber den Kostenträgern hat die Informatik zu einer Entlastung der Ärzte geführt, die allgemeine Verfügbarkeit der Computer aber auch zu einem exzessiven Anstieg ärztlicher Nachweispflichten und von Rechtfertigungs-Auflagen, zu einer Leistungskontrolle und -Beeinflussung der Klinik- und Vertragsärzte, zu Auflagen, die nur durch die Computer erst möglich wurden. In der Summe sind durch die Informatik die bürokratischen Aufgaben der Ärzte in Klinik und Ambulanz erheblich gestiegen. Vor allem aber konnte der Com-

puter die elementare ärztliche Tätigkeit (Anamnese, Inspektion, körperliche Untersuchung, Diagnostik unter Anwendung anatomischer, physiologischer, biochemischer, statistischer und psychologischer Wissenschaft, Beratung und Begutachtung, diagnostische und therapeutische Eingriffe, Geburtshilfe, Todesfeststellung und Autopsie) nicht übernehmen. Es ist ärztliche Arbeit in ihren Grundlagen unverändert geblieben.

Es hat auch die Medizin mit dem Einsatz der Informatik einen Quantensprung gemacht, vor allem aber auch eine wachsende Nachfrage generiert. So hat der zunehmende Computereinsatz in der Medizin die Zahl der benötigten Ärzte nicht reduziert, im Gegenteil: Es sind neue Arbeitsgebiete für Qualifizierte und vor allem zusätzliche ärztliche Arbeitsplätze entstanden. Eine Freisetzung auch qualifizierter Arbeitskräfte durch die Informatik, wie beispielsweise in der Industrie und im Handel, ist in der Medizin nicht erfolgt, ist auch künftig nicht zu erwarten.

Fazit und Aussicht

Die Zahl der Ärzte in Deutschland und auch die Absolventenzahlen im Fach Humanmedizin haben seit 1991 kontinuierlich zugenommen. Dabei entspricht die Absolventenzahl etwa der Zahl ausscheidender Ärzte. Drei von zehn Absolventen verlassen jedoch die Bundesrepublik. Deutschland wird es sich wohl dauerhaft nicht leisten können, Fachleute, denen es die längste Ausbildung und das teuerste Studium finanziert hat, in dieser Größenordnung durch Abwanderung zu verlieren.

Die Zuwanderungsrate ausländischer Ärzte übersteigt zwar die Abwanderungsrate deutscher Ärz-

te um ein Vielfaches, dennoch können die Kliniken ihre offenen Planstellen nicht besetzen.

Während die Informatik in Industrie und Handel zur Freisetzung auch von qualifizierten Fachkräften geführt hat, hat sie in der Medizin elementare ärztliche Tätigkeit nicht ersetzen können, hat dagegen für Ärzte neue Aufgaben und sogar zusätzliche Arbeitsplätze geschaffen. Es hat die Informatik auch in der Medizin zu erheblichem Fortschritt geführt, den Bedarf an Ärzten jedoch vergrößert.

Die Analyse der ärztlichen Versorgung zeigt trotz steigender Zahl tätiger Ärzte infolge gestiegener Aufgaben insgesamt einen erheblichen relativen Ärztemangel, der in den nächsten Jahren wohl noch steigen dürfte.

Eine staatliche Bedarfsplanung, die der medizinischen, der morbiditäts- und der demographischen Entwicklung auch nur annähernd entspricht, wird nicht möglich sein. Die weitere Steuerung ärztlicher Niederlassung über Zulassungsbezirke wird nach allen Erfahrungen den Ärztemangel weder verringern noch beseitigen: Ein Mangel lässt sich mit planwirtschaftlichen Strukturen weder gerecht verteilen noch beseitigen.

Lösungsansätze gegen den Ärztemangel bestehen unter anderem darin, die Zahl der Medizin Studierenden weiter zu erhöhen und den Arztberuf in Deutschland wieder so zu gestalten, dass sowohl die Abwanderung der Absolventen nachlässt als auch Ärzte von fachfremden und bürokratischen Tätigkeiten entlastet werden.

Dr. Klaus Günterberg

Den ungekürzten Text und die zugrunde liegenden Tabellen im Internet: www.dr-guenterberg.de/ Publikationen



Foto: DAK/Wigger

Studie zur Arztwahl

Worauf Privatpatienten achten

Patientenkritik und -wünsche können eine wertvolle Orientierungshilfe für Ärzte sein. Eine Befragung von 1000 Privatpatienten zeigt, worauf Privatpatienten achten.

Ein freundlicher und qualifizierter Arzt reicht deutschen Privatpatienten nicht aus. Zwar achtet mehr als die Hälfte der Privatversicherten bei der Auswahl ihres Arztes auf ein nettes und qualifiziertes Praxisteam. Doch mindestens ebenso wichtig ist den Privatpatienten eine funktionierende Praxisorganisation. Beispiel: Wartezimmer. 94 Prozent der Privatpatienten erwarten einen unkomplizierten Anmeldevorgang. Doch nur jeder Dritte ist damit aktuell vollkommen zufrieden.

44 Prozent fordern, dass vereinbarte Termine eingehalten werden und die Wartezeiten kurz bleiben. Weitere 40 Prozent wünschen sich eine zeitnahe Terminvergabe.

79 Prozent der Privatpatienten wünschen sich kundenfreundlichere Öffnungszeiten – zum Beispiel am Abend und am Wochenende. Doch nur jeder Sechste stellt hier seinem Arzt ein gutes Zeugnis aus. Ein weiteres Defizit gibt es darüber hinaus bei der Qualität der Aufklärung.

Dies sind die Ergebnisse der TQmed-Studie, die von SGS-TÜV in Kooperation mit dem IMWF Institut für Management- und Wirtschaftsforschung erstellt wurde. Die Grundlage hierfür bildete die Befragung von mehr als 1000 privat Krankenversicherten in Deutschland. Diese Patientenkritik ist eine wertvolle Orientierungshilfe für Ärzte. Denn funktionieren die Abläufe in der Praxis nicht reibungslos, scheuen die Privatpatienten auch vor einem Praxiswechsel nicht zurück. Immerhin jeder vierte Befragte war in den vergangenen zwei Jahren bei fünf oder mehr Ärzten in Behandlung. „Mediziner, die aktiv werden und in ihr Praxismanagement investieren, steigern die Zufriedenheit ihrer Privatpatienten und damit auch ihre Einnahmen.“ Der Aufbau eines praxisinternen Qualitätsmanagements sei dafür die entscheidende Grundlage, so die Quintessenz der Studie.

A. W.

Ärztlicher Fortbildungskalender

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

Wir bitten um Ihr Verständnis, dass eine kostenlose Veröffentlichung Ihrer Fortbildungsveranstaltung nur möglich ist, wenn uns Ihre Meldung in der dafür vorgesehenen Form per E-Mail erreicht.

Unter www.berliner-aerzteverlag.de/fortbildung.html finden Sie alle Informationen und den Meldebogen im Microsoft-Word-Format zur elektronischen Meldung. Vielen Dank!

Arbeitskreis für Psychotherapie e. V.

Auskünfte: k. A.

Chronische Schmerzsyndrome: Manuelle Medizin und Psychotherapie

Referent: Dr. med. Wolfram Seidel
Datum: 12. Juni 2009 um 20:15 Uhr
Ort: Arbeitskreis für Psychotherapie e. V., Pariser Str. 44, 10707 Berlin
Gebühr: kostenfrei
FB-Punkte: 2

Auskünfte: *Arbeitskreis für Psychotherapie, Tel. 21474678*

Intervision (zertifiziert) Für psychotherapeutisch tätige ÄrztInnen und PsychologInnen

Referent: Dipl.-Psych. Susanne Füllkrug
Datum: 19. Juni 2009 um 20:15 Uhr
Ort: Arbeitskreis für Psychotherapie e. V., Pariser Str. 44, 10707 Berlin Wilmersdorf
Gebühr: für Gäste kostenfrei
FB-Punkte: 3
Sonstiges: Jeden 3. Freitag im Monat

Intervision (zertifiziert) Für psychotherapeutisch tätige ÄrztInnen und PsychologInnen

Referent: Dipl.-Psych. Susanne Füllkrug
Datum: 17. Juli 2009 um 20:15 Uhr
Ort: Arbeitskreis für Psychotherapie e. V., Pariser Str. 44, 10707 Berlin Wilmersdorf
Gebühr: für Gäste kostenfrei
FB-Punkte: 3
Sonstiges: Jeden 3. Freitag im Monat

Ärzteakademie Friedrichshain

Auskünfte: *Dr. Knut Bestvater*

Ferienzeit – Reisezeit, Die effektive Vorbereitung auf den Urlaub, Reiseimpfungen

Referent: Vortrag und Diskussion: Dr. Schuster
Datum: 24.6.2009, 19.00 Uhr
Ort: Dialysepraxis Kreuzberg-Friedrichshain, Ehrenbergstr. 11 oder Rudolfstr. 9–10, 10245 Berlin
Gebühr: keine
FB-Punkte: 2
Sonstiges: Anmeldung unter FAX 20056828 erbeten

Berliner Institut für Psychotherapie und Psychoanalyse e. V.

Auskünfte: *Sekretariat Frau Magnor*

Workshop „Freuds Analyse“ die Sitzungsprotokolle Ernst Blum von 1922

Referent: Herr Prof. Dr. Manfred Pohlen
Datum: 06. Juni 2009 um 10:00 Uhr bis 13:15 Uhr
Ort: Berliner Institut für Psychotherapie und Psychoanalyse, Pariser Str. 44, 10707 Berlin
Gebühr: k. A.
FB-Punkte: 4

Dr. Beate Blank-Knaut

Auskünfte: *Dr. Beate Blank-Knaut, Tel.: 030 8028077, e-mail: blankknaut@gmx.de*

Fortlaufende Balintgruppe

Referent: Dr. Beate Blank-Knaut
Datum: Beginn 16.6.2009, Dienstags, 14-tägig, 16.30–18.00
Ort: Beforter Str.1, 10405 Berlin-Prenzlauer Berg
Gebühr: Euro 30 pro Doppelstunde
FB-Punkte: k. A.

Brandenburgische Akademie für Tiefenpsycho-

logie und analytische Psychotherapie e. V.

Auskünfte: *Dr.med. Roger Kirchner, Tel. 0355 472845, net: www.batap.de*

Balintgruppenarbeit

Referent: Dr.med. Roger Kirchner
Cottbus, SR Dr. med. Hans Kerber, Luckenwalde, MR Dr.med. Wolfgang Loesch, Potsdam, Frieder Pickert, Frankfurt/Oder, MR Dr.med. S. Scheerer, Bad Saarow, Rainer Suske, Werneuchen, Doz. Dr. habil. Wolfram Zimmermann, Bernau
Datum: k. A.
Ort: siehe oben
Gebühr: 15,- Euro
FB-Punkte: 5 Punkte/Sitzung

Frau Prof. Dr. med. Karin Büttner-Janz

Auskünfte: *Prof. Dr. med. Karin Büttner-Janz*

Aktuelle Trends in der minimal-invasiven perkutanen und offenen Wirbelsäulenchirurgie

1. Operative und konservative Behandlungsmethoden an der HWS bei Bandscheibenvorfall und Stenose, 2. Mikrochirurgisch assistierte Verfahren incl. perkutan an der LWS bei Bandscheibenvorfall und -protrusion mit Stenose, 3. Kurz- und langstreckige Korrekturspondylodesen der LWS (ventral/dorsal) bei Deformitäten, Olisthesen und Spinalkanalstenosen

Referent: Dr. D. Dabravolski (Vivantes Klinikum im Friedrichshain und Klinikum Am Urban, Berlin)
Datum: 17.06.2009, 19:00 Uhr
Ort: Vivantes Klinikum im Friedrichshain, Haus 20 „Tenne“, Landsberger Allee 49, 10249 Berlin
Gebühr: keine
FB-Punkte: 3
Sonstiges: anschließende Falldiskussionen, Imbiss

CARS Conference Office

Auskünfte: CARS Conference Office, Mrs. Franziska Schweikert, Im Gut 15, 79790 Kuessaberg, Germany, Tel: +49-7742-922 434, Fax: +49-7742-922 438, Email: office@cars-int.org, http://www.cars-int.org

CARS 2009 – Computer Assisted Radiology and Surgery 23rd International Congress and Exhibition, Joint Congress of CAR/ISCAS/CAD/CMI/EuroPACS/CURAC

Referent: k. A.
Datum: June 23–27, 2009
Ort: Berlin, Germany
Gebühr: k. A.
FB-Punkte: k. A.

Charité – Campus Benjamin Franklin, Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie

Auskünfte: Bernd Bergander

Der Focus in der Psychotherapie

Referent: Dr. Rudolf, Lachauer;
wiss. Leitung: Prof. Dr. Hans-Christian Deter, Bernd Bergander
Datum: 25.06.2009, 19:00 Uhr–21:00 Uhr
Ort: Charité – Campus Benjamin Franklin, Hindenburgdamm 30, 12200 Berlin (Steglitz), Hörsaal West
Gebühr: —
FB-Punkte: sind beantragt

Charité Campus Mitte Institut für Transfusionsmedizin

Auskünfte: Sekretariat Prof. Kiese-wetter, 030 450525122

Interessante Patientenfälle aus der Gerinnungsambulanz

Referent: Prof. Dr. Dr. H. Kiesewetter, Dr. Grigorov
Datum: 24.6.2009
Ort: Charité Campus Mitte: Seminarräum 4, Klinik für Innere Medizin Südflügel
Gebühr: keine
FB-Punkte: 2

Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus

Benjamin Franklin, Klinik für Anaesthesiologie und operative Intensivmedizin

Auskünfte: Sekretariat

„Zerebrale Dysfunktion unter Intensivbehandlung“

Referent: Dr. Ulf Günther, Universitätsklinikum Bonn, Wissenschaftliche Leitung: Prof. Christoph Stein
Datum: 16.06.2009, 17.30 Uhr
Ort: Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, Hindenburgdamm 30, 12200 Berlin, Fahrstuhl 17/18, 7.OG, Bibliothek (Raum 7164)
Gebühr: keine
FB-Punkte: 2

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Campus Virchow-Klinikum, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Prof. Dr. med. Ulrike Lehmkuhl

Auskünfte: Sekretariat Prof. Dr. Ulrike Lehmkuhl

Putative Biomarker bei hyperkinetischen Störungen

Referent: Herr Dr. med. Marcel Romanos (Würzburg)/Prof. Dr. med. Ulrike Lehmkuhl
Datum: 24.06.2009 um 19.00 Uhr
Ort: Hörsaal 3 im Lehrgebäude der Charité, Campus Virchow-Klinikum, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin
Gebühr: keine
FB-Punkte: 2

Charité - Universitätsmedizin Berlin

Campus Virchow-Klinikum, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Kardiologie

Auskünfte: Sekretariat Prof. Dr. Rainer Dietz, Telefon: 030 450553 752/742, Fax: 030 450553949, weitere Informationen unter: http://www.charite.de/kardiologie

Kardiologischer Mittwoch: „Diastolische versus systolische Herzinsuffizienz“

Referent: Dr. med. Hans-Dirk Dün-gen und Dr. med. Jens Fielitz, Leitung: Prof. Dr. med. Rainer Dietz
Datum: Mittwoch, 01. Juli 2009, 18.00 Uhr
Ort: Charité, Campus Virchow-Klinikum, Mittelallee 10, Hörsaal 6, Eingang „Glashalle“
Gebühr: keine Gebühr, freier Eintritt
FB-Punkte: 2 (zwei Fortbildungspunkte sind beantragt)

Charité – Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Pädiatrie m. S. Nephrologie

Auskünfte: Beatrice Sterzing, Tel.: 030 450516012

Dialyseverfahren in der Pädiatrie

Referent: Priv.-Doz. Dr. Dominik Müller
Datum: 19./20. Juni 2009
Ort: Kaiserin-Friedrich-Stiftung, Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin
Gebühr: keine
FB-Punkte: 11 Punkte

Charité – Universitätsmedizin Berlin, Med. Klinik m. S. Kardiologie und Angiologie

Auskünfte: Frau U. Günther

Omega-3-Fettsäure in der Sekundärprävention bei Post-Myokardinfarkt

Referent: Dr. med. Ralf Dechend/ Dr. med. F. Knebel
Datum: 08.06.2009, Uhrzeit: 16:15–17:30 Uhr
Ort: Charité Campus Mitte, Hochhaus, Konferenzraum B, Charitéplatz 1, 10117 Berlin
Gebühr: keine
FB-Punkte: 1 Pkt.

Evidenzbasierte Diagnostik und Therapie der pulmonal-arteriellen Hypertonie

Referent: PD Dr. med. Christian Opitz/Dr. med. F. Knebel
Datum: 15.06.2009, Uhrzeit: 16:15–17:30 Uhr
Ort: Charité Campus Mitte, Hochhaus, Konferenzraum B, Charitéplatz 1, 10117 Berlin
Gebühr: keine
FB-Punkte: 1 Pkt.

Moderne Therapie des Vorhofflimmerns – Brückenschlag zwischen Klinik und Praxis

Referent: Dr. med. Prof. Dr. med. Lewalter/Dr. med. F. Knebel
Datum: 22.06.2009, Uhrzeit: 16:15–17:30 Uhr
Ort: Charité Campus Mitte, Hochhaus, Konferenzraum B, Charitéplatz 1, 10117 Berlin
Gebühr: keine
FB-Punkte: 1 Pkt.

Arrhythmia in a CAR (Coxsackievirus-Adenovirus-Rezeptor) deficient animal model

Referent: Ulrike Lisewski/Dr. med. F. Knebel
Datum: 09.08.2009, Uhrzeit: 16:15–17:30 Uhr
Ort: Charité Campus Mitte, Hochhaus, Konferenzraum B, Charitéplatz 1, 10117 Berlin
Gebühr: keine
FB-Punkte: 1 Pkt.

Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin – Ärzteseminar Berlin (ÄMM) e. V.

Auskünfte: Sekretariat ÄMM, Telefon 030 52279440

Weiterbildungskurse zum Erwerb der Zusatzbezeichnung

Chirotherapie für Ärzte – Extremitätenkurs Ä1

Referent: PD Dr. med. Johannes Buchmann
Datum: 08.06.–14.06.2009
Ort: Berlin
Gebühr: 570,00 Euro
FB-Punkte: beantragt

Weiterbildungskurse zum Erwerb der Zusatzbezeichnung

Chirotherapie für Ärzte – Wirbelsäulenkurs Ä2

Referent: Dr. med. Wolf von der Heydt
Datum: 15.06.–21.06.2009
Ort: Berlin, Helmut-Rödler-Schule
Gebühr: 570,00 Euro
FB-Punkte: beantragt

Chirotherapie für Ärzte Manuelle Medizin bei

Schmerzsyndromen der Becken-Lenden-Hüft-Region. Die Bedeutung myofaszialer und viszerofaszialer Funktionsstörungen – Kurs Ä2a (40 UE)

Referent: PD Dr. med. Ralph Kayser
Datum: 01.07.–05.07.2007
Ort: Berlin
Gebühr: 395,00 Euro
FB-Punkte: 40 Punkte

Chirotherapie für Ärzte Schmerzsyndrome der HWS-Thoraxregion/myofasziale und viszerofasziale Funktionsstörungen in Untersuchung und Behandlung/Besonderheiten der Manuellen Medizin bei Kindern – Kurs Ä3 A (40 UE)

Referent: PD Dr. med. Ralph Kayser
Datum: 06.07.–10.07.2009
Ort: Berlin
Gebühr: 395,00 Euro
FB-Punkte: 40

Epilepsie-Zentrum Berlin-Brandenburg am Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge

Auskünfte: Frau Cordula Hege-
mann unter 030 5472-3501

Epilepsie Kolloquium „Führerscheinregelungen in der Diskussion“

Referent: Dr. med. Günter Krämer, Zürich, Wissenschaftlicher Leiter:
Prof. Dr. H.-J. Meencke, EZBB
Datum: 10.06.09, 18:00 Uhr
Ort: Hotel Steigenberger Berlin, Los Angeles Platz 1, 10789 Berlin
Gebühr: keine
FB-Punkte: 2 FB-Punkte der Ärztekammer Berlin, 2 FB Dt. Gesellschaft f. Epileptologie e. V.

Evangelische Lungenklinik Berlin (ELK)

Auskünfte: Prof. Dr. Christian Grohé
Chefarzt der Pneumologischen Klinik
Telefon 030 94802-112, E-Mail: christian.grohe@elk-berlin.de

Palliativmedizin

Referent: Privatdozent Dr. med. Gero Massenkeil, Klinik für Inne-

re Medizin mit den Schwerpunkten Hämatologie, Onkologie und Gastroenterologie am Städtischen Klinikum Gütersloh, Leitung: Prof. Dr. Christian Grohé, Chefarzt der Pneumologischen Klinik der ELK
Datum: 17.06.2009, 16:00 Uhr
Ort: Evangelische Lungenklinik Berlin, Lindenberger Weg 27, Haus 207, Konferenzraum
Gebühr: keine
FB-Punkte: beantragt
Sonstiges: Um Anmeldung wird gebeten. sek.pneumologie@elk-berlin.de

Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge

Auskünfte: Sekretariat Frau Monika Birkholz, Tel. 030 54724805

„Sind Medikamente die Lösung? Psychopharmakotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung in Einrichtungen der Berliner Behinderten-Hilfe“

Referent: Prof. Dr. med. K. Henricke, FA für Kinder und Jugendpsychiatrie, Familientherapeut, Diplomsoziologe (Berlin, Bochum), Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. med. A. Diefenbacher MBA
Datum: 11. Juni 2009, 17.00 Uhr bis 19.00 Uhr
Ort: Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge, 10365 Berlin, Herzbergstraße 79, Haus 22, Festsaal
Gebühr: 10,00 Euro – Zahlung vor Ort
FB-Punkte: sind beantragt
Sonstiges: Anmeldung ist nicht erforderlich.

Evangelisches Zentrum für Altersmedizin Potsdam

Auskünfte: Dr. Michael Schneider, 0331 2777-441

pAVK: Diagnostische und therapeutische Optionen

Referent: Herr Dr. Fahrig, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin, Evangelisches Krankenhaus Hubertus Berlin, Leitung: Frau PD Dr. Lenzen-Großbimlinghaus
Datum: 01.07.2009, 16:00–18:00
Ort: Konferenzraum im Evangelischen Zentrum für Altersmedizin, Weinbergstraße 18/19, 14467 Potsdam
Gebühr: keine
FB-Punkte: 2

Falk Foundation e. V.*Auskünfte: Sekretariat Frau José***Hepatology Kompakt 2009
einschl. EASL-Nachlese**Referent: Prof. Dr. T. Poralla, Berlin,
Prof. Dr. T. Berg, Berlin, Prof. Dr. M.
Manns, Hannover

Datum: 26.06.–27.06.2009

Ort: Inselhotel Potsdam, Her-
mannswerder, 14473 Berlin

Gebühr: 80,00 Euro

FB-Punkte: Sind bei der Landesärz-
tekammer Brandenburg beantragt
Sonstiges: Um Anmeldung wird ge-
beten**Fliedner Klinik Berlin***Auskünfte: k. A.***Rückfallprophylaxe affek-
tiver Störungen**Referent: Prof. Dr. med. Haut-
zinger, Diplom-Psychologe, Univer-
sitätsprofessor, Leiter der Abtei-
lung für Klinische Psychologie und
Entwicklungspsychologie
Universität Tübingen

Datum: 08. Juli 2009, 17:00 Uhr

Ort: Fliedner Klinik Berlin, Charlot-
tenstr. 65, 10117 Berlin

Gebühr: keine

FB-Punkte: 2

**Gesellschaft für Gastro-
enterologie und Hepato-
logie in Berlin und Bran-
denburg e. V.***Auskünfte: Sekretariat von Prof.
Dr. T. Berg: Sekretariat: 450553072***DDW 2009 – Update**Referent: PD Dr. Baumgart, PD Dr.
Daum, PD Dr. Sturm, PD Dr. Sieg-
mundUniversität Tübingen, Prof. Dr. T.
Berg, Moderation: Prof. Dr. T. BergDatum: 24.6.2009, Zeit: 18 Uhr bis
19.30 UhrOrt: Hörsaal des Langenbeck-
Virchow-Haus GbR, Luisenstra-
ße 58/59, 10117 Berlin

Gebühr: -----

FB-Punkte: 2

**Jüdisches Krankenhaus
Berlin****Talecris Biotherapeu-
tics GmbH, Frankfurt am
Main***Auskünfte: PD Dr. Münch, Jü-
disches Krankenhaus Berlin 030
4994-0, Dr. Münch, Talecris Biothe-
rapeutics GmbH, 069 660593-521***Symposium „Intravenöse
Immunglobuline bei ent-
zündlichen Neuropathien“**Referent: Prof. Dr. J. Haas (Berlin),
PD Dr. C. Münch (Berlin), PD DR.
TackenbergDatum: Mittwoch 10.06.2009, 18–
19:30 UhrOrt: Hilton, Mohrenstraße 30,
10117 Berlin, 030 20230

Gebühr: keine

FB-Punkte: vier Punkte beantragt

**Dr. med. Rita Kielhorn, FA
f. Allgemeinmedizin, FA
f. Psychotherapeutische
Medizin***Auskünfte: Dr. Rita Kielhorn, Tel.:
030 8738481 oder E-Mail: rita.
kielhorn@t-online.de***Laufende Balintgruppe, 1.
Halbjahr 2009**Referent: Dr. Rita Kielhorn
Datum: 07.07., 21.07., 18.08.,
08.09., 22.09., 06.10., 20.10., 03.11.,
10.11., 01.12., 15.12., jeweils von
20.00 Uhr bis 21.30 UhrOrt: Hohenzollerndamm 200,
10717 Berlin-Wilmersdorf

Gebühr: Euro 25,- pro Sitzung

FB-Punkte: drei CME-Punkte pro
SitzungSonstiges: laufender Einstieg mög-
lich**Balint-Intensiv-Wochenen-
de 2009 (5 Doppelst.)**Referent: Dr. Rita Kielhorn
Datum: Sa., 11.07.09: 15.00 Uhr bis
18.30 Uhr, So., 12.07.09: 10.00 Uhr
bis 16.30 UhrOrt: Hohenzollerndamm 200,
10717 Berlin-Wilmersdorf

Gebühr: Euro 125,-

FB-Punkte: 13 CME-Punkte

**Norddeutsches Kollegium
für Energetische Psycho-
logie***Auskünfte: Astrid Vlamynck, Tel.
8815251***Supervision: Energetische
Psychotherapie/Traumathe-
rapie/Psychohygiene – auch
für EFTler oder METler**Referent: Astrid Vlamynck
Datum: Mo. 8.6. 19.00 –ca.
21.15 UhrOrt: Praxis für integrative Therapie,
Grolmanstr. 51 (Nähe Savignyplatz)

Gebühr: 3 Fortbildungseinheiten:

40,- Euro

FB-Punkte: keine

Sonstiges: Anmeldung!

**Reha-Zentrum Seehof,
Abt. VT und Psychosoma-
tik***Auskünfte: Herr Prof. Dr. M. Lin-
den, Tel. 03328 345-678***Seehof-Kolloquium zum
Thema:****Ein bisschen Alkohol – wird
wann zu viel?**Referent: Dr. Johannes Lindenmey-
er, Dr. B. Geiselman, Leitung:
Prof. Dr. M. Linden
Datum: 13. Juni 2009, 10.00–
12.00 UhrOrt: Reha-Zentrum Seehof,
14513 Teltow, Lichterfelder Al-
lee 55

Gebühr: nein

FB-Punkte: beantragt bei: Landes-
ärztekammer Brandenburg und
Ostdeutsche-Psychotherapeuten-
KammerSonstiges: Anmeldung bitte bis
12. Juni 2009**Sana Gesundheitszent-
rum****Diabetespraxis Fried-
richsfelde***Auskünfte: Fr. S. Geister***Das Menschenbild in der
Psychologischen Praxis**Referent: Dr. Achim Goeres/Frau S.
Geister

Datum: 02.07.2009

Ort: Diabetespraxis Friedrichsfelde,
Rummelsburger Str. 13

Gebühr: keine

FB-Punkte: 2

**Dr. med. Sebastian
Schildbach, FA f. Psychia-
trie und Psychotherapie,
FA f. Psychotherapeu-
tische Medizin***Auskünfte: Kerstin Sawade, Tel.
030 7446256 oder E-Mail: ker-
sawade@versanet.de***Balint-Intensiv-Sonntag**Referent: Dr. Sebastian Schildbach
Datum: 14.06.2009, 9 bis 19 hOrt: Südsterne 4, 10961 Berlin-
Kreuzberg

Gebühr: 150 Euro

FB-Punkte: zehn CME-Punkte

Laufende Balintgruppe 2009

Referent: Dr. Sebastian Schildbach
Datum: 17.06., 01.07., 02.09.,
16.09., 30.09., 14.10., 28.10., 11.11.,
25.11., 09.12.09

Ort: Südsterne 4, 10961 Berlin-Kreuzberg

Gebühr: : 25 Euro/Termin

FB-Punkte: drei CME-Punkte

Sonstiges: : jeweils von 20.00–
21.30 h; Einstieg jederzeit nach An-
meldung möglich

Vivantes Klinikum Am Urban/im Friedrichshain, Klinik für Innere Medizin – Kardiologie, Allgemeine Innere Medizin und konservative Intensivmedizin

Auskünfte: Dr. med. Michael Wiedemann, Telefon: 030 130225100, Fax: 030 130225104, E-Mail: michael.wiedemann@vivantes.de

Cardio-MRT und Cardio-CT – Besser als die Koronarangiographie?

Referent: Isabel Siegel, Wiss. Leitung: Prof. Dr. med. D. Andresen
Datum: 12.06.2009, 14:00 Uhr

Ort: Vivantes Klinikum Am Urban, Teamraum der Kardiologie, Diefenbachstr. 1, 10967 Berlin

Gebühr: keine

FB-Punkte: 2

Sonstiges: Anmeldung erforderlich

Supprimiertes TSH – Strategien der Hyperthyreosebehandlung

Referent: Dr. Katharina Dobrovits, Wiss. Leitung: Prof. Dr. med. D. Andresen

Datum: 10.07.2009, 14:00 Uhr

Ort: Vivantes Klinikum Am Urban, Teamraum der Kardiologie, Diefenbachstr. 1, 10967 Berlin

Gebühr: keine

FB-Punkte: 2

Sonstiges: Anmeldung erforderlich

Einfluss psychosozialer Faktoren auf die Entstehung von Herzerkrankungen

Referent: Tanya-Bibi Yahya, Wiss. Leitung: Prof. Dr. med. D. Andresen

Datum: 24.07.2009, 14:00 Uhr

Ort: Vivantes Klinikum Am Urban, Teamraum der Kardiologie, Diefenbachstr. 1, 10967 Berlin

Gebühr: keine

FB-Punkte: 2

Sonstiges: Anmeldung erforderlich

Indikation und Bedeutung des Stress-Echos

Referent: Roland Krämer, Wiss. Leitung: Prof. Dr. med. D. Andresen

Datum: 07.08.2009, 14:00 Uhr

Ort: Vivantes Klinikum Am Urban, Teamraum der Kardiologie, Diefenbachstr. 1, 10967 Berlin

Gebühr: keine

FB-Punkte: 2

Sonstiges: Anmeldung erforderlich

ICD-Primärprophylaxe – Was gibt es Neues?

Referent: Niels Ewertzen, Wiss. Leitung: Prof. Dr. med. D. Andresen
Datum: 21.08.2009, 14:00 Uhr

Ort: Vivantes Klinikum Am Urban, Teamraum der Kardiologie, Diefenbachstr. 1, 10967 Berlin

Gebühr: keine

FB-Punkte: 2

Sonstiges: Anmeldung erforderlich

Vivantes Klinikum Am Urban, Klinik für Innere Medizin – Gastroenterologie und Gastrointestinale Onkologie, Prof. Dr. med. H. Scherübl

Auskünfte: Prof. Dr. H. Scherübl, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin – Gastroenterologie und Gastrointestinale Onkologie

Fortbildungsreihe der Klinik für Innere Medizin Aktuelle Themen der Gastroenterologie, Hepatologie, GI Onkologie, Stoffwechselkrankheiten und Infektiologie

Thema: Fokale Leberläsionen

Referent: Frau Dr. W. Ring, Leitung: Prof. Dr. med. H. Scherübl, Chefarzt
Datum: 18.06.2009

Ort: Vivantes Klinikum Am Urban, Besprechungsraum der Endoskopie, 1. Etage, Diefenbachstr. 1, 10967 Berlin

Gebühr: keine

FB-Punkte: 2 Fortbildungspunkte

Vivantes Klinikum Neukölln/Klinik für Augenheilkunde

Auskünfte: Sekretariat

9. Neuköllner Kolloquium der Augenheilkunde/Minimalinvasive Chirurgie in der Augenheilkunde

Referent: Prof. Dr. D.-T. Pham, PD Dr. C. Wirbelauer, Dr. H. Häberle, Dr. C. Thannhäuser, Dr. E. Wille, Leitung: Prof. Dr. Pham

Datum: 17. Juni 2009/17 h bis 19 h

Ort: Rudower Str. 48, D-12351 Berlin/Großer Saal, Pavillon 7

Gebühr: keine

FB-Punkte: 2

Sonstiges: Anmeldung erbeten

Vivantes Tumorzentrum: Organgruppe Thorakale Tumore

Auskünfte: Prof. Dr. Pankow, Vivantes Klinikum Neukölln, Tel: 030 130142031

Update Diagnostik und Therapie bei Lungenkrebs

Referent: Prof. Dr. Pankow, Dr. Eggeling

Datum: 17.6.2009, 18:00 h bis 20:30 h

Ort: Hotel Mercure, Herrmannstraße 214–216

Gebühr: keine

FB-Punkte: beantragt

Astrid Vlamynck

Auskünfte: Astrid Vlamynck, Tel: 8815251

Glückstraining – Ein evolutionsbiologischer Ansatz

Referent: Inke Jochims, M. A.

Datum: Mo. 29.06.09 19.30 UHR

Ort: Praxis für integrative Therapie, Grolmanstr. 51

Gebühr: nach Absprache

FB-Punkte: nicht beantragt

Sonstiges: Anmeldung erbeten

Bonding-Psychotherapie – Nähe finden, Wunden heilen, sich binden lernen

Referent: Astrid Vlamynck

Datum: Di 11.08.09 19.45 UHR

Ort: MAUZ Paul-Linke-Ufer 39/40 in Berlin-Kreuzberg

Gebühr: nach Absprache

FB-Punkte: nicht beantragt

Sonstiges: Anmeldung erbeten

Japanische Enzephalitis

Wirksamer Impfschutz bei Reisen nach Fernost

Interview mit PD Dr. med. Tomas Jelinek, Medizinischer Direktor, Berliner Centrum für Reise- und Tropenmedizin

BÄ: Im Zuge der globalen Öffnungen und Verflechtungen nehmen sowohl Wirtschafts- als auch Touristen- und Urlaubsreisen in fernöstliche Gebiete stetig zu. Dort allerdings lauern auch gesundheitliche Gefährdungen, wie zum Beispiel die Japanische Enzephalitis (JE). Was charakterisiert diese Infektionskrankheit und wie gefährlich ist sie?

PD Dr. Tomas Jelinek: Die japanische Enzephalitis ist in weiten Teilen Asiens verbreitet. Nach Schätzungen der WHO erkranken jedes Jahr ca. 30000 bis 50000 Menschen. Die Japanische Enzephalitis wird durch ein Flavivirus verursacht, das von nachtaktiven Culex-Mücken übertragen wird. Die Überträgermücke ist vor allem in ländlichen Gegenden verbreitet und brütet bevorzugt in Tierställen und Reisfeldern. Das natürliche Reservoir des Japanische-Enzephalitis-Virus bilden Schweine und Vögel, insbesondere Wasservögel. Während die Infektion bei vielen Menschen asymptomatisch verläuft, ist die Prognose bei manifest Erkrankten sehr ungünstig. Bei einer Inkubationszeit von wenigen Tagen kommt es nach einem unspezifischen Symptombeginn mit Fieber, Kopf- und Gliederschmerzen zum Auftreten von neurologischen Ausfällen als Ausdruck der sich ausbildenden Enzephalitis. Etwa ein Drittel der so Erkrankten verstirbt an der Japanischen Enzephalitis, ein weiteres Drittel behält bleibende neurologische Schäden zurück und nur bei einem Drittel heilt

die Erkrankung folgenlos aus. Eine spezifische Therapie ist zurzeit nicht verfügbar, daher wird rein symptomatisch und intensivmedizinisch behandelt. Laut veröffentlichten Daten aus Schweden und Finnland besteht für Touristen ein Erkrankungsrisiko zwischen 1:275000 und 1:400000. Damit stellt die Japanische Enzephalitis eine relevantes Krank-



Bild: Privat

PD Dr. Tomas Jelinek

heitsrisiko für alle Reisende in ländliche Gebiete Asiens dar, für das keine kurativen Optionen zur Verfügung stehen.

BÄ: Gibt es relevante Möglichkeiten, sich vor einer JE-Infektion zu schützen?

PD Dr. Tomas Jelinek: Zunächst einmal ist effektiver Mückenschutz immer eine wichtige Präventionsmaßnahme bei Reisen nach Asien. Hierzu gehören der Gebrauch von möglichst imprägnierten Moskitonetzen, das Einsprühen der Kleidung und der

Einsatz von Repellentien. Diese Hinweise gehören zu jeder reisemedizinischen Beratung, sie reduzieren das Infektionsrisiko für eine ganze Reihe von Erregern. Ein spezifischen Schutz gegen Japanische Enzephalitis kann durch die aktive Immunisierung mit einem Totimpfstoff erreicht werden. Der bisher verfügbare Impfstoff JE-Vax® war jedoch in Europa nicht zugelassen und musste aus den USA bzw. Japan importiert werden. Zudem wurden immer wieder Bedenken wegen der Sicherheit dieses in Mäusehirnen gezüchteten Impfstoffes geäußert, er wird daher nicht mehr hergestellt. Seit Mai steht mit Ixiaro® ein neu in Europa zugelassener Zellkultur-Impfstoff zur Verfügung. Dieser bietet einen sehr guten Schutz gegen die Infektion.

BÄ: Worum handelt es sich bei diesem Impfstoff und welche Erfahrungen liegen der Medizin bislang mit der Anwendung vor?

PD Dr. Tomas Jelinek: Die neue, in Österreich entwickelte Vakzine wird aus einem ursprünglich in China gewonnenen Impfstamm hergestellt, der in Zellkultur gezüchtet wird. Es handelt sich um einen adjuvantierten Totimpfstoff. Aus den Zulassungsstudien liegen umfangreiche Daten von insgesamt über 5000 Probanden vor, die auch weitgehend publiziert sind. Hierbei zeigte sich eine sehr gute Serokonversionsrate von bis zu 98 Prozent, im Vergleich zum bisherigen Impfstoff waren die Antikörper-Titer deut-

lich höher. Studien zur Reagenität des Impfstoffes zeigten keinerlei signifikante Unterschiede im Auftreten von lokalen oder systemischen Nebenwirkungen im Vergleich zur Placebogruppe. Noch offene Fragen betreffen die Langzeitimmunität und damit die optimalen Boosterintervalle, die Immunisierung von Kindern und Möglichkeiten zur Schnellimmunisierung bei baldiger Ausreise. Hierzu werden aktuell Studien durchgeführt bzw. demnächst begonnen.

BÄ: Wer ist besonders gefährdet, und wie lange dauert es, bis sich ein ausreichender Impfschutz aufgebaut hat?

PD Dr. Tomas Jelinek: Daten aus Asien und von erkrankten Reisenden zeigen, dass insbesondere chronisch Kranke, Abwehrschwäche, aber auch Reisende über 60 Jahre durch einen ernsten Verlauf der Infektion gefährdet sind. Eine sehr wichtige Rolle bei der Gefährdungsbeurteilung spielt das Verhalten der Reisenden vor Ort. Werden zahlreiche ländliche Gebiete besucht, steigt natürlich das Risiko. In einigen Ländern Asiens tritt die

Japanische Enzephalitis auch saisonal während des Monsuns verstärkt auf, so dass Reisen zu dieser Zeit ebenfalls zu einer höheren Gefährdung führen. Zahlreiche Fallbeispiele der letzten Jahre aus Gebieten mit scheinbar niedrigem Risiko lehren uns jedoch, dass sich die individuelle Gefährdung oft nur sehr schwer einschätzen lässt. Daher sollte die Erkrankung und die mögliche Prävention generell bei Reisen in Endemiegebiete Asiens angesprochen werden. Wird eine Impfung durchgeführt, sind vor der Reise zwei Injektionen im Abstand von 28 Tagen durchzuführen. Spätestens 14 Tage nach der zweiten Impfung ist von einem vollständigen Impfschutz auszugehen.

BÄ: Kann jeder Hausarzt die Impfung durchführen oder muss eine spezielle medizinische Einrichtung aufgesucht werden? Was ist bei der Impfung zu beachten, und wie steht es mit der Kostenübernahme?

PD Dr. Tomas Jelinek: Grundsätzlich kann die Immunisierung gegen Japanische Enzephalitis von jedem zum Impfen berech-

tigten Arzt durchgeführt werden. Der Impfstoff ist derzeit ab dem 18. Lebensjahr zugelassen und muss gekühlt gelagert werden. Die Applikation der Fertigspritze in den Deltoidmuskel ist unproblematisch. Für die korrekte Beratung und Indikationsstellung sind jedoch zweifelsohne reisemedizinische Kenntnisse erforderlich. Diese können zum Beispiel in einem 32-stündigen Kurs erworben werden, wie sie das zum Thieme-Verlag gehörende Centrum für Reisemedizin in Düsseldorf anbietet (www.crm.de).

Reiseimpfungen werden in der Arztpraxis als private Leistungen durchgeführt und abgerechnet. Sie werden jedoch von zahlreichen Krankenkassen im Rahmen einer freiwilligen Kulanzregelung erstattet. Hierbei sind die Konditionen je nach Krankenkasse recht unterschiedlich. Dies trifft auch für die Impfung gegen Japanische Enzephalitis zu. Eine aktuelle Übersicht kann im Internet unter <http://www.crm.de/krankenkassen/index.html> abgerufen werden.

BÄ: Haben Sie vielen Dank für Ihre Auskünfte!

Range Rover Sport TDV6 ab **52.100 €**



Verbrauch städtisch (l/100 km) 13,1 außerstädtisch (l/100 km) 8,2 insgesamt (l/100 km) 10 CO₂-Emission (g/km) 265 Abb. ähnlich

Jaguar XF ab **51.200 €**



Verbrauch städtisch (l/100 km) 9,5 – 18,7 außerstädtisch (l/100 km) 5,5 – 8,7 insgesamt (l/100 km) 6,8 – 12,5 CO₂-Emission (g/km) 179 – 292 Abb. ähnlich

Entdecken Sie die Anatomie königlichen Fahrgefühls.

Entdecken Sie Finest British Automobiles by BritCars Riller & Schnauck.

Und ein Stück britisches Understatement mitten in Brandenburg.

Wir tun alles, damit Sie sich auf vier königlichen Rädern auch wie ein König fühlen.

Denn nur Sie sind der Kunde. Sie sind der König! Willkommen bei BritCars.

BritCars
Riller & Schnauck

Teltow/Zehlendorf, Warthestraße 15
Tel. 03328 442-300, www.britcars.de

Innovationspreis AG Gastroenterologica

Darmreinigungslösung CitraFleet® ausgezeichnet

Die komplette Koloskopie ist die sensitivste und spezifischste Untersuchungsmethode zur Früherkennung von Darmkrebs. Dabei hängt die Beurteilbarkeit der Kolonschleimhaut ganz wesentlich von einer effektiven Endoskopievorbereitung ab. Bisher war in der Vorbereitungsphase die Einnahme von bis zu vier Litern Darmreinigungslösung erforderlich. Seit Oktober 2008 steht in Deutschland mit CitraFleet® (Eisai GmbH) ein neues Präparat zur Darmreinigung zur Verfügung, durch dessen innovativen Wirkansatz die notwendige Trinkmenge wesentlich reduziert werden kann. Dadurch werden Sicherheit und Akzeptanz des Endoskopieregimes ganz erheblich verbessert. Aus diesen Gründen wurde CitraFleet® – auf einstimmigen Jurybeschluss – auf einer Festveranstaltung in Hamburg von der Arbeitsgemeinschaft „Gastroenterologica“ des H.G.-Creutzfeldt-Institutes mit dem Innovationspreis 2009 ausgezeichnet.

Die Koloskopie ist ein entscheidendes diagnostisches wie auch therapeutisches Verfahren zur Bekämpfung von Darmkrebs. In Deutschland wird jährlich bei mehr als 70 000 Patienten die Diagnose Darmkrebs gestellt und rund 27 000 Patienten sterben jährlich an dieser Krankheit. Da Darmkrebs sich langsam über durchschnittlich zehn Jahre aus einem kleinen zunächst gutartigen Polypen entwickelt, könnten durch den flächendeckenden Einsatz der Vorsorgekoloskopie bis zu 90 Prozent aller Fälle verhindert werden¹⁾. Die Beurteilbarkeit der Schleimhaut unter der Koloskopie hängt allerdings entscheidend von einer effektiven Darmreinigung ab. Bisher verfügbare Präparate zur Darmreinigung erforderten die Einnahme von bis zu vier Litern leicht visköser und häufig unangenehm schmeckender Lösungen, die mit hohen Raten an insbesondere gastrointestinales Nebenwirkungen assoziiert sind.

Kombination optimiert Darmreinigung

Mit CitraFleet® wurde unlängst ein Präparat in Deutschland ein-

geführt, das eine Kombination aus einem schwach resorbierbaren hyperosmolaren Elektrolyt (Magnesiumcitrat) und einem Laxans (Natriumpicosulfat) enthält. Die durch Magnesiumcitrat osmotisch induzierte Darmspülung

und abdominelle Schmerzen treten signifikant weniger auf^{2,3)}, skizzierte Prof. Dr. Dieter Müller, Sprecher der Jury, die gute Verträglichkeit der innovativen Darmreinigungslösung.



Bild: Eisai GmbH

wird durch die Motilitätssteigerung mit Natriumpicosulfat unterstützt, was das Reinigungsergebnis ganz erheblich verbessert. So konnte CitraFleet® in zahlreichen prospektiven klinischen Studien zeigen, dass bei etwa 80 Prozent aller untersuchten Patienten ein adäquates Reinigungsergebnis vorlag²⁾. Verglichen mit konventionellen Lösungen hat CitraFleet® außerdem deutliche Vorteile bezüglich Verträglichkeit und Sicherheit: „Insbesondere Übelkeit, Erbrechen

Reduzierte Patientenbelastung erhöht Compliance

Von vielen Patienten wird die Darmvorbereitung als unangenehmer Part der gesamten Koloskopieprozedur empfunden, wogegen die Untersuchung selbst wegen der üblichen Sedierung⁴⁾ im Allgemeinen kaum wahrgenommen wird. Entscheidende Kritikpunkte sind das hohe

Einnahmenvolumen, schlechter Geschmack und gastrointestinale Nebenwirkungen. „Daher ist die Optimierung der Vorbereitung im Sinne einer für die Patienten leichter durchführbaren und weniger beeinträchtigenden Maßnahme ein wichtiger Schritt, die Akzeptanz der Vorsorge-Koloskopie zu steigern und hierdurch die Darmkrebsmortalität zu senken“, betonte Prof. Dr. Dr. Manfred Gross, Internistische Klinik Dr. Müller, München, in seinem Festvortrag

den Stellenwert einer reduzierten Patientenbelastung bei der modernen Koloskopie. Durch das geringe Einnahmenvolumen von lediglich 2x150 ml im Abstand von sechs bis acht Stunden, das Trinken von 250 ml Tee oder stillem Mineralwasser pro Stunde und durch einen besseren Geschmack^{5,6)} im Vergleich zu den bisherigen Darmreinigungslösungen verbessert Citra-Fleet® Akzeptanz und Compliance der Patienten ganz erheblich, erklärte Prof. Dr. Werner Swobodnik, Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie, Vilshofen, in seiner Laudatio den deutlichen Benefit für die Patienten.

Zukunftspotential und klinischer Ausblick

Aufgrund der guten Wirksamkeit, Verträglichkeit und Sicherheit ist CitraFleet® eine wesent-

liche innovative Bereicherung der Darmvorbereitung vor der Koloskopie. Prospektiv gut dokumentierte, hocheffektive Darmreinigung, fehlendes Nephropathierisiko und gute Verträglichkeit stehen für den Arzt im Vordergrund, während geringes Einnahmenvolumen, angenehmer Geschmack und reduzierte gastrointestinale Nebenwirkungen Akzeptanz und Compliance der Patienten verbessern. Letzteres ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor für die Koloskopie, denn nur eine vollständige Reinigung gewährleistet eine gute Beurteilung der Schleimhaut, günstige Arbeitsbedingungen für den Arzt und aussagekräftige Ergebnisse bei der Untersuchung. Es ist also zu erwarten, dass durch die Einführung von CitraFleet® die Koloskopievorbereitung verlässlicher und akzep-

tabler für die Patienten wird und auf diese Weise Untersuchungsqualität und Teilnehmerraten an der Screening-Koloskopie verbessert werden können, erklärte Müller das zukünftige Potential der Darmreinigungslösung. Daher war es aus Sicht der Jury nur konsequent, CitraFleet® mit dem Innovationspreis 2009 der Arbeitsgemeinschaft Gastroenterologica auszuzeichnen.

1) Winawer S.J. et al. *New Engl J Med*; 1993; 329: 2028–9

2) Hamilton D. et al. *Br J Clin Pract*; 1996; 50: 73–5

3) Hawkins S. et al. *Australas Radiol*; 1996; 40: 235–9

4) Riphaus A. et al. *Z Gastroenterol*; 2007; 45: 782

5) Worthington J. et al. *Cur Med Res Opin*; 2008; 24: 481–8

6) McLeod A.J.M. et al. *Clinical Radiol*; 1998; 53: 612–4

Ärztezentrum am Schlachtensee

mit Apotheke, Sanitätshaus, Rewe, Aldi und 170 kostenlosen Parkplätzen direkt am S-Bahnhof



für unsere 15 Arztpraxen suchen wir noch:

- HNO
 - Hautarzt
 - Kinderarzt
 - Orthopäde
 - Kardiologe
 - Urologe
 - Augenarzt
- auch gerne andere Fachrichtungen

Sie erreichen uns über:

High Gain House Investments GmbH
 Clayallee 353a · 14169 Berlin
 Tel.: 030-804 98 48-22
 Fax: 030-804 98 48-11
 e-mail: hghi@hghi.de
www.hghi.de

Kolorektales Karzinom

FOLFIRI – First-Line-Therapie der Wahl bei mCRC

Auch bei den aktuellen zielorientierten Therapien bleiben kombinierte Chemotherapien beim metastasierten kolorektalen Karzinom (mCRC) unverzichtbar. Diese haben in den letzten Jahren maßgeblich zu deutlichen Behandlungsfortschritten geführt. Gegenwärtig gilt das FOLFIRI-Regime – die Kombination von Irinotecan (Campto®) plus infusionalem 5-Fluorouracil/Folinsäure – als First-Line-Therapie der Wahl.

Nur bei wenigen metastasierten Tumorerkrankungen – so auch beim mCRC – konnte durch eine systemische Therapie eine signifikante Verlängerung der Überlebenszeiten erreicht werden. Sie liegen heute etwa im Bereich von 24 Monaten, wobei

kum Oldenburg, Prof. Claus-Henning Köhne, auf einer Fachpressekonferenz, beruhen die verlängerten Überlebenszeiten auch auf der Tatsache, dass die meisten Patienten weitere Therapielinien erhalten. Hohes Alter oder ein ungünstiger All-

troffenen Alltagsschwierigkeiten haben, zum Beispiel beim Anziehen Knöpfe zu schließen oder die Tastatur eines Computers zu bedienen.

In Anbetracht der kumulativen Komponente der Oxaliplatin-assoziierten Neurotoxizität, der verlängerten Überlebenszeiten und häufig langen Dauer der Erstlinientherapie sowie des zunehmenden Anteils der Patienten, die vor der Erstlinientherapie FOLFOX bereits adjuvant erhalten haben, sei FOLFOX in der First-Line-Situation weniger günstig als das FOLFIRI-Regime, das ohne kumulative Toxizität über lange Zeiträume angewendet werden kann. FOLFOX dagegen empfahl er zur Second- oder Third-Line-Therapie, die in der Regel wesentlich kürzer ist als die Erstlinienbehandlung. Zudem sei FOLFIRI nach aktueller Studienlage^{1,2,3} für Bevacizumab eine besserer Kombinationspartner als FOLFOX. Auch bei Patienten mit KRAS-Wildtyp-Status, die aufgrund potentiell respektabler Lebermetastasen eine kurative Chance haben, sind unter FOLFIRI hohe Ansprechraten festzustellen und sie sei somit auch hier die Therapie der Wahl.

Patientencharakteristika	vorrangiges Therapieziel	mögliches Therapieregime
KURATION		
Leber- und/oder Lungenmetastasen potentiell resektabel, klinisch operabel	gutes Ansprechen → Resektabilität	FOLFIRI + Oxaliplatin FOLFIRI + Cetuximab (nur wt KRAS) (FOLFIRI / CAPIRI + Bevacizumab)
PALLIATION		
multiple Metastasen schnelles Tumorwachstum schwerwiegende Tumor-Symptome Risiko für Organ-Komplikationen	gutes Ansprechen → Kontrolle von Symptomen und Komplikationen	FOLFIRI + Oxaliplatin FOLFIRI + Cetuximab (nur wt KRAS) (FOLFIRI / CAPIRI + Bevacizumab)
multiple Metastasen geringe Dynamik wenig Symptomatik	langfristige Tumorkontrolle, QoL	FOLFIRI + Bevacizumab XELIRI + Bevacizumab
schwere Komorbidität, ECOG > 2 Kontraindikationen gegen Kombinationschemotherapie	wenig Therapietoxizität QoL	wenn FOLFIRI nicht möglich: Capecitabin + Bevacizumab,

Bild: Ogilvy Healthworld GmbH

Individualisierte Erstlinientherapie mit Irinotecan

ca. 10 Prozent der Betroffenen dank der Fortschritte in der Behandlung von Lebermetastasen sogar ein Überleben von >5 Jahren erreichen. In erster Linie ist das auf die Kombinationschemotherapien, die auch in der Ära der zielgerichteten Therapien, wie Bevacizumab und Cetuximab, als Backbone der systemischen Therapie unverzichtbar sind, zurückzuführen. Allerdings, so betonte der Direktor der Klinik für Onkologie und Hämatologie am Klini-

gemeinzustand sind dabei per se kein Grund, mCRC-Patienten von einer Kombinationschemotherapie auszuschließen.

In der First-Line-Situation favorisiert Köhne die Kombinationschemotherapie FOLFIRI. Als wichtigsten Aspekt nennt er dafür die Neurotoxizität Oxaliplatinhaltiger Regime, die Jahre anhält und die Alltagsfunktion der Patienten schwer beeinträchtigen kann. Selbst bei leichter oder mittlerer Ausprägung der Neurotoxizität könnten die Be-

H. B.

1) Hurwitz H. et al.: Bevacizumab plus irinotecan, fluorouracil, and leucovorin for metastatic colorectal cancer. *N Engl J Med*; 2004; 350: 2335–2342

2) Fuchs C. et al.: Randomized controlled trial of irinotecan plus infusional, bolus, or oral fluoropyrimidines in first-line treatment of metastatic colorectal cancer.

Updated results from the BICC-C study. *J Clin Oncol*; 2008, 26: 689–690

3) Saltz L. et al. Bevacizumab in combination with oxalipla-

tin-based chemotherapy as first-line therapy in metastatic colorectal cancer: A randomized phase III study. *J Clin Oncol*; 2008, 26: 2013–2019

Pulmonal-arterielle Hypertonie

Verschenkte Zeit ist verlorene Zeit

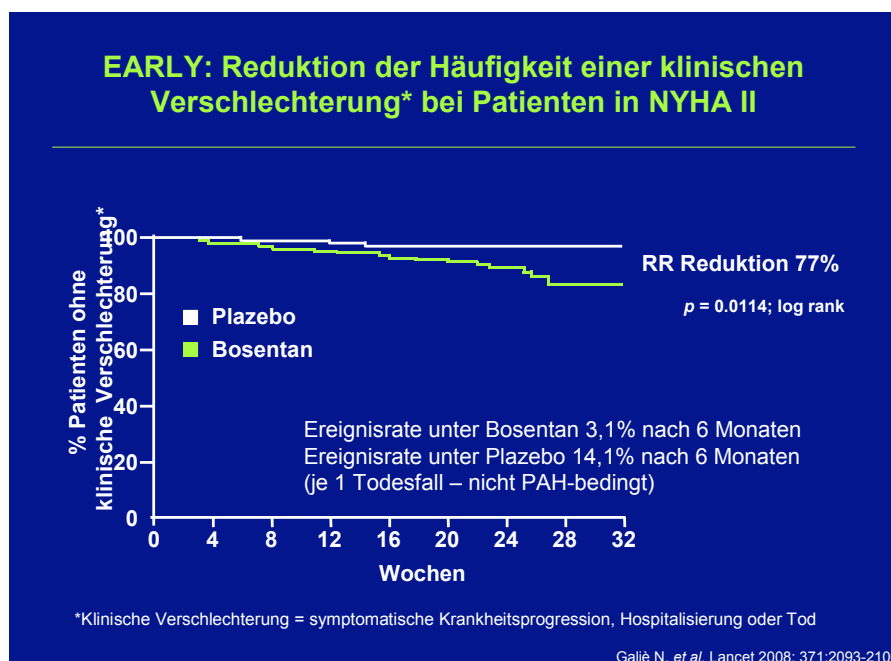
Die pulmonal-arterielle Hypertonie (PAH) ist eine relativ seltene (Inzidenz 1 bis 2 Fälle pro 1 Million), aber schwerwiegende, den Patienten erheblich schwächende und zugleich schwierig zu diagnostizierende Erkrankung, die in vielen Fällen infolge einer fortschreitenden Konstriktion der kleinen Lungenarterien und der daraus resultierenden komplexen strukturellen Veränderungen des Herzens rasch progrediert. Eine frühzeitige Therapie erhöht die Chancen für die Betroffenen. Der duale Endothelin-Rezeptor-Antagonist Bosentan (Tracleer®) hat die Zulassung in der Europäischen Union für die Behandlung von Patienten mit leichter symptomatischer PAH der Funktionsklasse II erhalten.

Die PAH ist charakterisiert durch direkte Veränderungen in der pulmonal-arteriellen Strombahn mit Intima- und Mediahypertrophie, progredienter Gefäßobliteration und Ausbildung von pleiformen Läsionen, die zu einem Anstieg des pulmonal-vaskulären Druckes und Widerstandes führen. Wichtiger Hinweis auf eine PAH ist ein erhöhter pulmonal-arterieller Druck >25 mmHg in Ruhe. Leider wird die Erkrankung erst in einem späten Stadium (NYHA-Funktionsklasse III/IV) erkannt.

Vor der Entwicklung von krankheitsspezifischen PAH-Therapeutika betrug die mittlere Überlebenszeit der Patienten etwa 2,8 Jahre. Dies hat sich durch neue therapeutische Möglichkeiten inzwischen positiv verändert. Doch auch wenn heute neben den bislang zum Einsatz gelangenden Prostanoiden und Phosphodiesterase-5-Inhibitoren weitere wirksame Medikamente, wie zum Beispiel der moderne Endothelin-Rezeptor-Antagonist Bosentan (Tracleer®), zur Verfügung stehen, bleibt die Prognose von Patienten mit PAH limitiert, vor allem dann, wenn Dia-

gnose und Therapiebeginn erst im fortgeschrittenen Stadium erfolgen. Nicht zuletzt deshalb hat eine frühzeitige Behandlung selbst bei milder Symptomatik entscheidende Bedeutung. So hat die sog. EARLY-Studie (Endothelin Antagonist tRIal in mILD-

ten im NYHA-Stadium III oder IV beobachtet wurde. Zugleich aber konnte in dieser Untersuchung nachgewiesen werden, dass auch durch eine Therapie im früheren Krankheitsstadium eine Verschlechterung der PAH verhindert werden kann. Dies begrün-



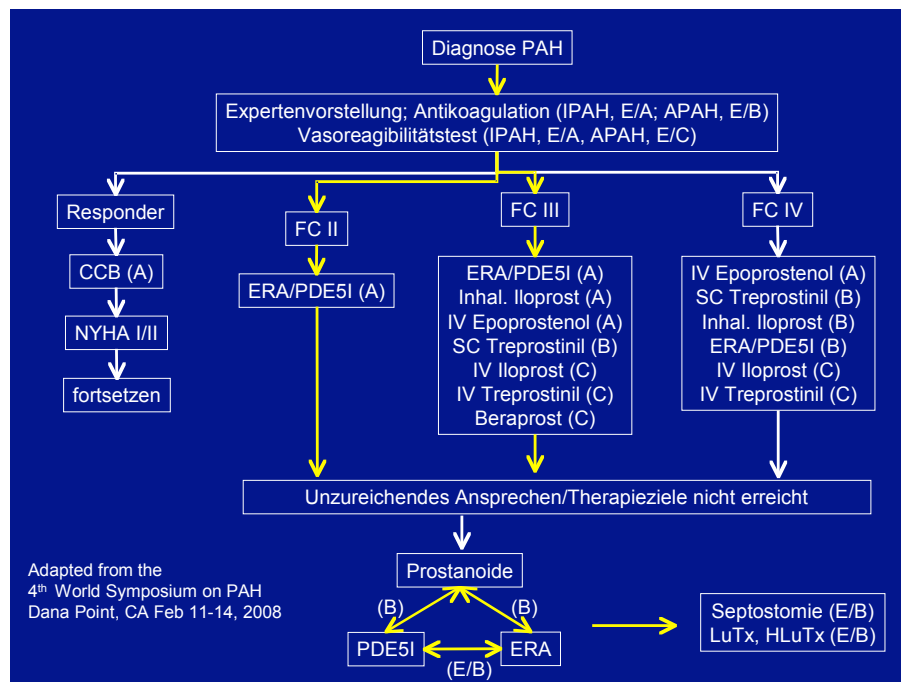
ly symptomatic PAH patients) gezeigt, dass PAH-Patienten bereits im NYHA-Stadium II einen ähnlich hohen pulmonal-vaskulären Widerstand (PVR) aufweisen, wie er in früheren Studien an Patien-

det die Relevanz einer frühzeitigen Identifikation, Diagnose und sofortiger Therapie von Patienten mit PAH.

Als wesentliche Ursachen für die späte Erkennung der Erkrankung

nannte Dr. Jörg Winkler, Leipzig, auf einem Actelion-Syposium während des 115. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (Wiesbaden, 19.04.2009) „vor allem die unspezifischen Beschwerden und Fehlinterpretationen von Symptomen und Befunden“. Er appellierte, „bei jeder unklaren Belastungsdyspnoe und jeder allgemeinen Leistungseinschränkung ohne plausible Erklärung durch eine der häufigen Volkserkrankungen, wie Hypertonie, Asthma oder KHK, an das Vorliegen einer PAH“ zu denken. „Neuere Untersuchungen sprechen für den hohen Stellenwert von Belastungsuntersuchungen (Stressechokardiographie und Spiroergometrie) zur Optimierung der Sensitivität von Ruheuntersuchungen und zur Einordnung grenzwertiger Ruheuntersuchungsbefunde“.

Prof. Dr. Ralf Ewert, Greifswald, unterstrich die frühe Intervention. „Eine Rückbildung der pulmonal-vaskulären Veränderungen ist bis dato nicht vollständig möglich. Dennoch scheint die Langzeitprognose der betroffenen Patienten gut zu sein, wenn es durch frühzeitige Therapie gelingt, den Strömungswiderstand der Lungengefäße auf einem Niveau zu halten, das vom rechten Ventrikel dauerhaft toleriert werden kann.“



Erstmalig konnte die EARLY-Studie nachweisen, dass eine frühzeitige Therapie der PAH den Langzeitverlauf günstig beeinflussen kann. Die Wirkung von Bosentan (Tracleer®) bis zum zeitlichen Eintreten einer klinischen Verschlechterung (wichtige Messgröße für das Fortschreiten der Erkrankung) war mit einer Risikoverminderung um 77 Prozent ($p=0,0114$) signifikant. Die Parameter einer klinischen Verschlechterung waren Tod, Spitalweisung im Zusammenhang mit PAH sowie das symptomatische Fortschreiten der PAH. Die Aussagekraft der Ergebnisse wurde durch ein signifikant weniger häufiges Auftreten der Ver-

schlechterung der Funktionsklasse sowie eine Verbesserung der Indikatoren zur Lebensqualität bei Patienten, die mit Bosentan behandelt wurden, gegenüber der Placebo-Gruppe (3,4 Prozent vs. 13,2 Prozent, $p=0,0285$), erhärtet.

Außerdem konnte in der Studie gezeigt werden, dass Bosentan im Vergleich zu Placebo den pulmonalen Gefäßwiderstand (PVR) mit einem Behandlungseffekt von -22,6 Prozent (-33,5, -10,0; $p<0,0001$) signifikant verringerte. Zusätzlich wurden einige andere wichtige hämodynamische Messgrößen signifikant verbessert. Die körperliche Leistungsfähigkeit auf der Basis des Sechs-Minuten-Lauftests wies einen deutlich positiven Trend auf. Das Sicherheits- und Verträglichkeitsprofil stimmte mit dem in vorangegangenen placebo-kontrollierten klinischen Studien im Zusammenhang mit pulmonaler arterieller Hypertonie überein (Rubin L.J. et al.: Bosentan therapy for pulmonary arterial hypertension. *N Engl J Med.*; 2002; 346: 896–903.).

H. B.

HELDENBERG - QUACK | RECHTSANWÄLTIN

- FORDERUNGSEINZUG (INKASSO)
insbesondere für Ärzte und Labore
- SCHEIDUNGSRECHT
- JUGENDSTRAF-/STRAFRECHT
- VERKEHRSRECHT

MOMMSENSTRASSE 46 | 10629 BERLIN (CHARLOTTENBURG)
E-MAIL: anwält.heldenberg-quack@t-online.de
TELEFON: +49 (30) 31 99 16 80 | TELEFAX: +49 (30) 31 99 16 82

Harninkontinenz

„Gendermedizin“ – geschlechtsspezifische Fragestellungen in der Medizin

Forschungen zeigen, dass der vermeintlich kleine Unterschied zwischen Mann und Frau so klein gar nicht ist: Frauen erkranken häufiger als Männer an Autoimmunerkrankungen, Männer häufiger als Frauen an Magenkrebs. Frauen bringt die Ergometrie weniger Nutzen als Männern, ihnen wiederum mangelt es an herzschützenden Östrogenen. Gendermedizin ist die Kunst, all diese Unterschiede zu berücksichtigen*).

Hinter dem Gendergedanken steckt das Ziel, Frauen und Männer gemäß ihren Bedürfnissen zu behandeln. Dies betrifft zum Beispiel auch die weitverbreitete Harninkontinenz mit ihren bei den Geschlechtern sehr unterschiedlichen Ursachen. Bei Männern führt oft der natürliche Alterungsprozess des unteren Harntraktes zu einer Überaktivität der Harnblase. Hier spielt insbesondere die alterungsbedingten Veränderungen der Prostata, die durch deutliche Größenzunahme den Blasenaustritt verlegt, eine maßgebliche Rolle. Bei Frauen hingegen machen sich die Folgen von Schwangerschaft und Geburt sowie Bindegewebsschwäche oder Veränderungen des Gewebes durch die „Wechseljahre“ in Form von Harninkontinenz bemerkbar. Ihnen kommt beim bestehenden demographischen Wandel – Frauen haben eine höhere Lebenserwartung – in allen medizinischen Bereichen, also auch hinsichtlich der Inkontinenzprobleme, besondere Bedeutung zu.

„Frauen bewerten ihren Gesundheitszustand durchschnittlich schlechter als gleichaltrige Männer“, erklärte Prof. Dr. Ingo Fügen, Universität Witten/Herdecke, auf einer Pressekonferenz der Dr. R. Pfleger GmbH, Bamberg. „Sie sind meist weniger ‚fit‘ im Alter als Männer, sind

häufiger bei Ärzten in Notfallambulanzen, sind multimorbider und werden häufiger stationär aufgenommen.“ Insbesondere in den höheren Lebensjahren nehmen sie mehr Medikamente als Männer ein. Entsprechend größer ist bei ihnen die Nebenwirkungs- und Interaktionsproblematik.

Dies alles ist den Ärzten wohl bekannt. Neu aber ist, dass Frauen bei bestimmten Erkrankungen unter Umständen eine andere Therapie benötigen. „Dies kann zum einen auf hormonellen Einflüssen bezüglich der Wirkung von Arzneimitteln (Pharmakodynamik) beruhen, zum anderen können sogar simple Unterschiede in der Pharmakokinetik eine Rolle spielen.“ Deshalb muss heute bei neuen Arzneimitteln überprüft werden, ob es geschlechtsspezifische Unter-

schiede bei der Pharmakokinetik, der Wirkung und Wirksamkeit sowie den Nebenwirkungen gibt. Ferner sind Untersuchungen zu potentiellen Einflüssen exogener Hormone gefordert. – Ein besonderes Problem bildet die Pharmakotherapie im Alter, da sich mit den höheren Lebensjahren die Wissensdefizite über geschlechtsspezifische Unterschiede verschärfen. Eine Reihe von Untersuchungen hat belegt, dass sich alleine aufgrund der physiologischen Altersveränderungen bestimmte Einflüsse auf die Pharmakokinetik und -dynamik ergeben.

Geschlechtsspezifische Besonderheiten und Unterschiede – bedingt durch die Verschiedenheit der Anatomie und Physiologie – treffen auch für die Harninkontinenz zu. Während zum Beispiel bei jungen Frauen



DÄGfa
Kompetenz und Erfahrung
in Akupunktur sowie
Chinesischer Medizin

Der kompakte Weg

zur Zusatzbezeichnung Akupunktur

Komplettes Kursprogramm: www.daegfa.de

Die umfassende Grundausbildung zur Zusatzbezeichnung Akupunktur in drei Intensiv-Blöcken. Die Kurstage sind zusammen oder auch einzeln buchbar. Mit der Block-Buchung sind Ermäßigungen bei den Kursgebühren verbunden.

Ferien-Kompaktermine 2009			
	Block 1	Block 2	Block 3
Berlin	01. – 05. Juli	18. – 26. Juli	01. – 02. August

Rufen Sie uns an für weitere Informationen!

Deutsche Ärztesellschaft für Akupunktur e.V., gegr. 1951

Fortbildungszentrum, Würmtalstr. 54, 81375 München, Tel. 089/710 05 11, Fax 089/710 05 25, e-mail: fz@daegfa.de

eine leichte Inkontinenz beim Sport kein besonderes Risiko für eine behandlungsbedürftige Inkontinenz im späteren Leben darstellt, stehen hinter dem Symptom Inkontinenz bei jüngeren Männern in der Regel ernsthafte Ursachen in Form von neurologischen oder anderen Erkrankungen.

„Die Anteile der Inkontinenzformen differieren je nach Altersgruppe“, erklärte Füsgen. „Mit steigendem Lebensalter sinkt bei Frauen der Anteil der reinen Stress- bzw. Belastungsinkontinenz, hingegen wächst der Anteil von Drang- und Mischinkontinenz. Bei Männern ist in allen Altersstufen die Dranginkontinenz die weitaus überwiegende Form.“ Harninkontinenz stellt insbesondere bei älteren Patienten oftmals ein multifaktorielles Geschehen dar. Alloussi et al. haben bei urodynamischen Untersuchungen an Diabetikern ermittelt (2007), dass sich „hinter Symptomen einer hyperaktiven Blase unterschiedliche neurogene Harnblasen-Entleerungsstörungen verbergen können“. Die Therapie muss sich bei beiden Geschlechtern nach der jeweiligen Ursache richten. Dabei ist bei konservativen Maßnahmen (zum Beispiel bei der Behandlung der Dranginkontinenz) die Frage zu stellen, ob evtl. Unterschiede in der Medikation angesagt sind.

Abschließend verwies Füsgen darauf, dass bei der gesamten Thematik „Ärztinnen und Ärzte oft selbst in ihrer Geschlechter-



Bild: DAK

Harninkontinenz: Weitverbreitet, aber mit sehr unterschiedlichen Ursachen bei den Geschlechtern

rolle gefangen sind.“ Aus internationalen Studien ist bekannt, „dass sich Ärztinnen bei ‚Frauenthemen‘ wesentlich sicherer fühlen und meinen, damit auch besser umgehen zu können.“ Außerdem seien auch Unterschiede zwischen Stadt und Land, der regionalen Kultur, der Religion, der Schichtzugehörigkeit und der Bildung festzustellen. „Es gibt keinen Zweifel, dass das Thema ‚Gendermedizin‘ vielschichtig und komplex ist.

Auch nach Erfahrung von Prof. Dr. Helmut Madersbacher, Innsbruck, wurden genderspezifische Unterschiede in der Harninkontinenz hinsichtlich der Prävalenz, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie bislang nur wenig beachtet. So bilden bei Frauen zum Beispiel Östro-

genmangel, chronisch rezidivierende Harnwegsinfektionen und Zystozele die häufigsten harnblasenbedingten lokalen Ursachen, während beim Mann in erster Linie die infravesikale Obstruktion durch eine vergrößerte Prostata für die Inkontinenzproblematik verantwortlich ist. Aus klinischen Studien ist bekannt, dass bei Männern mit Symptomen der gestörten Blasenentleerung (Prostata) und Symptomen der überaktiven Blase Alpha-Rezeptorenblocker zwar die Miktionsleistung verbessern, in 60 Prozent aber die Symptome der überaktiven Blase nicht beeinflussen können. Erst die zusätzliche Gabe eines Anticholinergikums kann hier Besserung bringen. Dies allerdings ist dann eine Indikation für weitergehende urologische Untersuchungen.

Madersbacher erläuterte zusammenfassend, dass die Unterschiede in der Pathophysiologie der verschiedenen Inkontinenzformen bei Mann und Frau erfordern, dass nach erfolgter Basisdiagnostik in unterschiedlichem Ausmaß weiterführende Untersuchungen indiziert sind. „Die unterschiedlichen Pathophysiologien der Harninkontinenz bei Frau und Mann bedingen eine unterschiedliche Diagnostik und letztlich auch unterschiedliche Therapiemaßnahmen.“ **H. B.**

*) Zitat aus UNIQA Health Service

Berliner Ärzteblatt (Rotes Blatt)

Impressum:

Herausgeber: Christian Sachse
Verlag: Berliner Ärzte-Verlag GmbH
Flemingstr. 12, 10557 Berlin
Tel.: 030 8336066, Fax: 030 84309677
Verlagsleitung: Torsten Sievers

Redaktion:

Chefredakteur: Christian Sachse (v. i. S. d. P.),

Chefredakteur Medizin: Hilmar Bierl (verantw.),
Tel.: 030 5098989

Redaktion: Raimund August (Berufspolitik),
Dr. Alexandra Weber

Redaktion Tel.: 030 32304077

Schlussredaktion, Herstellung: Ilonka Sievers
Anzeigen: Torsten Sievers (verantw.)

Es gilt Anzeigenpreisliste Nr. 8, Jan. 2009

Bitte beachten Sie auch S. 32

Titelbild: Stock photo



EVANGELISCHES
DIAKONISSENHAUS
BERLIN TELTOW LEHNIN

Das Evangelische Diakonissenhaus Berlin Teltow Lehnin ist eine Stiftung bürgerlichen Rechts mit Einrichtungen der Jugend-, Alten- und Behindertenhilfe, des Gesundheitswesens und der schulischen Berufsausbildung im Sozial- und Gesundheitswesen.

Für die Evangelischen Kliniken Luise-Henrietten-Stift Lehnin, Klinik für Geriatrische Rehabilitation werden ab sofort gesucht:

Assistenzärztinnen/-ärzte in inter- nistischer oder allgemeinmedizi- nischer Facharzt-Weiterbildung

oder

Fachärztinnen/-ärzte für Allgemein- oder Innere Medizin

zur Mitarbeit im interdisziplinären Team.

Neben der Stationsarbeit und Bereitschaftsdiensten bietet das Haus die Ausbildung sämtlicher diagnostischer Verfahren der Grundversorgung in der Inneren Medizin einschließlich Intensivmedizin an. Wünschenswert sind Grundkenntnisse im Bereich der Sonographie und der Fachkundenachweis Rettungsdienst.

Der Chefarzt ist ermächtigt zur Zusatz- u. Schwerpunktweiterbildung Geriatrie. In der Klinik für Geriatrische Rehabilitation werden multimorbide Patienten nach Schlaganfall, Hüftgelenksnahe Frakturen, Endoprothesenversorgung, Amputationen, allgemein-, gefäß- und kardiochirurgischen Eingriffen behandelt.

Durch die zum Hause gehörenden Abteilungen für Innere- und Palliativmedizin bestehen neben der Facharztweiterbildung Innere Medizin (5 Jahre) auch Angebote zur Weiterqualifizierung im Bereich Gastroenterologie, Hämatologie, Internistische Onkologie und Palliativmedizin.

Wenn Sie sich nicht nur als Ärztin/Arzt, sondern auch als Christenmensch angesprochen fühlen, freuen wir uns erst recht auf Ihre Bewerbung.

Sie erwartet eine Vergütung nach den Arbeitsvertragsrichtlinien des Diakonischen Werkes Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz, ein Arbeitszeitmodell mit Zeitkonten und beeinflussbaren Freizeiträumen, eine kirchliche Zusatzversorgung und weitere Sozialleistungen (eigene Kita).

Ihre schriftliche Bewerbung senden Sie bitte an das Evangelische Diakonissenhaus Berlin Teltow Lehnin / Evangelische Kliniken Luise-Henrietten-Stift Lehnin / Personalabteilung / Klosterkirchplatz 1-19 / 14797 Kloster Lehnin.

Für Rückfragen steht Ihnen ChA Dr. med. H.-J. Möller gern unter Tel. 03382-76 82 30 zur Verfügung.

Besuchen Sie uns auch im Internet unter www.edbit.de

PM 15945

Brennpunktlage Neukölln

Praxisräume in der Karl-Marx-Straße 132, direkt am U-Bahnhof in der 4. Etage, Fahrstuhl vorhanden, ca. 160 m², Kaltmiete 5,00 Euro/m² zzgl. Betriebs- und Heizkosten (Fernwärme), provisionsfrei, Apotheke, Zahnarzt-, Allgemeinarzt- und Gynäkologiepraxen im Hause, Umbaukosten trägt der Vermieter.

Tel. 030/ 8237425, Fax 030/ 82096275

Wir suchen einen/eine Allgemeinmediziner/in mit A-Diplom für Akupunktur für ein Ärztehaus in Berlin zur Anstellung ab Juli 2009.

Wir bieten eine gute Perspektive, freie Gestaltung sowie übertarifliche Bezahlung. Ausländische Ärzte sind ebenfalls gerne willkommen.

Chiffre: BAE0906-1047



BRANDENBURG KLINIK
BERNAU BEI BERLIN

Die Brandenburg Klinik liegt ca. 15 km nordöstlich von Berlin. Die Fachabteilungen Neurologie, Orthopädie, Psychosomatik und Kardiologie umfassen insgesamt 700 Patientenbetten.

Für unsere Abteilung für Psychosomatik suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n

Ärztin/Arzt

mit Weiterbildungsinteresse im Bereich der Psychosomatischen Medizin

Die Leitungsmitglieder der Abteilung verfügen über die Weiterbildungsmöglichkeiten für das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (3 Jahre), das Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie (1 Jahr) und das Fachgebiet Innere Medizin (1 Jahr).

Die Abteilung für Psychosomatik befindet sich in einem Wachstumsprozess und ist derzeit in sechs Stationen mit insgesamt 160 Betten gegliedert. Auf der Basis eines integrativen Konzeptes wird das gesamte Spektrum psychosomatischer und psychogener Erkrankungen behandelt. Indikative Schwerpunkte sind die Therapie von Somatoformen Störungen, Depressionen, Angsterkrankungen sowie Traumafolgestörungen.

Wir bieten Ihnen:

- Hilfe bei der Wohnungssuche und Unterbringung in klinieigenen Wohneinheiten für die ersten 6 Monate
- familienfreundliche Gestaltung der Arbeitszeit
- Beteiligung an den Umzugskosten
- angenehmes Betriebsklima und sehr gute kollegiale fachübergreifende Zusammenarbeit im interdisziplinären Team
- übertarifliche Vergütung und Startprämie
- Unterstützung bei der Altersversorgung
- geringe Bereitschaftsdienstfrequenz

Fragen beantwortet Ihnen Chefarzt PD Dr. med. Tom-Alexander Konzag, Tel. (03 33 97) 331 01, konzag@brandenburgklinik.de

Wir freuen uns auf Ihre schriftliche Bewerbung:

Brandenburg Klinik Bernau bei Berlin · Personalabteilung
Brandenburgallee 1 · 16321 Bernau-Waldsiedlung
Telefon (03 33 97) 3 33 28 · www.brandenburgklinik.de



118-09

Türkisch sprechende/r Arzt/Ärztin in Weiterbildung (WB 2 Jahre Innere/Allgemeinmedizin) oder FA von MVZ in Nürnberg ges.

Gute Arbeitsbedingungen, auch TZ – nettes Team. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung unter Chiffre:

BAE 0906-1634

Praxisräume über Apotheke ,

1. Stock ca. 120 m²,

2. Stock ca. 100 m²

mit Fahrstuhl in Berlin-Lichtenrade ab 01.01.2010 zu vermieten.

Chiffre: BAE0906-1650

KUR-/KRANKHEITSVERTRETUNG (FA Pädiatrie)

für mehrere Wochen bis Monate für Kinderarztpraxis in Berlin Pankow gesucht.

Kontaktaufnahme via eMail erbeten unter:
Praxis-Vertretung@gmx.de

Das Berliner Familienplanungszentrum – BALANCE

sucht Fachärztin für Gynäkologie bzw. unmittelbar vor Facharztprüfung stehend

ab Juli 2009 in Teilzeit-Anstellung/Honorar. Vergütung nach BAT. Flexible Arbeitszeiteinteilung.

Bewerbung per email an Geschäftsführung:
sybill.schulz@fpz-berlin.de



Die Berliner Krebsgesellschaft e.V. sucht im Zuge einer Nachfolge zum 1. Juli 2009

**einen/e Mitarbeiter/in
in Leitungsfunktion/Geschäftsführung.**

Als interdisziplinäre wissenschaftliche Fachgesellschaft mit über hundertjähriger Tradition engagiert sich die Berliner Krebsgesellschaft in Krebsforschung, -Prävention, -Selbsthilfe und -Rehabilitation, Nachwuchsförderung durch Stipendienprogramme, Fortbildung für Ärzte und Pflegeberufe. Die Berliner Krebsgesellschaft unterhält ein bekanntes Krebsinformations- und Beratungsangebot für Krebskranke, Angehörige und Interessierte.

Wir erwarten von Ihnen ein abgeschlossenes Medizinstudium mit Promotion, vorzugsweise mit klinischer Erfahrung und nachgewiesenem onkologischen Schwerpunktinteresse, evtl. mit einer Zusatzqualifikation in Public Health.

Die Bereitschaft zu eigenständiger und kreativer Arbeit im Rahmen gemeinsam vereinbarter Ziele sowie hohe kommunikative Kompetenz und Organisationstalent setzen wir voraus.

Bitte schicken Sie Ihre Bewerbungsunterlagen an den Vorsitzenden der Berliner Krebsgesellschaft Prof. Dr. med. Dr. h. c. Peter M. Schlag, Berliner Krebsgesellschaft e.V., Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin

**Anzeigenschluss für Ausgabe 07/08 2009:
23.07.2009**

**KARRIERESPRUNG
GEFÄLLIG?**



Zum Beispiel in den Kongo. **ÄRZTE OHNE GRENZEN** hilft Menschen in Not. Schnell, unkompliziert und in rund 70 Ländern weltweit. Unsere Ärzte, Pflegekräfte und Logistiker arbeiten oft in Konfliktgebieten – selbst unter schwierigsten Bedingungen: ein Einsatz, der sich lohnt.

- Bitte schicken Sie mir unverbindlich
- allgemeine Informationen über **ÄRZTE OHNE GRENZEN**
 - Informationen über Spendenmöglichkeiten
 - Informationen für einen Projekteinsatz

Name

Anschrift

E-Mail

ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.
Am Köllnischen Park 1 • 10179 Berlin
www.aerzte-ohne-grenzen.de

Spendenkonto 97 097
Bank für Sozialwirtschaft
BLZ 370 200 00

Studienplatz Medizin
Studienberatung und NC-Seminare. Unser Ziel: Ohne ZVS schnell ins Studium (Medizin, Zahnmedizin, Tiermedizin, Biologie, Psychologie). Vorbereitung für Medizinertertest und Auswahlgespräche.
Info und Anmeldung:
Verein der NC-Studenten e.V. (VNC)
Argelanderstr. 50 • 53115 Bonn
Tel. (0228) 21 53 04, Fax 21 59 00

**Vertreter für haus-
ärztlichen Not-
dienst in Bernau
bei Berlin gesucht**
T: 03338 767336

**Erfolgreiche
Ärztevermittlung**
Vertretungsgesuche und Vertretungsangebote
Beate Schütz
Üderseeestr. 17, 10318 Berlin
Tel. 030/508 1657 – Fax 030/503 78 471
atischuetz@aol.com

**WB-Assistent/in für psychotherapeutische
Medizin ab sofort gesucht.**
Ganztags oder Teilzeit, WB-Befugnis für psychotherapeutische Medizin und Psychiatrie vorhanden
Tel. 030-7689600

Berliner Ärzteblatt Anzeigenwegweiser

Wie gebe ich eine Textanzeige auf?
Schicken Sie Ihren Anzeigentext als Fließtext per E-Mail an torsten.sievers@berliner-aerzteverlag.de oder fügen Sie Ihrer E-Mail den Text als Word-Dokument bei. Für eventuelle Rückfragen geben Sie bitte Ihre Postanschrift und Telefonnummer an.

Wie gebe ich eine gestaltete Anzeige auf?
Bitte senden Sie Ihre Anzeige als pdf mit eingebetteten Schriften und Grafiken, eps oder tif in einer Auflösung von mindestens 300 dpi an torsten.sievers@berliner-aerzteverlag.de. Für eventuelle Rückfragen geben Sie bitte Ihre Postanschrift und Telefonnummer an.

Wie antworte ich auf eine Chiffreanzeige?
Bitte senden Sie Ihre Zuschrift per Post an:
Berliner Ärzteverlag, Chiffre Nr. (bitte Chiffre angeben), Flemingstr. 12, 10557 Berlin. Alle eingegangenen Chiffre-Zuschriften werden umgehend weitergeleitet.

Bitte beachten Sie:
Die Mindestgröße für Klein- und Stellenanzeigen beträgt 40x25 mm, für alle anderen Anzeigen 117x100 mm.

Sie haben weitere Fragen?
Dann rufen Sie Herrn Torsten Sievers unter 030 8336066 an. Er hilft Ihnen gerne weiter.

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: Erhardi-Druck, Regensburg

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 unaufgefordert zur Besprechung eingesandt werden, übernimmt der Verlag keine Gewähr. Die Redaktion behält sich vor, Manuskripte ohne Rücksprache zu kürzen und umzuschreiben.

Praxizräume in Lichtenberg

insbesondere für Augen- und Kinderarzt oder Orthopäden - Logopädie, Ergotherapie und Zahnarzt im Hause. Flexible Raumaufteilung in hohen, hellen Räumen bis 400 m². 3,80 Euro Netto/kalt zuzügl. 1,70 Euro BK, Aufzug und viele Parkplätze vorhanden.
Von Privat: 0174 - 3090600

Engagierte AH/PM mit langjähriger Berufserfahrung

in allgemeinmed. Praxis sucht interessantes Aufgabengebiet. Bevorzugter Standort: Teltow/Lichterfelde-Süd bzw. Kleinmachnow/Zehlendorf.
Chiffre: BAE0906-1638

Etablierte Privatpraxis für Urologie und Anti-Aging in Berlin-Spandau sucht ganzheitlich ausgerichtete/n Kollegin/en als Kooperationspartner.

Kompatibel: Naturheilverfahren, Ernährungsmedizin, TCM, Osteopathie etc.
Kontakt: dr.liermann@gmx.de

Ertragsstarke hausärztliche Gemeinschaftspraxis im Bereich nördl. Ostsee (Schlei-Region) sucht für altersbed. ausscheidenden Partner einen Nachfolger.

schleiaerzte@googlemail.com – www.praxis-schneider-fischer.de

Fachübergreifendes MVZ in Berlin bietet Weiterbildungsstelle für Allgemeinmedizin, Chirurgie, Orthopädie.

Voraussetzung Chirotherapie.

Tel. 030 – 884 30 684, www.chimanos.de

FÄ für Dermatologie sucht Tätigkeit in Berliner Arztpraxis für Zusatzweiterbildung Allergologie (in Teilzeit (ca. 25 h/Woche).

ekirlu.s@gmx.de

Tannenhof Berlin-Brandenburg e. V.



Der Tannenhof Berlin-Brandenburg e. V. sucht für das Sucht-Therapiezentrum Die Pfalzburger in Berlin-Wilmersdorf unter Federführung der DRV Berlin-Brandenburg mit 56 Betten einen

FACHARZT (M/W)

FÜR PSYCHIATRIE/PSYCHOTHERAPIE ODER FÜR INNERE MEDIZIN MIT PSYCHOTHERAPEUTISCHER ZUSATZAUSBILDUNG ODER FÜR ALLGEMEINMEDIZIN MIT PSYCHOTHERAPEUTISCHER ZUSATZAUSBILDUNG

Erfahrungen in der Suchtrehabilitation und mit Suchtkranken sind erwünscht. Die Aufgabengebiete umfassen: med. Versorgung der Reha-Teilnehmer, Diagnostik, Therapieplanung, Therapie, Berichtswesen, Kontakte zu Leistungsträgern.

Ihre Bewerbungsunterlagen senden Sie bitte per E-Mail an: **bewerbung@tannenhof.de** oder per Post an:

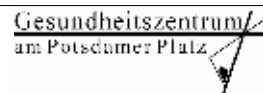
Tannenhof Berlin-Brandenburg e. V., Meierottostraße 8-9, 10719 Berlin • **www.tannenhof.de**

Wir bieten im

eine Fläche von 57 m² (Beratung und Untersuchung) für:

Augenarzt, Urologen oder Konsiliararzt

Weitere Informationen und Termine für eine Besichtigung der Mietflächen unter: Tel. 0175 / 891 88 14 (Herr Magen)



Ärztin/Arzt mit Intensivfahrung für interdisziplinäre Intensivstation zur Übernahme von Bereitschaftsdiensten gesucht.

Dominikus-Krankenhaus GmbH - Personalabteilung - Kurhausstr. 30, 13467 Berlin, E-mail: **bewerbung@dominikus-berlin.de**
 Weitere Informationen finden Sie unter **www.dominikus-berlin.de**



Klinikum Coburg GmbH Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Würzburg



Die Klinikum Coburg GmbH ist ein Schwerpunktkrankenhaus der Versorgungsstufe II mit 510 Planbetten und 12 Dialyseplätzen und verfügt über 13 Haupt- und 4 Belegabteilungen. Zum 01.01.2008 wurde unser Haus in regioMed, einem kommunalen Krankenhausverbund, eingebracht.

Zum nächstmöglichen Zeitpunkt suchen wir für unsere Anästhesiologische Klinik einen

Arzt (w/m) in Weiterbildung für Anästhesie

Die Anästhesiologische Klinik betreut ca. 8.500 Operationen jährlich, wobei alle verfügbaren und geeigneten Methoden der Allgemein- und Regionalanästhesie zum Einsatz kommen. Darüber hinaus steht die chirurgische Intensivstation mit 12 Betten unter anästhesiologischer Leitung, die im 3-Schicht-System betrieben wird. Weitere Aufgabengebiete stellen die stationäre und ambulante Schmerztherapie sowie die OP-Koordination dar. Die Weiterbildungsermächtigung für Anästhesiologie über 4 Jahre liegt vor; ebenso die Weiterbildungsermächtigung für 1 Jahr Intensivmedizin.

Wir erwarten:

- Einen engagierten Arzt ab dem 2. Weiterbildungsjahr
- Eine interessierte, aufgeschlossene und freundliche Persönlichkeit
- Wirtschaftliches Denken und organisatorisches Geschick
- Interesse für klinisch-wissenschaftliche Fragestellungen

Für Ihre hoch qualifizierte anästhesiologische Weiterbildung bieten wir Ihnen:
 - Einweisung in moderne Anästhesie- und Therapieverfahren

- Regelmäßige in- und externe Fortbildungsveranstaltungen mit unterschiedlichen Lehrinformationen
- Mitarbeit in einem motivierten Team

Attraktive Rahmenbedingungen schaffen die nötige Voraussetzung, damit Sie sich auf Ihre ärztliche Weiterbildung und Tätigkeit konzentrieren können:

- Vergütung nach TV-Ärzte/VKA
- Eine umfangreiche Einarbeitung
- Eine haus eigene Kindertageseinrichtung für die Betreuung von Säuglingen und Kindern bis zum Schuleintritt
- Eine attraktive Umgebung mit hohem Freizeitwert und einem breiten kulturellen und sportlichen Angebot

Für Rückfragen steht Ihnen unser Chefarzt der Anästhesiologie, Herr Priv. Doz. Dr. Steffen Probst, unter Telefon: 09561/22-6433, gerne zur Verfügung.

Ihre Bewerbung mit den entsprechenden Unterlagen richten Sie bitte an folgende Anschrift:

Klinikum Coburg GmbH, Personalleitung, Frau Dr. Schafmeister, Ketschendorfer Str. 33, 96450 Coburg, Tel.: 09561/22-7214, Fax: 09561/22-7209

Weitere Informationen über unser Haus finden Sie auf unserer Homepage unter: **www.klinikum-coburg.de**

Ausflug-Tipps: NaturTherme, Zisterzienserkloster, Radtour

NaturTherme Templin

In der großzügigen Badelandschaft erleben Sie gesundes Badevergnügen in bis zu 36°C warmer Thermalsole. Wellenbecken, Grottengang, Strömungskanal,



Bild: NaturTherme Templin

Whirlpools und Unterwassermassagestationen bieten Abwechslung und Wohlbefinden. Ein warmes Außenbecken mit Wasserfallgrotte und Geysiren lädt zum Badevergnügen im Freien ein. Das Kinderparadies ist ein besonderes Angebot für die Jüngsten: mit Süßwasser-Planschbecken, Wasserspielbereich, Wasserfall und eigener Rutsche.

Aber Wasser gibt es hier nicht nur für Entspannung und Spaß. Die bis zu 36 Grad warme jodhaltige Thermalsole hat sich besonders bei Rheuma und Beschwerden mit dem Bewegungsapparat und der Wirbelsäule bewährt. Neuer Antrieb durch den Auftrieb: Bewegung im nassen Element ist schonend und schmerzlos, trainiert Kondition und Konstitution, stärkt Muskeln und das Immunsystem. Auch Gäste mit Problemen der Haut, der Atmung und des Kreislaufs sind in der Therme, die der Stadt Templin mit ihrer Eröffnung im Jahr 2000 den Titel Thermalsole-

heilbad einbrachte, in besten Händen: Inhalationen, Wannebäder, Moor-Packungen und Bewegungstherapien gehören zum klassischen Gesundheits-Angebot. Für jeden Typ das richtige Ange-

bot gibt es in der Saunalandschaft. Die NaturTherme ist Träger der Gütesiegel Prävention im Kurort® und Wellness im Kurort® des Deutschen Heilbäderverbandes e.V.

Adresse: Dargersdorfer Str. 121, 17268 Templin – Öffnungszeiten: Mo bis So 9.00 Uhr bis 21.00 Uhr.

Quelle: www.naturthermetemplin.de

Das Zisterzienserkloster Lehnin

Das Kloster Lehnin stellt sich heute als frühes Meisterstück der modernen Denkmalpflege dar.



Bild: Zisterzienserkloster Lehnin

1180 wurde es von Markgraf Otto I. von Brandenburg gegründet. Es ist das Älteste der Mark Brandenburg. Die Klosteranlage wurde nachdem Einzug eines Konvents aus dem Zisterzienserkloster Sittichenbach bis etwa 1260 errichtet. Im 18. Jahrhundert waren die Klausur und der Kreuzgang sowie auch große Teile der Klosterkirche verfallen und abgetragen. Doch Mitte des 19. Jahrhunderts richtete sich wieder das Interesse auf das Kloster Lehnin: Die Klosterkirche wurde in den Jahren 1871–77 wieder aufgebaut.

Die „Lehliner Sommermusiken“ sind bereits zu einer Tradition geworden. In diesem Jahr: Festkonzert zur Eröffnung der Lehliner Sommermusiken 11. Juli 2009, Samstag, 15.00 Uhr und 18.00 Uhr, Klausurgarten, „Power of music – Händel ein Europäer“, Eintritt 12,-/8,-.

18. Juli, Samstag, 19.30 Uhr, Klosterkirche: mehrstimmige mittelalterliche Vokalmusik der Zisterzienser, Lehliner Chorschola, Ltg. Andreas Behrendt.

Weitere Konzerte unter: www.klosterkirche-lehnin.de/die-klosterkirche/sommermusik.html

Radreisen

Angeboten werden sieben geführte Radtouren – ob durch das Oder-Spree-Seengebiet oder das Oderbruch. Täglich werden 25 bis 58 km gefahren – meist auf gut ausgebauten Radwegen und wenig befahrenen Nebenstraßen. Die durchschnittliche Urlaubsdauer beträgt acht Tage. Ein Bus bringt abends die Radler zurück in das Hotel Flora – ein Vier-Sterne-Hotel mit Wellnessangeboten.

<http://radreisen-berlin-brandenburg.de/>, www.flora-hotel.de

10. Deutscher Medizinrechtstag

Haftung ohne Grenzen Risiken durch Telemedizin, Delegation, Marketing

- Telemedizin: Nutzen, Fragen und faktische Widerstände
- Abrechnung bei Verzicht auf persönliche Leistungserbringung
- Werberecht für Ärzte
- Neue Strategien des Freiberufler-Marketings



Symposium für Ärzte und Medizinrechts-Anwälte

Der 10. Deutsche Medizinrechtstag findet am 4. und 5. September 2009 in Frankfurt am Main statt. Dieses Jahr steht die Veranstaltung unter dem Motto „Haftung ohne Grenzen“. Das Symposium wird von der Stiftung Gesundheit, Hamburg, und dem Medizinrechtsanwälte e.V., Lübeck, veranstaltet.

Der jährliche Medizinrechtstag ist eine gemeinsame Tagung von Medizinrechts-Anwälten und Ärzten. Referenten aus Justiz, Praxis, Verbänden und Politik beleuchten im Rahmen der Ver-

anstaltung einen Themenkreis aus unterschiedlichen Perspektiven. Der Kongress dient der individuellen Fortbildung, dem interdisziplinären Austausch, der gemeinsamen Entwicklung von Erkenntnissen sowie der Kontaktpflege.

Das Programm können Sie unter www.stiftung-gesundheit.de in der Rubrik „Medizinrecht“ herunterladen.

[Impf]

[Summ]

[Smile]



IXIARO®: der erste, in Deutschland zugelassene Impfstoff gegen Japanische Enzephalitis ist da.



Japanische Enzephalitis ist die häufigste virale Enzephalitis in Asien.¹

Sie ist ein unkalkulierbares Risiko für Reisende.²

Die Impfung ist der beste Schutz.



NEU
IXIARO®

Der neue Impfstoff gegen Japanische Enzephalitis
(inaktiviert, adsorbiert)

Schutzimpfung gegen JE

Verweisquellen: 1. Fact Sheet über Japanische Enzephalitis. Website der US-amerikanischen Centers for Disease Control and Prevention. <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/jencephalitis/facts.htm>. Stand 18. November 2008. 2. Lehtinen VA, Huhtamo E, Siikamäki H, Vapalahti O. Japanese encephalitis in a Finnish traveler on a two-week holiday in Thailand. J Clin Virol. 2008;43(1):93-95.

Basisinformation Ixiaro® Wirkstoff: Japanische-Enzephalitis-Virus Impfstoff. Konservierungsmittelfrei. Verschreibungspflichtig. Zusammensetzung: 1 Impfdosis enthält: Natriumchlorid, Kaliumdihydrogenphosphat, Dinatriumhydrogenphosphat, Wasser für Injektionszwecke, (0,5ml Suspension) arzneilich wirksame Bestandteile: Inaktiviertes Japanisches-Enzephalitis-Virus Stamm SA14-14-2: 6 µg Gesamtproteingehalt (Wirtssystem für Virusvermehrung Vero-Zellen), Aluminiumhydroxid (Adjuvans): 0,25 µg. Anwendungsgebiete: Aktive Immunisierung gegen das Japanische-Enzephalitis-Virus für Erwachsene. Angezeigt ist die Impfung bei Personen, die auf Reisen oder beruflich dem Risiko einer Infektion ausgesetzt sind. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile oder einen der Restbestandteile (z.B. Protaminsulfat). Personen, die nach der ersten Dosis Überempfindlichkeitsreaktionen gezeigt haben, soll keine zweite Dosis verabreicht werden. Bei Personen mit akuten, ernsthaften fieberhaften Infektionen muss die Verabreichung verschoben werden. Schwangerschaft und Stillzeit: Es gibt nur eine begrenzte Menge an Daten über die Anwendung von Ixiaro bei schwangeren oder stillenden Frauen. Als Vorsichtsmaßnahme soll die Anwendung von Ixiaro während der Schwangerschaft oder der Stillzeit vermieden werden. Nebenwirkungen: Die Unbedenklichkeit von Ixiaro wurde an 3558 gesunden Erwachsenen untersucht. Folgende Nebenwirkungen wurden dabei beobachtet: Sehr häufig: Reaktionen an der Injektionsstelle (Schmerz/Druckschmerz), Muskelschmerzen, Kopfschmerzen; Häufig: Müdigkeit, grippeähnliche Symptome, Fieber, Reaktionen an der Injektionsstelle (Rötung, Verhärtung, Schwellung, Juckreiz), Ausschlag, Übelkeit; Gelegentlich: Nasopharyngitis, Rhinitis, Migräne/Schwindel, Vertigo, Pharyngolaryngeale Schmerzen, Diarrhoe, Erbrechen, Schüttelfrost, Reaktionen an der Injektionsstelle (Blutung, Bluterguss), erhöhte Leberenzymwerte; Selten: Lymphadenitis, Juckreiz. Es wurden keine Fälle von Überdosierung berichtet. Intercell AG, Campus Vienna Biocenter 3, A-1030 Wien. Stand: 04/2009

NOVARTIS
BEHRING

intercell
SMART VACCINES