

BÄK INTERN

INFORMATIONSDIENST DER BUNDESÄRZTEKAMMER



„Wir brauchen einen Neuanfang“

Interview mit Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, zur Debatte um die Honorarreform



Quelle: dpa

BÄK INTERN: Die Honorarreform hat nicht zu den Verbesserungen geführt, die viele Ärztinnen und Ärzte erhofft haben. Stattdessen fürchten nun viele um ihr wirtschaftliches Überleben. Wie konnte es dazu kommen?

Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe: Die Gründe für das derzeitige Durcheinander sind vielfältig. Als im August letzten Jahres das Ergebnis der Verhandlungen verkündet wurde, waren einfach nicht alle Zahlen auf dem Tisch. Auch wurde nicht deutlich darauf hingewiesen, dass sich die längst fällige Erhöhung auf den Zweijahreszeitraum 2007 bis 2009 bezieht. Mich stört auch, dass in der Öffentlichkeit zu wenig wahrgenommen wird, dass die zusätzlichen Mittel keine Honorarsteigerung im eigentlichen Sinne sind,

wie das Bundesgesundheitsministerium nicht müde wird zu behaupten. Die Anhebung des Budgets ist nichts anderes als eine längst überfällige Nachzahlung für unentgeltlich geleistete Arbeit in den vergangenen zehn Jahren – und eben kein Bonus an die Ärzte.

BÄK INTERN: Das Bundesgesundheitsministerium schiebt den Schwarzen Peter der Selbstverwaltung zu und sieht lediglich Probleme bei der Umsetzung der Reform.

Hoppe: Das sind faule Ausreden, die von der eigenen Verantwortung für die Malaise ablenken sollen. Eine falsche Gesundheitspolitik hat dazu geführt, dass der Anteil der ambulanten ärztlichen Versorgung an den Ausgaben der gesetz-

lichen Krankenversicherung im vergangenen Jahrzehnt kontinuierlich gesunken ist. Das heißt: Nur noch 15 Euro von 100 Euro Kassenbeitrag kommen bei den niedergelassenen Ärzten an. Aber gerade hier wird das Gros der Patienten versorgt, über 90 Prozent der Behandlungsfälle im Gesundheitswesen. Das derzeitige Leistungsniveau wird nur noch dadurch aufrechterhalten, weil die Kolleginnen und Kollegen bis zur Selbstaubeutung arbeiten. Notwendige Leistungen werden in erheblichem Umfang nicht ausreichend vergütet. Wir hätten die derzeitige Versorgungskrise nicht, wenn die Ärzte endlich vernünftig für ihre Leistungen bezahlt würden. Das ist aber seit Jahren nicht der Fall. Deshalb brauchen wir einen Neuanfang. So wie bisher kann es nicht mehr weitergehen. »

MÄRZ 2009

AUS DEM INHALT

- Gegen Dumping – für leistungsgerechte Honorare**
BÄK begrüßt Stopp der GOZ-Novelle 2
- Weichen für sektorenübergreifende Qualitätssicherung gestellt**
Gemeinsames Eckpunktepapier von BÄK und KBV 3
- „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“**
33. Interdisziplinäres Forum der Bundesärztekammer 4
- Weiterbildung auf dem Prüfstand**
BÄK und Ärztekammern starten Projekt „Evaluation der Weiterbildung“ 8
- Kliniken müssen Daten ins Internet stellen**
G-BA beschließt Mindestmengen-Regelung bei Frühchenversorgung 9
- Studien unabhängig von kommerziellen Interessen planen**
AkdÄ untersucht Einfluss der Pharmaindustrie auf wissenschaftliche Studien 10
- Stellungnahme der BÄK zur Labormeldepflicht-Anpassungsverordnung** 10
- BÄK: Schnittstellenprobleme zwischen Gewebemedizin und Organtransplantation überwinden** 11

Gegen Dumping – für leistungsgerechte Honorare

BÄK arbeitet an Neubewertung ärztlicher Leistungen in einer neuen GOÄ

Fortsetzung von Seite 1

BÄK INTERN: Sollte die Reform rückgängig gemacht werden?

Hoppe: Nein, wir wollen nicht wieder zu dem alten Punktwertsystem zurück, das war völlig intransparent und ist zu Recht abgeschafft worden. Wir brauchen eine leistungsgerechte Euro-Honorarordnung, die diesen Namen auch verdient. Es hat doch keinen Sinn, Ungerechtigkeiten in einer Region dadurch zu beseitigen, dass man anderswo neue schafft. Das Problem ist die unzureichende Gesamtbasis der Vergütung. Die Bettdecke ist einfach zu kurz. Deshalb wird ohne zusätzliche finanzielle Mittel keine Befriedung der Lage zu erreichen sein. ■

„Weiterentwicklung der privaten Krankenversicherung“

Gemeinschafts-Workshop der Bundesärztekammer und des Verbandes der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e. V. (PVS)

Donnerstag, 23. April 2009 in Berlin, 9.30–16.30 Uhr

Veranstaltungsort:

Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen, Robert-Koch-Platz 7, Berlin-Mitte

Vertreter aus Gesundheitspolitik, GKV und PKV, ärztlicher Selbstverwaltung, Krankenhausträgern sowie Experten für Gesundheitsökonomie und Verfassungsrecht diskutieren gemeinsam, welche Optionen für die Weiterentwicklung der privaten Krankenversicherungen bestehen.

Anmeldung bis 27. März 2009
Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an den PVS/Verband
Tel.: 030-28 04 96 30 oder
verband@pvs.de

Dass die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nach mehr als 25 Jahren dringend überarbeitet werden muss, ist unbestritten. „Die GOÄ muss als amtliche Gebührentaxe sowohl eine leistungsgerechte Honorierung des Arztes als auch den Schutz des Patienten vor unangemessenen Entgeltforderungen gewährleisten; dazu bedarf es Transparenz, Nachvollziehbarkeit, Honorargerechtigkeit und Rechtssicherheit“, forderte bereits 2006 der 109. Deutsche Ärztetag.

Protest gegen neue Dumpingpreis-Verordnung

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) versucht hingegen, die privatärztliche und die privatärztliche Gebührenordnung den Bewertungsmaßstäben der GKV anzugleichen. „Die Intention des BMG ist klar: Durch die GKVisierung der privat(zahn)ärztlichen Gebührenordnung soll der Weg zur Einheitskasse gebahnt werden“, kritisierte San.-Rat Dr. Franz Gadomski, Vorsitzender des Ausschusses „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer, die Pläne des BMG. Das Ministerium hatte bereits im vergangenen Oktober einen Referentenentwurf zur Novellierung der Amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorgelegt. Der Entwurf sah vor, den Punktwert um lediglich 0,46 Prozentpunkte anzuheben. Gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer hatte die Bundesärztekammer (BÄK) daraufhin vehement gegen den neuen GOZ-Entwurf protestiert, der eine Signalwirkung für die noch ausstehende Novellierung der GOÄ gehabt hätte.

Ferner hatten die Spitzenorganisationen die geplante Öffnungsklausel, die die GOZ und später die GOÄ zu Dumpingpreisverordnungen machen würden, heftig kritisiert. Diese hätte es privaten Kranken-

versicherungsunternehmen ermöglicht, mit einzelnen Zahnärzten oder Zahnarztgruppen Selektivverträge abzuschließen und die Honorare völlig unabhängig von der GOZ zu vereinbaren – ohne irgendwelche Preisuntergrenzen. „Der Leistungserbringer wird in die Rolle eines Erfüllungsgehilfen für die privaten Krankenversicherungen gedrängt. Das steht im krassen Gegensatz zu zahnärztlichem bzw. ärztlichem Berufsrecht“, erklärte Gadomski bereits im November 2008. Die Öffnungsklausel verspreche vordergründig mehr Freiraum, laufe de facto aber auf eine Entwertung der GOZ bzw. GOÄ und eine Schwächung der individuellen Vertragsautonomie im privatärztlichen bzw. privatärztlichen Bereich hinaus. Durch die Einführung der Öffnungsklausel würden die Gebührenordnungen letztendlich ausgehebelt.

Bundesregierung zieht Referentenentwurf zurück

Mittlerweile hat die Bundesregierung angekündigt, den Entwurf einer Rechtsverordnung zur Novellierung der GOZ zurückzuziehen. „Wir begrüßen den Stopp der GOZ-Novelle ausdrücklich. Mit hastigen, partiellen Nachbesserungen noch kurz vor Schluss dieser Legislaturperiode wäre niemandem gedient gewesen – weder den Patienten noch den Zahnärzten“, so Gadomski. Auch die massiven verfassungsrechtlichen und EU-wettbewerbsrechtlichen Bedenken gegen die geplante neue Öffnungsklausel seien bislang vom BMG nicht widerlegt worden.

Trotz der Ankündigung, den Referentenentwurf für eine GOZ-Novelle fallen zu lassen, bereitet sich die Bundesärztekammer intensiv auf Verhandlungen für eine GOÄ-Novelle vor. So strebt die BÄK danach, die GOÄ im Sinne einer robusten Referen-

zgebührenordnung weiterzuentwickeln – mit einer systemübergreifenden Orientierungsfunktion für die Vergütung ärztlicher Leistungen. „Das von der BÄK in enger Zusammenarbeit mit den Medizinischen Fachgesellschaften und ärztlichen Berufsverbänden entworfene neue Leistungsverzeichnis wird eine transparente, nachvollziehbare Darstellung einer individuellen und risikoadaptierten, von persönlicher Leistungserbringung geprägten, zuwendungsintensiven und innovativen medizinischen Versorgung ermöglichen“, erklärt Dr. Regina Klakow-Franck, stellvertretende Hauptgeschäftsführerin der Bundesärztekammer.

Das BÄK-Konzept zur GOÄ-spezifischen Bewertungsfindung setze dabei nicht auf bloße Kostenorientierung, sondern ziele darauf, den Marktwert ärztlicher Leistungen auszutarieren. Bei der Analyse würden die besonderen Ansprüche an die privatärztliche Versorgung, die Zahlungsbereitschaft und die Rahmenbedingungen eines Kosten-erstattungssystems sowie das Verhältnis zur Honorierung der Leistungen anderer Freier Berufe berücksichtigt. Das übergeordnete Ziel bestehe darin, allen Ärzten über alle Fachgebiete hinweg Planungssicherheit für die kommenden Jahre zu verschaffen, so Klakow-Franck. Zudem müsse die möglicherweise drohende Aufsplitterung der GOÄ in einen EBM-orientierten ambulanten Teil und einen DRG-Fallpauschalenzuschlag für wahlärztliche Leistungen verhindert werden, da dies zwangsläufig eine Angleichung der privatärztlichen Honorare an das GKV-Niveau nach sich ziehen würde.

Die Bundesärztekammer geht davon aus, dass das Projekt der Erarbeitung eines GOÄ-Entwurfs noch im Laufe dieses Jahres – spätestens 2010 – abgeschlossen sein wird. ■

Weichenstellung für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung

BÄK und KBV beschließen gemeinsames Eckpunktepapier



Die Überwindung sektoraler Grenzen wird die Verlässlichkeit der Ergebnisqualität vieler medizinischer Leistungen erhöhen. Davon sind Leistungserbringer und Kostenträger gleichermaßen überzeugt. Inwiefern die jüngsten Weichenstellungen zur Umsetzung der gesetzlich verankerten sektorenübergreifenden Qualitätssicherung tatsächlich dem gemeinsamen Ziel dienen, steht allerdings auf einem anderen Blatt.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat bekannt gegeben, das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA) mit der Entwicklung und Durchführung von Verfahren sektorenübergreifender Qualitätssicherung zu beauftragen. Grundlage für diese Entscheidung ist das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WStG), in dem die extern vergleichende Qualitätssicherung sektorenübergreifend neu geregelt wurde. Das Gesetz schreibt dem G-BA vor, eine „fachlich unabhängige Institution“ zu berufen, das die sektorübergreifende Qualitätssicherung umsetzen soll. Dabei sollen „bereits existierende Einrichtungen“ genutzt werden (§ 137a Abs. 1 Satz 3 SGB V) – ein weiser Entschluss des Gesetzgebers, da verlässliche Aussagen über die faktische Versorgungsqualität immer auch von der Akzeptanz der Qualitätssicherungsmaßnahmen abhängig sind.

Aufgrund ihrer fast 10-jährigen Vorerfahrung im Bereich der indika-

torgestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung von stationären Leistungen galt die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS) als die prädestinierte Institution, die Aufgaben der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung auf Bundesebene zu übernehmen. Der G-BA hat nun anders entschieden und will den Auftrag nach § 137a SGB V an das AQUA-Institut übertragen. Hinter dieser Auftragsver-

gabe stehen allerdings noch einige Fragezeichen. Die Zweite Vergabekammer des Bundeskartellamtes ist dem Antrag der BQS auf Überprüfung des Vergabeverfahrens gefolgt.

Unabhängig von dem Ausgang dieser Überprüfung wird das neue Bundesinstitut daran zu messen sein, ob es ihm gelingt, das Vertrauen der verschiedenen Beteiligten zu erwerben und mit den auf Landesebene bereits vorhandenen Einrichtungen der Qualitätssicherung zu kooperieren.

Wie weitreichend der Vergabebeschluss des G-BA ist, wird auch daran deutlich, dass schon jetzt von Seiten der Kostenträger laut darüber nachgedacht wird, die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung zur Grundlage für die Vergütungsverteilung zu machen – à la Pay for Performance. Sogar die Zulassung zur Erbringung bestimmter Leistungen könnte nach diesem Szenario künftig von den Ergebnissen der Qualitätssicherung abhängig gemacht werden. Zwar erscheinen diese Vorstellungen von Versorgungssteue-

ärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung entsprechende Eckpunkte verfasst (siehe Infokasten). So sollten die bisherigen, aber noch sektoral getrennt agierenden Akteure für die Qualitätssicherung auf Landesebene künftig eine Landesarbeitsgemeinschaft für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung bilden. Unter Beteiligung von Patientenvertretern sollten sich Landeskrankengesellschaften, Landesärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen und Landesverbände der Krankenkassen auf glei-

Gemeinsame Eckpunkte von BÄK und KBV zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung

1. Die Durchführung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung erfolgt unter Nutzung bereits existierender Einrichtungen (§ 137 a Abs. 1 SGB V)
2. Auf Landesebene bilden sich zur Umsetzung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung Lenkungs-gremien (Landesarbeitsgemeinschaften), die vierseitig paritätisch zu besetzen sind aus LÄK, LKG, KV, Kassen und unter Beteiligung von Patientenvertretern und gegebenenfalls weiteren Akteuren.
3. Die Landesarbeitsgemeinschaften arbeiten auf Basis der Richtlinien des G-BA mit dem Institut nach § 137 a SGB V zusammen.
4. Die Landesarbeitsgemeinschaften sind für die Koordination und/oder Umsetzung insbesondere der folgenden essentiellen Prozesse des Verfahrens verantwortlich:
 - Datenauswertung
 - (gemeinsame) Datenbewertung
 - Qualitätsverbessernde Maßnahmen
 - Sanktionen (sofern notwendig)
5. Die Durchführung der sektorenübergreifende Qualitätssicherung auf operativer Ebene erfolgt verfahrensbezogen und in Anpassung an die regionalen Gegebenheiten in Kooperation zwischen ambulantem (durch die KVen) und stationären Sektor (durch die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung).
6. Für die Umsetzung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung gilt das Gebot der Datensparsamkeit (vgl § 137a Abs. 2 Nr. 2 SGB V) mit dem Ziel, den Dokumentationsaufwand für die Leistungserbringer unter Berücksichtigung der spezifischen Fragestellungen so gering wie möglich zu halten.

rung noch nicht ausgereift, unter der Überschrift „Qualitätswettbewerb“ wird aber schon heute in Expertenrunden, unter anderem beim Gemeinsamen Bundesausschuss und insbesondere bei den gesetzlichen Krankenkassen, offen über solche Neuerungen diskutiert.

Eckpunkte zur sektorübergreifenden Qualitätssicherung

Um die Landesebene in die sektorenübergreifende Qualitätssicherung einzubeziehen, haben die Bundes-

cher Augenhöhe begegnen. Die Landesarbeitsgemeinschaft fungiert dabei als Ansprech- und Kooperationspartner für das Institut auf Bundesebene. Diese wäre zudem dafür verantwortlich, dass die sektorübergreifende Qualitätssicherung auf der Landesebene tatsächlich durchgeführt wird. Wichtig wird hierbei ein breiter Konsens über die Kriterien sein, nach denen Daten aufbereitet und bewertet sowie qualitätsverbessernde Maßnahmen und eventuelle Sanktionen eingeleitet werden. ■



„Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“

33. Interdisziplinäres Forum der Bundesärztekammer

Welche neuen Erkenntnisse gibt es und was ist davon für die praktische Medizin wichtig? Diese Fragen standen auch in diesem Jahr im Mittelpunkt des Interdisziplinären Forums „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“ der Bundesärztekammer. Ärzte aus den verschiedensten Fachbereichen der Medizin tauschten sich über seit längerer Zeit genutzte Verfahren aus und diskutierten über neue Methoden der Medizin. Themen des Forums waren: Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern

in Kliniken, Komorbidität von körperlichen und psychischen Erkrankungen, Borreliose/Frühsummer-Meningoenzephalitis, Prävention psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter sowie Nutzen und Grenzen von wissenschaftlichen Leitlinien im ärztlichen Alltag. Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) beschäftigte sich auf ihrem traditionellen Symposium im Rahmen des Forums mit dem Thema geschlechtsspezifische Arzneimitteltherapie.

Multiresistente Erreger bereiten enorme Probleme in der Patientenversorgung

Multiresistente Erreger sind ein gravierendes Problem in der Patientenbehandlung. Allein der häufigste, gegenüber Antibiotika resistente Erreger, der Methicillin resistente Staphylococcus aureus (MRSA) verursacht jedes Jahr rund 20.000 Infektionen im Krankenhaus. „Der Anteil von MRSA ist innerhalb der letzten 20 Jahre von 2,4 Prozent auf knapp 23 Prozent angestiegen“, sagte Dr. Christine Geffers vom Institut für Hygiene und Umweltmedizin der Berliner Universitätsklinik Charité auf dem 33. Interdisziplinären Forum der Bundesärztekammer. Allerdings falle beim MRSA der Anstieg in den letzten Jahren geringer aus. Andere multiresistente Erreger wiesen hingegen gerade in den letzten Jahren eine deutliche Zunahme auf. Die Situation bezüglich multiresistenter Erreger im ambulanten Bereich habe sich in den vergangenen zehn Jahren kaum verändert.

Multiresistente Erreger sind dadurch charakterisiert, dass sie gegen herkömmliche Antibiotika resistent sind. „Daraus ergeben sich bei der Behandlung enorme Probleme. Die noch zur Verfügung stehenden Medikamente sind häufig nur eingeschränkt wirksam, können erheblich mehr Nebenwirkungen aufweisen und sind zudem meist teurer als das üblicherweise eingesetzte Antibiotikum. In Einzelfällen stehen mitunter keine Substanzen mehr

für eine Behandlung zur Verfügung. Multiresistente Erreger schränken die Therapieoptionen somit deutlich ein und erhöhen das Krankheitsrisiko und die Möglichkeit, an bakteriellen Erkrankungen zu sterben“, sagte Geffers.



Fragen an Prof. Dr. med. Petra Gastmeier, Leiterin des Nationalen Referenzzentrums (NRZ)

für Surveillance von nosokomialen Infektionen am Institut für Hygiene und Umweltmedizin der Berliner Charité zu Krankenhausinfektionen.

BÄK INTERN: Frau Prof. Gastmeier, Ihr Institut hat gemeinsam mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit die Kampagne „Aktion Saubere Hände“ ins Leben gerufen. Worin sehen Sie die Gründe, dass Händedesinfektion in manchen Krankenhäusern vernachlässigt wird?

Prof. Dr. med. Petra Gastmeier: Die Ursachen für eine fehlende Händehygiene sind vielfältig: hoher Zeitdruck während der Arbeit, schlechte Erreichbarkeit von Händedesinfektionsmittelpendern, Angst vor Hautschäden, Zweifel an der Wirksamkeit der Händedesinfektion. Zudem gibt es teilweise einfach auch Wissenslücken, wann eine Händedesinfektion notwendig ist. Gerade hier ist der Einfluss von Vorbildern besonders wichtig. Im Allgemeinen aber gilt: Die Regeln und Notwendigkeiten sind relativ gut bekannt, aber sie werden nicht umgesetzt.

Kaum verfügbar seien verwertbare Daten, um festzustellen, wie häufig multiresistente Erreger als Ursache von Infektionen auftreten und wie sich die Resistenz solcher Infektionserreger entwickelt. Die verlässlichsten Daten liefere hier das Kranken-

haus-Infektions-Surveillance-System (KISS). Danach wurden in den letzten Jahren rund fünf Prozent der postoperativen Wundinfektionen durch MRSA verursacht. 4,4 Prozent der Infektionen auf Intensivstationen beruhen auf MRSA. ■

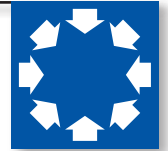
BÄK INTERN: Kann so eine einfache Maßnahme wie das Händewaschen das Risiko der Übertragung von Infektionserregern tatsächlich senken?

Gastmeier: Zahlreiche Studien weltweit belegen, dass das regelmäßige Desinfizieren der Hände das Übertragen von Infektionserregern enorm eindämmt. Die Häufigkeit der im Krankenhaus erworbenen MRSA geht signifikant zurück, je mehr die Compliance zur Händedesinfektion zunimmt. Die meisten Erreger von Krankenhausinfektionen werden durch direkten Kontakt übertragen. Die Hände spielen hier die Hauptrolle. Eines sollte dabei allerdings nicht vergessen werden: Um das Risiko einer Infektionsübertragung zu senken, müssen alle Beteiligten an einem Strang ziehen. Wenn nur die

Hälfte des Teams sich bei infektionsübertragungsrelevanten Tätigkeiten die Hände desinfiziert, bleiben leider noch zu viele Möglichkeiten für die Erregerübertragung von einem zum anderen Patienten. ■

BÄK INTERN: Die Bundesregierung hat Mitte November die Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie (DART) beschlossen. Halten Sie solch eine Strategie für sinnvoll, um die steigende Zahl resistenter Erreger einzudämmen?

Gastmeier: Eine solche Strategie ist zweifellos sinnvoll. Andere Länder haben bereits gezeigt, dass es funktioniert, wenn man im Rahmen einer nationalen Strategie die Kräfte bündelt, um zu einer Verbesserung der Situation zu gelangen. Außerdem wurden dort die Aktivitäten zur Verbesserung der Antibiotika-Anwendung mit Kampagnen zur Optimierung der Händedesinfektion verbunden. Resistente Erreger kann man langfristig nur reduzieren, wenn man die Antibiotika-Anwendung optimiert und die Erregerübertragung verringert. ■



Psychopharmaka beeinflussen Gewichtszunahme

Psychische Störungen, Verhaltensveränderungen und physische Erkrankungen sowie Risikofaktoren hängen eng miteinander zusammen: So beeinflussen zahlreiche Antipsychotika, mit denen beispielsweise Depressionen behandelt werden, den Glukose-Stoffwechsel oder wirken auf die Ausprägung und den Verlauf von Diabetes mellitus ein. Frühe verhaltenstherapeutische Interventionen und eine überlegte Auswahl des Präparates können das Risiko reduzieren. Diätberatung, körperliche Übungsprogramme und verhaltenstherapeutische Maßnahmen können den Gewichtszuwachs durchaus halbieren.

Deshalb sei Vorsicht bei der Verordnung der stimmungsstabilisierenden Medikamente Valproat, Carbamazepin und Lithium angebracht, mahnte Prof. Dr. Isabella Heuser, Direktorin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Berliner Charité, bei ihrem Vortrag zum Thema „Komorbidität von körperlichen und psychischen Erkrankungen“ auf dem Forum der Bundesärztekammer in Berlin. „Sie sind mit einem

relativ hohen Risiko der Gewichtszunahme behaftet und sollten deswegen bei übergewichtigen Patienten oder Patienten mit gestörter Glukosetoleranz mit Zurückhaltung verordnet werden“, so Heuser. Besser geeignet seien in dieser Situation stoffwechselneutralere Antidepressiva wie etwa Bupropion, Fluvoxamin oder Sertralin.

Eingeschränkte Lebenserwartung bei schizophrenen Patienten

Auch bei Patienten mit Schizophrenie kann die Auswahl des Medikaments das Gewicht beeinflussen und das Risiko erhöhen, an Diabetes mellitus zu erkranken. Deshalb haben Patienten mit schizophrenen Psychosen eine 20 Prozent niedrigere Lebenserwartung als die restliche Bevölkerung. Durchschnittlich werden männliche Patienten etwa 57 Jahre und Patientinnen 65 Jahre alt. „Die Exzess-Sterblichkeit schizophrener Patienten ist ungefähr zur Hälfte auf einen unnatürlichen Tod – vor allem durch Suizid – zurückzuführen und zur anderen Hälfte auf natürliche Todesursachen“, erklärte Prof. Dr. med. Michael

Deuschle vom Mannheimer Zentralinstitut für Seelische Gesundheit. Insbesondere aber Erkrankungen der Herz- und Blutgefäße sowie der Hirnblutgefäße kombiniert mit Störungen der Stoffwechselfunktionen hätten zu der gestiegenen Mortalität der Patienten beigetragen.

Rauchen, Diabetes mellitus, Bluthochdruck und Übergewicht stellen für schizophrene Patienten ein ebenso hohes gesundheitliches Risiko dar wie für die restliche Bevölkerung. Da schizophrene Patienten jedoch

trage die Gewichtszunahme bei einer längerfristigen antipsychotischen Therapie mit Olanzapin und Clozapin zum erhöhten Diabetes-Risiko bei.

Deshalb sei es wichtig, zunächst ein metabolisches Monitoring von antipsychotisch behandelten Patienten durch den Nervenarzt oder einen Hausarzt durchzuführen. Da erkannte metabolische Risiken für kardio-vasculäre Erkrankungen bislang bei schizophrenen Patienten nicht adäquat versorgt würden, müsse neben der Diagnostik auch

„Antipsychotika, die die Stoffwechselfunktionen beeinflussen, erhöhen das Risiko an Diabetes mellitus II zu erkranken.“

Prof. Dr. Michael Deuschle

– bedingt durch ihre Erkrankung – häufig Antipsychotika nehmen, die die Stoffwechselfunktionen beeinflussen, sei deren Risiko, an Diabetes mellitus II zu erkranken, wohl deutlich höher. „Pharmako-epidemiologische Studien legen nahe, dass insbesondere Olanzapin und Clozapin mit einem erhöhten Risiko für Diabetes mellitus Typ II zu assoziieren sind“, erklärt Deuschle. Vermutlich

die Therapie von Risikofaktoren verbessert werden, so Deuschle. Zudem sollten schizophrene Patienten bereits frühzeitig ihren Lebensstil ändern. Neben „Psychoedukation“, die daran arbeite, die Krankheit besser zu verstehen und besser mit ihr umzugehen, sollte „Gesundheitsedukation“ ein Standard in der Behandlung schizophrener Patienten werden. ■

Impfungen schützen vor Frühsommer-Meningoenzephalitis



Die Zahl der Neuerkrankungen der Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) in Deutschland sank in den vergangenen drei Jahren von 546 auf 276. Bislang war vermutet worden, dass die Infektionen wegen des Klimawandels eher zunehmen müssten. Dennoch gelten weite Teile Süddeutschlands sowie einzelne Landkreise in Hessen, Thüringen

und Rheinland-Pfalz weiterhin als Risikogebiete für FSME. Dort sei eine Impfung dringend anzuraten, betonte Prof. Dr. Reinhard Kaiser von der Neurologischen Klinik am Klinikum Pforzheim beim 33. Fortbildungsforum der Bundesärztekammer.

Nach der Grundimmunisierung wird die Auffrischimpfung in Deutschland alle fünf Jahre, ab dem 50. Lebensjahr alle drei Jahre empfohlen. Doch sind Ärzte bei der Umsetzung der Impfpraxis oft unsicher, wenn Patienten zu ihnen kommen, bei denen die letzte Imp-

fung entweder länger als empfohlen zurückliegt oder deren Grundimmunisierung, die aus drei Impfungen besteht, unvollständig war. „Wenn in der Vergangenheit eine Grundimmunisierung erfolgte, dann liegt die Schutzrate durch eine erneute Einzelimpfung bei 98,8 Prozent, unabhängig davon, ob es nach der Grundimmunisierung Boosterimpfungen gab oder nicht“, erklärte Kaiser.

Auch wenn die Grundimmunisierung unvollständig war oder die empfohlenen Zeitabstände zwischen den drei Impfungen nicht eingehalten wurden, werden mit einem

einmaligen Booster Ansprechraten in dieser Größenordnung erreicht. „Wir können allerdings nicht sagen, ob dieser Impfschutz dann auch länger als eine Saison anhält“, sagte Kaiser. Wer dauerhaft sicher sein wolle, brauche also doch eine erneute Grundimmunisierung, wenn nicht regelmäßig geboostert wurde. Wer allerdings nur einen FSME-Schutz für eine (Osteuropa-)Reise benötigt, bei dem reicht – Grundimmunisierung vorausgesetzt – in jedem Falle die Einzelinjektion. „Sie sollte dann ungefähr zwei Wochen vor dem Reiseantritt erfolgen“, so Kaiser. ■



Gezielte Prävention hilft Kindern mit psychischen Störungen

Rund 15 Prozent aller Kinder und Jugendlichen leiden an psychischen Auffälligkeiten oder Erkrankungen. Ein Drittel von ihnen benötigt eine ambulante oder stationäre Behandlung. Doch in Deutschland wird noch immer die gesellschaftliche und ökonomische Dimension des Problems verkannt. Die Verbreitung moderner präventiver, diagnostischer und therapeutischer Methoden könnte Leid verringern und die ökonomische Situation der Betroffenen verbessern.

Prävention hilft bei ADHS und Legasthenie

Bei Kindern mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) sind präventive Maßnahmen von entscheidender Bedeutung. Zwei Drittel dieser Kinder leiden an zusätzlichen psychischen Störungen, 20 bis 25 Prozent von ihnen haben Legasthenie. „Da die vielfältigen Störungen häufig das Alltagsleben beeinträchtigen, können sich daraus sekundäre Anpassungsstörungen entwickeln. Diese äußern sich unter anderem in Ängsten, Depressionen und in einem gestörten Sozialverhalten. Deshalb muss sich die Prävention psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter zwar weiterhin auf die Primärstörungen von ADHS und Legasthenie konzentrieren. Doch bedarf es zudem einer Diagnostik der sekundären Psychopathologie, um einerseits den Ursachen nachzugehen, die zu psychischen Erkrankungen führen können und um andererseits Begleiterkrankungen nicht zu übersehen“, sagte Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Andreas Warnke von der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Würzburg beim 33. Interdisziplinären Forum der Bundesärztekammer in Berlin.

Wichtig sei es, Eltern und das soziale Umfeld in Kindergarten und Schule über ADHS aufzuklären und zu beraten. Ist solche Beratung binnen kurzer Frist nicht hilfreich, so sei zur Präven-

Fragen an Prof. Dr. med. Dr. phil. Helmut Remschmidt, Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Universität Marburg, zu psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen.



BÄK INTERN: Etwa ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen in Deutschland leiden unter psychischen Auffälligkeiten – Tendenz steigend. Wie lässt sich der Anstieg erklären?

Prof. Dr. med. Dr. phil. Helmut Remschmidt: Nicht alle psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter haben zugenommen. So blieb beispielsweise die Zahl schizophrener Erkrankungen bislang konstant. Allerdings ist ein Anstieg jener Erkrankungen zu verzeichnen, die mit dem sozialen Umfeld und gesellschaftlichen Entwicklungen zusammenhängen: Aggressivität, Alkohol- und Drogenabhängigkeit, Adipositas und Essstörungen, aber auch depressive Störungen. Eine vollständige Erklärung dieser Zunahme ist derzeit noch nicht möglich. Es mehren sich jedoch die Hinweise, dass Auflösungserscheinungen der Familie, ungünstige materielle Bedingungen, Struktur- und Qualitätsmängel an Schulen, Überschwemmung der Kinder durch Technik und Medieneinflüsse, Vernachlässigung von körperlicher Ertüchtigung diesen Anstieg beeinflussen.

BÄK INTERN: Wie können psychische Störungen rechtzeitig

erkannt oder gar verhindert werden?

Remschmidt: Psychische Störungen von Kindern und Jugendlichen sind nicht nur für die Betroffenen und ihre Familien schwerwiegend, sie stellen auch ein gewaltiges gesellschaftliches und ökonomisches Problem dar. Deshalb sind der Austausch und die Verbreitung präventiver diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen von allergrößter Bedeutung. Präventionsmaßnahmen zielen darauf ab, Risikofaktoren für psychische Erkrankungen frühzeitig zu identifizieren und ihnen entgegenzuwirken sowie protektive Faktoren zu fördern.

erkannt oder gar verhindert werden?

Remschmidt: Psychische Störungen von Kindern und Jugendlichen sind nicht nur für die Betroffenen und ihre Familien schwerwiegend, sie stellen auch ein gewaltiges gesellschaftliches und ökonomisches Problem dar. Deshalb sind der Austausch und die Verbreitung präventiver diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen von allergrößter Bedeutung. Präventionsmaßnahmen zielen darauf ab, Risikofaktoren für psychische Erkrankungen frühzeitig zu identifizieren und ihnen entgegenzuwirken sowie protektive Faktoren zu fördern.

Erkrankungen wie etwa Autismus, Schizophrenie, ADHS und Legasthenie sind genetisch bedingt. Deshalb lassen sich deren Risikofaktoren nicht direkt beeinflussen. Werden diese jedoch früh genug erkannt und behandelt, lassen sich so sekundäre psychische Störungen wie aggressives Verhalten oder Depression erheblich reduzieren. Dagegen werden psychosoziale Risikofaktoren durch beispielsweise psychische Erkrankungen der Eltern, Erziehungsdefizite, einen übermäßigen Medienkonsum sowie strukturelle und pädagogische Defizite in Schulen nachweisbar negativ beeinflusst.

Ein positives Temperament, früh auftretendes und eingeübtes prosoziales Verhalten und ein auf Selbstständigkeit ausgerichtetes Familienklima, aber auch vertrauensvolle Beziehungen außerhalb der Familie können das Risiko, an einer psy-

chischen Störung zu erkranken, enorm minimieren.

Neben der Prävention kommt einer frühzeitigen Behandlung eine entscheidende Rolle zu. Deshalb sollten beispielsweise Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, entsprechende klinische Einrichtungen sowie Erziehungsberatungsstellen rechtzeitig konsultiert werden.

chischen Störung zu erkranken, enorm minimieren.

Neben der Prävention kommt einer frühzeitigen Behandlung eine entscheidende Rolle zu. Deshalb sollten beispielsweise Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, entsprechende klinische Einrichtungen sowie Erziehungsberatungsstellen rechtzeitig konsultiert werden.

BÄK INTERN: Der Versorgungsbedarf von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen steigt. Ist eine ausreichende medizinisch-therapeutische Versorgung von jungen Patienten überhaupt noch gewährleistet?

Remschmidt: Es ist sicher so, dass es noch zu wenige niedergelassene Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland gibt. Ferner fehlen noch spezialisierte Einrichtungen für Kinder mit körperlichen Behinderungen, die gleichzeitig psychische Störungen aufweisen. Außerdem ist die Versorgung der Schulen mit Schulpsychologen unzureichend. Für die Versorgung in den kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen ist besonders die Sozialpsychiatrie-Verordnung von Bedeutung, die eine interdisziplinäre Diagnostik und Therapie ermöglicht und deren Weiterexistenz derzeit gefährdet ist.

Allerdings muss auch gesagt werden, dass viele Familien mit ihren Kindern noch immer mehrere Ärzte konsultieren müssen, bis die richtige Diagnose gestellt und die Erkrankung bestmöglich behandelt werden kann. ■



Arzneimittel: Frauen und Männer reagieren unterschiedlich

Medikamente wirken bei Frauen oftmals stärker als bei Männern. Bislang wurden jedoch geschlechtsspezifische Unterschiede in der Pharmakogenetik, Wirkung und Dynamik von Medikamenten kaum wahrgenommen. Deshalb sollten diese künftig einen größeren Raum in der Ausbildung von Medizinstudenten erhalten, forderte Prof. Dr. Petra Thürmann von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft beim 33. Interdisziplinären Forum der Bundesärztekammer in Berlin.

Der Grund, weshalb geschlechtsspezifische Unterschiede in der Pharmakogenetik bisher zu wenig beachtet wurden, liege insbesondere an dem Design der Zulassungs-



Quelle: DAK

studien. Da Frauen in den Arzneimittelstudien oftmals unterrepräsentiert seien, gäbe es noch immer zu wenig Kenntnisse in diesem Bereich, erklärte Prof. Dr. med. Vera Regitz-Zagrosek vom Berliner Institut für Geschlechterforschung in der Medizin an der Charité in Berlin. So sei beispielsweise bei einer Studie zur Herzinsuffizienz entdeckt worden, dass das Medikament bei Frauen zu

einer erhöhten Sterblichkeitsrate führt – allerdings erst, nachdem es geschlechtsorientiert untersucht worden war. Zahlreiche weitere Studienergebnisse hätten gezeigt, dass auch bei anderen Krankheiten geschlechtsspezifische Besonderheiten existieren. Die Gründe lägen in den unterschiedlichen Genen und Hormonen von Männern und Frauen. Aber auch soziokulturelle Hintergründe oder der ungleiche Zugang zum Gesundheitssystem beeinflussten die Wirkung von Medikamenten, so Regitz-Zagrosek.

Tabuthema: Schwangerschaft und psychische Erkrankung

Frauen mit einer psychischen Erkrankung wird oft davon abge-

raten, schwanger zu werden. „Am häufigsten sind es Psychiater, die ihren Patientinnen davon abraten in ihrem Zustand schwanger zu werden“, erklärte PD Dr. med. Stephanie Krüger von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité Berlin. Dabei sei die Einnahme von Psychopharmaka durchaus mit einer Schwangerschaft vereinbar. Eine qualitative Betreuung und die richtige Medikation könnten entschieden dazu beitragen, das Risiko für eine Missbildung des Kindes oder eine erneute psychische Erkrankung der Mutter zu minimieren. Zwar gäbe es kaum eine risikofreie Entscheidung, doch sei bei einer sorgfältigen Nutzen-Risiko-Abschätzung eine Schwangerschaft auf jeden Fall möglich, so Krüger. ■

Leitlinien: Handlungskorridor für eine individuelle Behandlung der Patienten

Behandlungsleitlinien sind im ärztlichen Alltag unverzichtbar. Sie setzen Standards für gute medizinische Versorgung, dürfen aber nicht zum Selbstzweck werden, betonten Experten auf dem Forum der Bundesärztekammer und beschäftigten sich anhand von Beispielen mit dem Nutzen von Leitlinien im ärztlichen Alltag. „Gerade in Zeiten eines immer schnelleren Erkenntniszuwachses sind Leitlinien ein wirkungsvolles Instrumentarium, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung flächendeckend zu verbessern. Vorausgesetzt, sie bilden den aktuellen Stand des medizinischen Wissens ab und wahren die Therapiefreiheit. Durch solche Leitlinien wird wissenschaftlich begründete Medizin in der Praxis als Handlungskorridor für eine individuelle Behandlung und Betreuung der Patienten eingeführt“, sagte Prof. Dr. Jan Schul-

ze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer.

In der Auseinandersetzung mit den Kostenträgern dienen Leitlinien auch dazu, die maßgeblichen, aktuellen Standards darzulegen. „Leitlinien sollen für Sicherheit und Qualität in der Medizin unter Beachtung ökonomischer Aspekte sorgen. Sie sind darauf ausgerichtet, unter Berücksichtigung der verfügbaren Ressourcen gute klinische Praxis zu fördern und die Ärzteschaft sowie die Öffentlichkeit über die jeweils aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse zu informieren“, so Schulze.

Neue Therapieansätze bei Rückenschmerzen

Rückenbeschwerden verursachen häufiger Arbeitsunfähigkeit als jede andere Diagnose. „Fast fünf

Prozent der Bevölkerung haben Rückenschmerzen mit hoher Beeinträchtigung“, sagte Prof. Dr. Jan Hildebrandt, Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ). Dadurch entstünden allein bei diesen Patienten jährlich Kosten von durchschnittlich rund 7.116 Euro pro Patient.

„Die klassische medizinische Sichtweise stößt bei Rückenbeschwerden an ihre Grenzen“, erklärte Hildebrandt. „Die enorm verbesserten bildgebenden Möglichkeiten können spezifische Erkrankungen und die Ursache von Ischialgien klar darstellen, zum Verständnis von Rückenschmerzen haben sie jedoch nur einen sehr begrenzten Beitrag geliefert.“ Die Fülle an therapeutischen Ansätzen, ob klassisch konservativ, minimal-invasiv oder offen operativ hätten eben-

falls nicht dazu beitragen können, die Krankheitszeit entscheidend zu verringern.

Inzwischen setze sich jedoch in Deutschland allmählich ein Paradigmenwechsel in der Behandlung von Rückenschmerzen durch, bei dem frühzeitige Aktivität und körperliche Belastung zur Verhinderung einer Chronifizierung ebenso eine Rolle spielten wie die rechtzeitige Erkennung psychosozialer Belastungsfaktoren. „Dabei muss eine alltagstaugliche Rückenbelastbarkeit angestrebt werden, verbunden mit einer vermehrten Patientenkompetenz und einer sich daraus ableitenden verminderten Inanspruchnahme des medizinischen Systems. Die Patienten müssen dabei erfahren, dass Bewegung ihnen nicht schadet, sondern für ihren Körper wichtig ist“, betonte der Experte. ■

Weiterbildung auf dem Prüfstand

Bundesärztekammer und Ärztekammern starten im Mai das Projekt „Evaluation der Weiterbildung“

Wie gut ist meine Weiterbildung? Diese Frage können ab Mai dieses Jahres Weiterbildungsassistenten und Weiterbildungsbefugte beantworten. Mit der Evaluation der Weiterbildung wollen die Bundesärztekammer und 16 Landesärztekammern Stärken und Schwächen des ärztlichen Weiterbildungssystems aufzeigen. Dazu werden den Weiterbildungsassistenten und Weiterbildungsbefugten Fragen zu folgenden Aspekten der Weiterbildung gestellt: Vermittlung von Fachkompetenzen, Lernkultur, Führungskultur, Fehlerkultur/Patientensicherheit, Entscheidungskultur, Betriebskultur (Arbeitsklima der Weiterbildungsstätte) sowie Anwendung Evidenz-basierter Medizin.

Durch die Bewertung der einzelnen Weiterbildungsstätten und die Darstellung der Ergebnisse der Mittelwerte auf Bundes- und Landesebene soll die Befragung erstmals Vergleichsmöglichkeiten schaffen und Transparenz über die Weiterbildungssituation herstellen. „Die Umfrage dient dazu, die aktuelle Situation in den Weiterbildungsstätten in ihren positiven wie negativen Facetten darzustellen, um z.B. Handlungskonzepte für struk-

turierte Weiterbildungsabläufe zu erarbeiten. Mit den gewonnenen Erkenntnissen wollen wir Anreize entwickeln, um den Nachwuchs zu motivieren, in Deutschland als Arzt tätig zu werden. Denn nur gute Weiterbildungsbedingungen können der Abwanderung junger Ärztinnen und Ärzte in andere Berufsfelder oder ins Ausland entgegenwirken“, erklärt Dr. H. Hellmut Koch, Vorsitzender der Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer, die Projektziele.

Anfang Mai 2009 werden die Weiterbildungsbefugten von den Landesärztekammern mit der Bitte angeschrieben, an der Befragung teilzunehmen. Dazu erhält der Befugte seinen persönlichen Zugangs-Code sowie nach Eingabe der Anzahl der Assistenten und Abschluss der eigenen Befragung die entsprechende Anzahl an Zugangs-Codes für die Online-Einwahl der Assistenten zur Teilnahme an der Befragung.

Die wissenschaftliche Auswertung der Daten erfolgt durch die Eidgenössische Technische Hochschule Zürich (ETHZ), die seit zwölf Jahren die entsprechende Umfrage der Schweizer Ärztekammer begleitet. Die Ergeb-

nisse der Befragung werden den Weiterbildungsbefugten bezüglich ihrer eigenen Weiterbildungsabteilung zugeleitet. Die Vergleichswerte auf Bundes- und Länderebene werden fachbezogen veröffentlicht. ■

Weitere Informationen zum Projekt „Evaluation der Weiterbildung“ erhalten Sie direkt über die Homepage der Landesärztekammern sowie unter www.evaluation-weiterbildung.de

Zeitplan

Ende April/Anfang Mai 2009 werden die Ärztekammern die zur Weiterbildung befugten Ärzte ansprechen, um die Anzahl der in der Weiterbildungsstätte zum aktuellen Zeitpunkt in Weiterbildung befindlichen Assistenten abzufragen und die Befugten aufzufordern, an der ersten Befragungsrunde teilzunehmen. Dazu erhalten die Befugten ihren persönlichen Zugangs-Code sowie bei Eingabe der Anzahl der Assistenten die entsprechende Anzahl an Zugangs-Codes für die Online-Einwahl der Assistenten in das Fragebogenprogramm.

August/September 2009 (ETHZ): Datenaufbereitung, Durchführung der Datenanalysen

Oktober/November 2009 (ETHZ): Erstellung des Berichtswesen und Benchmarks für die Befugten,

Erstellung der Länderrapporte für LÄK und BÄK

Ende 2009/Anfang 2010: Freischaltung der Befragungsergebnisse der Befugten (Befugten-Berichte) online, Zugriff von LÄK/BÄK auf die Ergebnisse der einzelnen Befugten-Berichte und die Länderrapporte

Im Verlauf von 2010: Bewertung und Schlussfolgerung der ersten Erhebungsphase

Anfang 2011: Beginn der zweiten Befragungsphase: Ablauf im Prinzip in gleicher Weise

Im Verlauf von 2012: Ende des zweiten Durchlaufs, Schlussfolgerung der zweiten Erhebungsphase, Beratung über den Übergang des Projekts in die Routine

Gesundheitswesen auf klimabedingte Erkrankungen vorbereiten

Umweltforum der Bundesärztekammer und der Ärztekammer Niedersachsen

Allergien, Hauterkrankungen und gefährliche Infektionskrankheiten sind auf dem Vormarsch: Die Hinweise, dass der Klimawandel neue Risiken für die menschliche Gesundheit birgt, mehren sich. „Wir nehmen die ersten Anzeichen sehr ernst und werden weiterhin in der ärztlichen Fortbildung und auch in der Öffentlichkeit über die Erkenntnisse der Umweltmedizin informieren. Wir fordern aber auch, dass die Politik mehr Mittel

zur Erforschung klimabedingter Gesundheitsschäden bereitstellt. Bisher wird in diesen Forschungszweig zu wenig investiert“, sagte Dr. Martina Wenker, Vorsitzende des Ausschusses „Gesundheit und Umwelt“ der Bundesärztekammer, beim Forum „Klimawandel und gesundheitliche Folgen“.

Die Bundesärztekammer hatte Ende Januar gemeinsam mit der Ärztekammer Niedersachsen nach Han-

nover geladen, um über Gesundheitsrisiken durch den Klimawandel zu informieren und über mögliche Präventionsstrategien zu diskutieren. „Wir müssen das Gesundheitswesen Schritt für Schritt auf den steigenden Versorgungsbedarf infolge des Klimawandels vorbereiten. Das heißt aber auch, dass für Ausnahmesituationen wie dem gehäuftem Auftreten von Infektionskrankheiten oder hitzebedingten Erkrankungen ausreichend Kapa-

zitäten zur Verfügung stehen müssen“, so Wenker.

Das Klimaszenario dürfe von der Gesundheitspolitik nicht ignoriert werden. Es müssten Präventionsstrategien erarbeitet werden, um die Gefährdung der Bevölkerung zu minimieren, beispielsweise die Einrichtung von Hitze-, Pollen-, Ozon- und UV-Warnsystemen, forderte die Umweltexpertin der Bundesärztekammer. ■

Kliniken müssen Daten ins Internet stellen

G-BA beschließt Mindestmengen-Regelung bei Früh- und Neugeborenenversorgung

Krankenhäuser, die zur Versorgung von Früh- und Neugeborenen zugelassen sind, müssen künftig ihre Ergebnisdaten im Internet veröffentlichen. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Mitte Februar in Berlin beschlossen.

In einer ersten Phase sollen die Perinatalzentren unter anderem Daten auf ihren Internetseiten veröffentlichen, die über Sterblichkeitsraten sowie die Häufigkeit von Hirnblutungen, Netzhauterkrankungen und entzündlichen Darmerkrankungen bei den in den jeweiligen Krankenhäusern versorgten Früh- und Neugeborenen Auskunft geben. Den Krankenhäusern werde mit der Veröffentlichung von Ergebnisdaten ermöglicht, ihre Leistungen für die Öffentlichkeit transparent zu machen, sodass Rückschlüsse auf die tatsächliche Qualität gezogen werden können, begründet der G-BA seine Entscheidung. Indem die Kliniken die Daten ergänzen, werde der Zusammenhang von Risiko und Ergebnis bei der Behandlung von Früh- und Neugeborenen hergestellt. Eine höhere Sterblichkeitsrate von Säuglingen in einem Krankenhaus lasse aber nicht zwangsläufig auf eine schlechtere Behandlungsqualität schließen, sondern eher auf das unterschiedliche Risiko der behandelten Kinder.

Als nächsten Schritt wird der G-BA das neue Qualitätsinstitut beauftragen, das Verfahren der Ergebnisveröffentlichung im Rahmen der Maßnahmen der Qualitätssicherung der Früh- und Neugeborenenversorgung weiterzuentwickeln. Deren Auswirkungen auf die Versorgung sollen außerdem ausgewertet werden.

Bereits im Dezember 2008 hatte der G-BA die Vorgaben für Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Versorgung von Früh- und Neuge-



borenen überarbeitet. Die Regelung legt Mindestanforderungen für die Strukturqualität der Kliniken fest. Dazu gehört die Einführung einer Regelmäßigkeitszahl: Krankenhäuser dürfen ab dem 1. April 2009 nur noch dann Früh- und Neugeborene versorgen, wenn sie mindestens eine Behandlung im Monat nachweisen können. „Strukturelle Voraussetzung für die Versorgung von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1250 g ist, dass das Zeitintervall zwischen den Aufnahmen dieser Frühgeborenen in den letzten 12 Monaten durchschnittlich weniger als 30 Tage betragen hat“, heißt es in der Vereinbarung des G-BA über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen. Damit soll gewährleistet werden, dass die Einrichtungen über ausreichende Erfahrung bei der neonatologischen Betreuung aufweisen.

Mindestmengen sind ein Irrweg

„Der Gemeinsame Bundesausschuss sollte sich von den Versorgungsnotwendigkeiten leiten lassen und nicht von fragwürdigen Mindestmengen-Regelungen, die die flächendeckende Versorgung der Patienten gefährden“, forderte Dr. Günther Jonitz,

Vorsitzender der Qualitätssicherungsgremien der Bundesärztekammer. Als die „Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen“ im Jahr 2005 verabschiedet wurde, seien ganz bewusst keine Mindestfallzahlen festgelegt worden. Und nun benutze der G-BA sie doch als Instrument, um die Versorgungslandschaft zu zentralisieren. „Es kann nicht sein, dass Mindestmengen allein deshalb eingeführt werden, weil der gewünschte Zentralisierungseffekt nicht eingetreten ist. Eine zentral festgelegte, direkte oder indirekte Mindestmenge würde die regionale Versorgungsrealität ignorieren, ohne dass vom G-BA eine entsprechende Folgenabschätzung veranlasst wird. In strukturschwachen Bundesländern könnte dies dazu führen, dass gar kein Zentrum mehr zur Versorgung von Neugeborenen mit besonders kritischen Geburtsgewichten zur Verfügung steht. Mindestmengen in

„Der Gemeinsame Bundesausschuss sollte sich von den Versorgungsnotwendigkeiten leiten lassen und nicht von fragwürdigen Mindestmengen-Regelungen, die die flächendeckende Versorgung der Patienten gefährden.“

Dr. Günther Jonitz

der Frühchen-Versorgung sind ein Irrweg“, kritisierte Jonitz den Beschluss des G-BA.

„Eine bloße Orientierung an einem Fallzahlgrenzwert kann dazu führen, dass qualitativ gute, aber kleine Zentren trotz niedriger Mortalitätsraten von der Versorgung ausgeschlossen werden und qualitativ schlechte Zentren mit vergleichsweise hohen Mortalitätsraten bestehen bleiben. Mit Blick auf die Risikofaktoren der Mütter von Frühgeborenen, zu denen häufig auch ein schwächerer sozialer Status und damit typischerweise eine geringere Erreichbarkeit für medizinische Versorgungsangebote einhergeht, begibt sich

der G-BA mit der geplanten Vereinbarung auf eine schiefe Ebene. Wünschenswert wäre auch gewesen, wenn wenigstens ein Teil der beträchtlichen Verhandlungsenergie im G-BA in Überlegungen zur Prävention investiert worden wäre, um möglicherweise die Häufigkeit von extremen Frühgeburten senken zu können“, sagte Jonitz.

G-BA weitet Zweitmeinungsverfahren aus

Neben der Versorgung von Früh- und Neugeborenen beschloss der G-BA, das sogenannte Zweitmeinungsverfahren für die Verordnung von besonders teuren Medikamenten auszuweiten. Bevor die Wirkstoffe Ambrisentan und Treprostinil künftig verschrieben werden dürfen, muss eine zusätzliche Meinung von besonders dafür qualifizierten Ärzten erfragt werden. Damit komme der G-BA seinem gesetzlichen Auftrag nach, die Kosten für die gesetz-

liche Krankenversicherung zu senken, heißt es in der Beschlussbegründung. Die Therapiekosten der beiden Wirkstoffe liegen zwischen 43.000 Euro (Ambrisentan) und 348.000 Euro (Treprostinil).

Mit seiner Entscheidung ergänzt der G-BA den neuen Abschnitt der Arzneimittel-Richtlinie zur Verordnung besonderer Arzneimittel. Im Oktober 2008 hatte der Ausschuss vier Wirkstoffe festgelegt, die das Zweitmeinungsverfahren durchlaufen müssen: Bosentan, Iloprost zur Inhalation, Sildenafil und Sitaxentan zur Behandlung verschiedener Formen des Lungengefäßhochdrucks. ■

Mehr Fachpersonal zur Bekämpfung von Krankenhausinfektionen

Krankenhausinfektionen sollen künftig schneller ermittelt und bekämpft werden können. Deshalb spricht sich die Bundesärztekammer in ihrer Stellungnahme grundsätzlich für den Referentenentwurf einer Verordnung zur Anpassung der Meldepflicht nach § 7 des Infektionsschutzgesetzes an die epidemische Lage (Labormeldepflicht-Anpassungsverordnung – LabMeldAnpV) aus. Mit dieser werde der öffentliche Gesundheitsdienst frühzeitig auf Krankenhausinfektionen aufmerksam und könne gezielter agieren. Zudem ermögliche die LabMeldAnpV, bundesweit verlässliche Daten über die Ausbreitung von MRSA- und Clostridium difficile-Infektionen zu erhalten, um die Krankenhaushygiene zu verbessern.

Allerdings sei eine Erweiterung der Meldepflicht nur dann sinnvoll, wenn diese tatsächlich die Möglichkeiten des öffentlichen Gesundheitsdienstes verstärkt, nosokomiale Infektionen zu verhindern und zu bekämpfen, heißt es in der Stellungnahme. So müssten in der LabMeldAnpV der zusätzliche Zeit- und damit verbundene Kostenaufwand für den öffentlichen Gesundheitsdienst berücksichtigt werden. Angesichts der zahlreichen schon jetzt den Gesundheitsämtern vorliegenden Meldungen von MRSA-Ausbrüchen sei künftig mit einem noch größeren Mehraufwand der Ressourcen zu rechnen.

Mit Nachdruck betont die Bundesärztekammer außerdem, dass neben der Aufnahme und Übermittlung der Meldung bei Erregern wie MRSA-Infektionen auch umfangreiche und damit personalintensive Maßnahmen die Folge sein werden. Das sei jedoch mit der derzeitigen Personallage der Gesundheitsämter nicht zu leisten. Deshalb bedürfe es dort einer dringenden Aufstockung des Fachpersonals. ■

Arzneimittelkommission: Klinische Studien unabhängig von kommerziellen Interessen planen

Veröffentlichte Arzneimittelstudien erzielen häufig ein für pharmazeutische Unternehmen günstiges Forschungsergebnis, wenn diese Studien von Hersteller-Unternehmen finanziert werden oder sich ein Autor in einem ökonomischen Interessenkonflikt befindet. Zu diesem Ergebnis gelangte die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) in ihrer Untersuchung zum Einfluss der pharmazeutischen Industrie auf die wissenschaftlichen Ergebnisse und die Publikation von Arzneimittelstudien.

Für die Studie waren Übersichtsarbeiten aus der Zeit zwischen November 2002 und Mai 2008 herangezogen und umfassend analysiert worden. Dabei stellte sich heraus, dass die Daten in den von pharmazeutischen Unternehmen finanzierten Arzneimittelstudien deutlich zu Gunsten der Geldgeber ausgelegt wurden, heißt es im Fazit der AkdÄ. Zudem gebe es Hinweise unter anderem auf eine Einflussnahme auf das Studienprotokoll und den Einsatz von Ghostwritern. Auch würden Kenntnisse über unerwünschte – mitunter sogar gefährliche – Wirkungen der Arzneimittel durch Pharmaunternehmen zurückgehalten. So seien beispielsweise die Mortalitätsdaten zu Rofecoxib (Vioxx) nicht zeitnah veröffentlicht worden.

Indem wichtige Informationen dem Leser von Studienergebnissen, bei denen die Pharmaindustrie beteiligt war, vorenthalten würden, überschätzten diese den therapeutischen Nutzen eines Medikaments. „Diese Fehleinschätzung beschränkt sich nicht auf den einzelnen Arzt, da auch Leitlinien, z. B. von medizinischen Fachgesellschaften, auf der Basis von veröffentlichten Studienergebnissen erarbeitet werden und die verzerrte Wahrnehmung der Wirksamkeit und Unbedenklichkeit

eines Arzneimittels zu fehlerhaften Empfehlungen führen kann“, heißt es in der AkdÄ-Expertise. Dies wirke sich nicht nur auf die Versorgung des einzelnen Patienten aus. Durch die verzerrte Einschätzung von Kosten und Nutzen sei das gesamte Gesundheitswesen betroffen.

Um auf die beschriebenen Probleme zu reagieren, sind in den vergangenen Jahren verschiedene Initiativen gestartet worden oder gesetzliche Regelungen in Kraft getreten. Weltweit gibt es eine Reihe von Aktivitäten, die sicherstellen sollen, dass die Öffentlichkeit Zugang zu Forschungsergebnissen bekommt. In den USA schreibt ein Gesetz vom September 2008 vor, dass die Ergebnisse klinischer Studien in einem über das Internet zugänglichen Register registriert und veröffentlicht werden müssen. In der EU-Richtlinie 2001/20/EC wird eine Registrierung aller klinischen Studien gefordert. Eine Leitlinie aus dem Jahre 2008 legt fest, welche

Datenfelder der ausschließlich für Behörden zugänglichen Datenbank EudraCT in die öffentlich zugängliche Arzneimitteldatenbank EudraPharm aufgenommen werden sollen, die damit aber noch immer unvollständig bleiben werde. Verbände der pharmazeutischen Industrie haben eine Richtlinie verabschiedet, die gewährleisten soll, dass positive als auch negative Forschungsergebnisse veröffentlicht werden. Zwar begrüße die AkdÄ die Eigeninitiative der Pharmaunternehmen, trotz der Richtlinie seien negative Resultate aber nicht zeitnah publiziert worden.

Deshalb empfiehlt die Arzneimittelkommission, das Wissen über eventuell verzerrte oder lückenhafte Daten bei der Beurteilung von Medikamenten zu berücksichtigen. Ferner sollte nach Wegen gesucht werden, klinische Studien unabhängig von kommerziellen Interessen zu planen, durchzuführen, auszuwerten und zu veröffentlichen. ■

Fortbildungsseminar „Medizin und Ökonomie“

„Krankenhausökonomie – allgemeine Einführung in die Finanzierungsgrundlagen“

Montag, 30. März – Freitag, 3. April 2009 in Berlin

Veranstaltungsort: Bundesärztekammer, Herbert-Lewin-Platz 1, Berlin-Tiergarten

Das Verständnis betriebswirtschaftlicher Abläufe in der stationären und ambulanten Versorgung ist für Ärztinnen und Ärzte in ihrer täglichen Arbeit von großer Bedeutung. Um ökonomische Prozesse zu verstehen und aktiv mit zu gestalten, sind fundierte Kenntnisse im Bereich der Ökonomie notwendig.

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

Weitere Informationen unter www.baek.de (Termine)

BÄK: Schnittstellenprobleme zwischen Gewebemedizin und Organtransplantation überwinden

Die Entnahme menschlicher Organe und menschlicher Gewebe ist in unterschiedlichen Gesetzen geregelt. Das führt zu Problemen an der Schnittstelle zwischen Gewebemedizin und Organtransplantation. In einer aktuellen Analyse weist die Bundesärztekammer auf Widersprüche und Unzulänglichkeiten der neuen Rechtslage hin und zeigt zugleich Lösungen zur Überwindung der Schnittstellenprobleme auf.

Mit dem Inkrafttreten des Gewebegesetzes am 1. August 2007 haben sich viele Prämissen in der Trans-

Davon zu unterscheiden sind nach dem Gewebegesetz „alle aus Zellen bestehenden Bestandteile des menschlichen Körpers, die keine Organe sind, einschließlich einzelner menschlicher Zellen“.

Problematische Begriffstrennung „Organ“ und „Gewebe“

Während für den Umgang mit Organen zur Transplantation das TPG den alleinigen gesetzlichen Regelungsrahmen darstellt, ist das Arzneimittelgesetz (AMG) für den Umgang mit Gewebe und Gewebesubereitungen gemäß § 4 Abs. 30

den kommerzialisierbaren Gewebemedizin tragen zur Verunsicherung in der Praxis bei. So ist auch unklar, über welche Details der Verwendung und der möglichen Kommerzialisierbarkeit ein potentieller Gewebespende- oder dessen Angehörige aufzuklären sind. Die Gewebeentnahme bei postmortalen Organspendern ist – gemessen an der Gesamtzahl von Gewebeentnahmen – zwar von untergeordneter Bedeutung. Allerdings zeigt sich bei näherer Betrachtung, dass bestimmte Gewebe wie Leberzellen nur von hirntoten Spendern gewonnen werden können; andere Gewebe

wie z. B. Augenhornhäute sind durch die bei Organspendern durchgeführte HLA-Typisierungen medizinisch von großer Bedeutung. Nicht zuletzt durch die vielen Parallelitäten der Organ- und der Gewebespen-

de könnte ein Ansehensverlust der Gewebespende in der Bevölkerung einen direkten Einfluss auf die Spendebereitschaft sowohl für Organe als auch für Gewebe haben.

Die Bundesärztekammer hat sich daher zum Ziel gesetzt, die in diesem sensiblen Bereich entstandenen Unschärfen und Inkongruenzen auf gesetzlicher und untergesetzlicher Ebene aufzuarbeiten, damit die bestehenden Fragen und Probleme – insbesondere mit Blick auf die Versorgung der betroffenen Patienten, aber auch auf die notwendige Rechtssicherheit für alle Beteiligten – bald möglich einer Lösung zugeführt werden können.

Die Analyse der Bundesärztekammer „Regelungen zur Gewebeentnahme an der Schnittstelle zur Organtransplantation“ im Internet: www.baek.de

Kinderschutzgesetz: Ärztliche Schweigepflicht gelockert

Kinder und Jugendliche in Deutschland sollen besser vor Misshandlungen und Vernachlässigung geschützt werden. Deshalb hat das Bundeskabinett Ende Januar den vom Bundesfamilienministerium vorgelegten Entwurf für ein Kinderschutzgesetz verabschiedet. Schwerpunkt des Gesetzentwurfs ist eine bundeseinheitliche Regelung zur Weitergabe von Informationen bei Kindeswohlgefährdung durch Berufsheimlichkeitsgruppen wie etwa Ärzte. Demnach sollen Berufsgruppen, die einer Schweige- oder Geheimhaltungspflicht unterliegen, bei einem Verdacht auf Gefährdung des Kindeswohls – auch ohne Zustimmung der Eltern – künftig das Jugendamt informieren dürfen.

Liegen gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung vor, ist das Jugendamt verpflichtet, das gefährdete Kind und in der Regel auch dessen persönliches Umfeld in Augenschein nehmen. So sollen sich die Amtsmitarbeiter einen unmittelbaren, ungeschönten Eindruck von Kind und Eltern verschaffen.

Ferner soll das Bundeszentralregistergesetz im Bereich des Kinder- und Jugendschutzes erweitert werden. Damit würde allen Personen, die im kinder- und jugendnahen Bereich beschäftigt werden wollen, ein erweitertes Führungszeugnis erteilt, in dem auch geringe Geldstrafen wegen Exhibitionismus oder Verurteilungen wegen der Verbreitung von Kinderpornografie zu Sexualstraftaten aufgenommen sind. Potenzielle Arbeitgeber wüssten dann über alle einschlägigen Vorstrafen ihrer Bewerber Bescheid und könnten verhindern, dass diese als Erzieher in Kindergärten, aber auch als Schulbusfahrer, Bademeister, Sporttrainer oder Mitarbeiter im Jugendamt beschäftigt werden, sagte Bundesjustizministerin Brigitte Zypries.

Erklärung zur Organ- und Gewebespende	Für den Fall, dass nach meinem Tod eine Spende von Organen/Geweben zur Transplantation in Frage kommt, erkläre ich:	
	<input type="radio"/> JA, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.	
	oder <input type="radio"/> JA, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe:	
	oder <input type="radio"/> JA, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe:	
	oder <input type="radio"/> NEIN, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben.	
	oder <input type="radio"/> Über JA oder NEIN soll dann folgende Person entscheiden:	
	Name, Vorname	Telefon
	Straße	PLZ, Wohnort
	Platz für Anmerkungen/Besondere Hinweise	
	DATUM	UNTERSCHRIFT

Organspendeausweis	
nach § 2 des Transplantationsgesetzes	
Organspende	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Wohnort
Antwort auf Ihre persönlichen Fragen erhalten Sie beim Infotelefon Organspende unter der gebührenfreien Rufnummer 0800/9040400.	

plantationsmedizin geändert. Bis dato wurden im Transplantationsgesetz (TPG) unter dem Begriff Organe „menschliche Organe, Organteile oder Gewebe“ subsumiert. Demgegenüber differenzieren die Begriffsbestimmungen des neuen Gewebegesetzes zwischen Organen auf der einen Seite und Geweben auf der anderen. Danach sind Organe, mit Ausnahme der Haut, „alle aus verschiedenen Geweben bestehenden Teile des menschlichen Körpers, die in Bezug auf Struktur, Blutgefäßversorgung und Fähigkeit zum Vollzug physiologischer Funktionen eine funktionale Einheit bilden, einschließlich der Organteile und einzelnen Gewebe oder Zellen eines Organs, die zum gleichen Zweck wie das ganze Organ im menschlichen Körper verwendet werden können“. Hier verweist das Gewebegesetz auf eine entsprechende Begriffserklärung des TPG (§ 1a Nr. 4 TPG).

AMG einschlägig. Wesentliche Fragen und Probleme an der Schnittstelle zwischen der Gewebemedizin und der Organtransplantation sind nach wie vor ungeklärt. So muss durch die Trennung der Begriffe „Organ“ einerseits und „Gewebe“ andererseits die Zustimmung sowohl für eine mögliche Organspende (mit Folgeeregungen u. a. im TPG) als auch für eine mögliche Gewebespende (mit Folgeeregungen u. a. im AMG) eingeholt werden, sofern beides in Betracht kommt. Die mögliche Beteiligung mehrerer Institutionen an einer parallelen Organ- und Gewebespende birgt dann aber die Gefahr, dass Angehörige mehrfach und von unterschiedlichen Personen um ihre Einwilligung zur Spende gebeten werden.

Insbesondere das Nebeneinander von altruistischer Organspende und einer unter bestimmten Umständen



Ein Arzt im Visier der Ermittler



Ein Fall, der bundesweit Aufsehen erregte: Die rheinland-pfälzische Staatsanwaltschaft verfolgte Dr. Werner Braunbeck 17 Jahre lang

strafrechtlich wegen eines angeblichen Abrechnungsbetrugs – ein Viertel seines Lebens. Auch musste der Mainzer Venenspezialist 50 Tage in Untersuchungshaft. Bei einem Einsatz mit „30 bis 40 schwer bewaffneten Polizisten“ wurde er im Jahr 2000 vor laufenden Kameras in Handschellen abgeführt. Schließlich wurde das Verfahren im Februar 2007 gegen eine Geldauflage von etwa 32.000 Euro eingestellt. Wenige Monate später starb Braunbeck an einem Hinterwandinfarkt.

Der Diplom-Biologe Ingo Deris – Journalist und Patient von Dr. Braunbeck – gelangt bei seinen Recherchen zu dem Buch „Abrechnung – Der Fall Dr. med. B.“ zu dem Eindruck, dass in diesem

Fall eine „unheilvolle Mixtur von Belastungs- und Verfolgungswillen“ auf der einen Seite und „fehlender schriftlicher Kodifizierung im Medizinbereich“ auf der anderen Seite zusammenkamen. Das „fehlende praktische und theoretische Wissen der ermittelnden Personen“ habe dazu geführt, „dass in der juristischen Verarbeitung aus dem Nichts schwindelerregend hohe Schuldvorwürfe konstruiert werden konnten“, so Deris.

Hintergründe und Details verdeutlichen das unfassbare Vorgehen der verfolgenden Behörde. Unterstützt wurde sie von Politikern und willfährigen Medien, so dass eine in dieser Ausprägung bisher nicht bekannte „Ärzteverfolgung“ ihren Lauf nahm.

„Für Ärzte und alle im Bereich Gesundheitswesen Tätige ist die Lektüre ein Muss, für Juristen eine Pflicht, damit sich vergleichbares Unrecht nie wieder ereignet“, konstatieren die Sanitätsräte Dr. Günter Gerhardt, Chef der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz, und Dr. Werner Harlfinger, Vizevorsitzender der KV-Vertreterversammlung Rheinland-Pfalz, auf dem Cover des Buches.

Ingo Deris

Abrechnung – Der Fall Dr. med. B.
Tatsachenbericht einer
Ärzteverfolgung
Deutscher Ärzteverlag, Köln 2009
158 Seiten, 19,95 Euro
ISBN 978-3-7691-1275-7
www.aerzteverlag.de

Wenn beim Arzt-Patienten-Gespräch die Vokabelkenntnisse versagen



Wer kennt nicht die Probleme, die entstehen, wenn man auf Reisen plötzlich erkrankt und dem Arzt die Beschwerden beschreiben muss. Oder aber man Angst hat, die Tablettenverordnung nicht richtig verstanden zu haben, obwohl man die fremde Sprache vielleicht recht gut sprechen kann. Ähnlich

ergeht es Mitbürgern mit Migrationshintergrund in Deutschland. Außerdem muss es bei der Behandlung meistens auch noch schnell gehen.

Die Autorengruppe um Dr. Christina Heiligensetzer wendet sich mit ihrem dreisprachigen Buch „tip doc – Arzt-Patient-Gespräch in Bildern“ an all diejenigen, die sich beim Arzt, im Krankenhaus, bei der Krankenschwester, im Altenheim oder in der Apotheke besser verständigen wollen und müssen.

Das Buch enthält:

- ▶ die meisten Begriffe, die beim Arzt gebraucht werden
- ▶ einfache Bilder mit Untertiteln und Übersetzungen (Deutsch, Russisch und Türkisch)
- ▶ Stichworte, kurze, knappe Sätze
- ▶ Einfache, klare Anweisungen:

„anspannen“ – „locker lassen“

- ▶ Übersichtliche Gliederung, farbig gekennzeichnete Kapitel, deutliche Querverweise
- ▶ Extraseite mit „Häufigen Fragen, Zahlen und Zeiten“: „Wann? Seit wann? Wie stark?“
- ▶ Allgemeinmedizin, Pädiatrie, Gynäkologie, Urologie, Orthopädie, Zahnmedizin
- ▶ Pflegekapitel inkl. Betten, Kleidung und Körperpflege
- ▶ Lebensmittel- und Ernährungskapitel
- ▶ Zweisprachiger ausführlicher Anamnesebogen

Christina Heiligensetzer (u. a.)

tip doc
Arzt-Patient-Gespräch in Bildern
setzer verlag, Stuttgart 2008
84 Seiten, 19,90 Euro
ISBN 978-3-9812458-0-6
www.setzer-verlag.de

Impressum

BÄK intern
Informationsdienst der
Bundesärztekammer

Redaktion:
Alexander Dückers (v.i.S.d.P.),
Hans-Jörg Freese,
Johanna Braun

Redaktionsanschrift:
Pressestelle der deutschen Ärzteschaft
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Tel. (030) 40 04 56-700
Fax (030) 40 04 56-707
E-Mail: presse@baek.de
Internet: www.baek.de

Druck:
Druckerei Braul,
Pankstraße 8–10, 13127 Berlin

Satz und Layout:
da vinci design GmbH,
Albrechtstraße 13, 10117 Berlin

Redaktionsschluss:
11.03.2009