

Wer nicht handelt wird behandelt!



Foto: Thomas Räse

Dr. med. Günther Jonitz

Präsident der Ärztekammer Berlin

Wenn man eine umstrittene Diagnose gestellt hat und der Verlauf einem Recht gibt, darf man als Arzt zufrieden sein. Wenn die Diagnose für den Patienten schlecht ist, wäre es besser, man hätte nicht Recht bekommen. Diese Ausgabe von BERLINER ÄRZTE befasst sich mit den Auswirkungen der DRGs. Eingetreten ist das, wovon der Deutsche Ärztetag bereits 1994 gewarnt und die Ärztekammer Berlin mehrfach auch durch Beschlüsse der Delegiertenversammlung hingewiesen hat: die Patientenversorgung wird schneller und schlechter, die Kosten nehmen nicht ab, die Unzufriedenheit steigt. Die - finanziellen - Spielregeln bestimmen das Spiel, nicht die Spieler. Wer beim Fußball Fouls verbietet, diese aber nicht ahndet, trägt die Verantwortung dafür, dass jeder faire Spieler nach zehn Minuten vom Platz getragen wird.

Die Politik versucht die Nebenwirkungen abzumildern. Die Übergangszeit der Einführung ist verlängert, Ausnahmeregelungen wurden geschaffen und beispielsweise neue DRGs für die Geriatrie entwickelt. Der grundlegende Missstand bleibt. Mögen „Patienten-Pingpong“ oder die „englische Entlassung“ anekdotischen Charakter behalten.

Welche Gegenmaßnahmen kann man gegen diese blinde Ökonomisierung treffen? Wer über Mengen und Preise verhandelt oder diese apodiktisch

vorgibt, muss sich um den Gegenwert dessen kümmern, was er eigentlich erhält. Die Darlegung des Wertes der eigenen Arbeit soll es besser möglich machen, auf dem größer werdenden Markt der Medizin zu bestehen. „Qualitätsorientierter Wettbewerb“ heißt das als Schlagwort und findet seine Ausprägung in vielen Facetten. Die Zertifizierung von Krankenhäusern und Arztpraxen gehört ebenso dazu wie die Erstellung von Leitlinien, die Bewertung des Nutzens von Medikamenten – ein spannendes Thema! – oder die vergleichende externe Qualitätssicherung im Krankenhaus. Ab 1.1.2005 kommt ein Qualitätsbericht dazu, in dem Krankenhäuser den Kassen gegenüber in einem zweigeteilten Bericht („Pflicht“ und „Kür“) darlegen, was sie machen und wie gut. Zumindest ist dies die Absicht. Wer den Wert seiner Arbeit darlegen kann, kann über Preise verhandeln.

Die Autorität des Arztes allein als Parameter für gute Qualität „wo ich bin, ist Qualität“, reicht nicht mehr aus. Belege müssen her, damit die Glaubwürdigkeit steigt. Ein gutes Beispiel ist die Kardiologie; ein wichtiger, überschaubarer, medizinisch sehr relevanter und kostenintensiver Bereich. Vor über fünf Jahren gründete die Ärztekammer ein Linksherzkatheter- und initiierte ein Herzinfarktregister. Ersteres wurde auf Bundesebene quasi überholt, letzteres führt einen Gutteil der Infarktkliniken zusammen und hilft, gemeinsam zu

lernen und die Versorgung der Herzpatienten zu verbessern. Nicht alle machen mit. Mit der ärztlichen Solidarität ist das so eine Sache. Die Chance einer solchen Zusammenarbeit heißt auch, Strukturverantwortung selbst zu übernehmen. Dies erfolgt jetzt mit einem Versorgungskonzept, das letztlich von Senat und Krankenkassen verfasst wurde. Wenn es keine Einigkeit gibt, die stark macht, ist es wichtig solide Verfahren zu entwickeln, die jedem, der Rechenschaft über eine gute, angemessene Versorgung ablegt, eine Perspektive auf dem „Gesundheitsmarkt“ gibt. Ein weiter Weg.

Das nächste Jahr wird zeigen wohin die Reise geht. In die „schöpferische Zerstörung“ (ehem. Bundes-VdAK-Chef) oder in die künftige „Chance im Miteinander“ (Zitat aus dem BMGS 11-04). Wenn denn aufgrund der guten Diagnostik (s. o.) wenigstens die Glaubwürdigkeit der Ärzteschaft wieder gestiegen wäre! Sonst heißt es wie im alten Medizinerwitz: „Der Pathologe wird mir Recht geben.“ Lassen wir es nicht soweit kommen!

Ihr



*Wir wünschen allen Berliner Ärztinnen
und Ärzten ein schönes Weihnachtsfest
und einen guten Rutsch ins neue Jahr 2005!*

TITELTHEMA.....

Feilschen um jeden Tag

Langsam wird es ernst für die Berliner Krankenhäuser.

Trotz Verlängerung der so genannten „Konvergenzphase“ werden ab dem 1. Januar 2005 die diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs) zur Finanzierung der Krankenhäuser Pflicht.

BERLINER ÄRZTE hat nachgefragt, wie sich die DRG-Einführung schon jetzt für die Kliniken auswirkt.

Von Daniel Rühmkorf14

EDITORIAL.....

Wer nicht handelt wird behandelt

Von Günther Jonitz 3

BERLINER ÄRZTE aktuell6

Dengue-Fieber in Südostasien

Information des Tropeninstituts

Berlin9

Leserbriefe12

BERUFS- UND
GESUNDHEITSPOLITIK....**Leichte Unterfinanzierung**

Bericht von der Delegierten-
versammlung am 10. November 2004

Von Sybille Golkowski20

**Weiterbildungsassistenten -
angemessen vergütet?**

Die Berliner Weiterbildungsordnung
fordert zur Anerkennung von Weiter-

bildungszeiten den Nachweis einer Tätigkeit unter angemessener Vergütung. Doch was bitte ist „angemessen“?

Von Hans-Peter Hoffert22

**Was wird aus dem ärztlichen
Nachwuchs?**

Die Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung der Uni Zürich wurden kürzlich in Berlin vorgestellt.

Von Rosemarie Stein23

Besorgte Anfragen

Seit wir in Heft 9/2004 von den Folgen der AMG-Novelle berichteten, erreichten die Kammer zahlreiche Anfragen besorgter Kollegen. Hier berichten wir über den aktuellen Stand.

Von Elmar Wille und
Christoph Röhrig24

**Schwangerschaftsabbruch bei
Minderjährigen**

Von Martina Jaklin und Tanja Kuhn26

Buchbesprechungen

Dörner: Woran unsere Medizin krankt
Bischoff, Kemmer, Schönfeld: Die Macht
der Kodes28

PERSONALIEN.....

Portrait des Berliner Arztes

Prof. Dr. Frank-Werner Peter29

Bestandene

Facharztprüfungen30

FEUILLETON.....

**Das Potsdamer
Garnisonslazarett**

Backsteinromantik herrscht im Potsdamer Voltaireweg. Das ehemalige Militärkrankenhaus wird gerade aufwändig saniert.

Von Rosemarie Stein32

Impressum38

Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern/Einrichtungen wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

LaAGetSi Die langjährige Direktorin des Landesamtes für Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz und technische Sicherheit (LaAGetSi), Dr. med. Hendrikje Zuschneid-Bertram, geht in den Ruhestand. Die Nachfolge der Ärztin stand zum Redaktionsschluss dieser Zeitschrift noch nicht fest. Das bereits laufende Personalauswahlverfahren war noch nicht abgeschlossen.

Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau Dr. med. Frank Jochum ist neuer Chefarzt der Kinder- und Jugendmedizin (Schwerpunkt Neonatologie). Jochum war zuvor als Oberarzt im Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin der Universität Greifswald tätig. Sein Vorgänger, Prof. Dr. med. Harald Schachinger, verabschiedete sich in den Ruhestand.

Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge Im Oktober wurde hier eine neue Abteilung Innere Medizin, Gastroenterologie, Infektiologie und Nephrologie eröffnet. Chefarzt ist PD Dr. med. Walter Heise, der zuvor als Oberarzt an der Klinik tätig war.

Vivantes Humboldt-Klinikum Dr. med. Adrian Freitag wird ab 1. Januar 2005 neuer Chefarzt der Klinik für Anästhesie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie. Der frühere Stelleninhaber, Dr. Uwe Machinek, geht zum 31.12.2004 vorzeitig in den Ruhestand.

Vivantes Klinikum Neukölln Prof. Dr. med. Hermann Herbst übernahm am 1.10.2004 die Leitung des Fachbereichs Pathologie. Der frühere Stelleninhaber, Prof. Dr. med. Gernot Grosse geht am 15.1.2005 vorzeitig in den Ruhestand.

MEDIAN-Klinik Ende September ist die Median-Klinik von ihrem alten Standort Buch auf das Gelände des ehemaligen Krankenhauses Moabit in der Turmstraße gezogen. Die Anschrift lautet: MEDIAN-Klinik Berlin-Mitte, Fachklinik für geriatrische Rehabilitation, Turmstr. 21, 10559 Berlin, Tel. 3976-3002.

Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Chefarztpositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause.
Tel. 40 80 6-1600 / -1601, Fax: -1699.
E-Mail: e.piotter@aekb.de oder s.golkowski@aekb.de

Allgemeinmedizin

Weiterbildungsordnung erst mal auf Eis

Mit der Genehmigung der neuen Weiterbildungsordnung ist so schnell noch nicht zu rechnen. Der Grund: In Brüssel läuft derzeit ein Vertragsverletzungsverfahren gegen die Bundesrepublik Deutschland, da die Vergabe zweier verschiedener Facharztbezeichnungen für den allgemeinmedizinisch tätigen Arzt gegen die EU-Richtlinie 93/16 verstößt. Stein des Anstoßes ist der so genannte „Euro-Praktiker“.

Für alle Allgemeinmediziner aus anderen EU-Ländern, deren Weiterbildungszeit drei Jahre nicht überschreitet, vergab die Bundesrepublik bislang den Titel „Praktischer Arzt“. Die Bezeichnung „Facharzt für Allgemeinmedizin“ war Ärzten vorbehalten, die ihre Weiterbildung in Deutschland abgeschlossen oder im EU-Ausland eine fünfjährige Weiterbildung absolviert haben. So sahen es die Vorschriften der meisten Bundesländer vor. Das Nebeneinander verschiedener Bezeichnungen will Brüssel nun abschaffen. Allgemeinmediziner aus anderen EU-Ländern sollen dem deutschen Facharzt für Allgemeinmedizin gleichgestellt werden, auch wenn ihre Weiterbildungszeit weit kürzer ist als die ihrer deutschen Kollegen. Um dies zu erreichen, müssen in der föderalistischen Bundesrepublik alle betroffenen Bundesländer ihre Weiterbildungsgesetze oder entsprechende andere Rechtsgrundlagen einzeln ändern (Berlin hat dies gerade getan). Erst danach kann es mit der Genehmigung der Weiterbildungsordnungen weitergehen.

Darauf verständigte sich im Oktober die Arbeitsgemeinschaft Heilberufe der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG). Es ist deshalb damit zu rechnen, dass sich die Genehmigung der im März von der Ärztekammer Berlin verabschiedeten neuen Weiterbildungsordnung durch die Senatsverwaltung länger hinzieht als ursprünglich erwartet. *SyGo*

Tagesklinik

Psychosomatische Hauterkrankungen

Das Vivantes Klinikum Prenzlauer Berg hat in seiner Tagesklinik für psychosomatische Hautkrankheiten eine Liaison-Sprechstunde eingerichtet, in der Ärzte und Psychotherapeuten gemeinsam tätig sind. Der Patient kann dort zusätzlich zur Behandlung mit Medikamenten, Bädern und OP eine konfliktorientierte Kurzzeittherapie erhalten. Ergänzend kommt – je nach Indikation – auch eine Entspannungsbehandlung hinzu. Die Tagesklinik ist zu erreichen unter Tel. 4242-1210 oder 4242-1169.

Teils bedenkliche Fakten

Licht und Dunkel der medizinischen Versorgung in Deutschland förderte die vergleichende externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V zutage. Deren Ergebnisse für das Jahr 2003 wurden Anfang November in Berlin präsentiert. Zunächst einige erfreuliche Resultate: Nur 5,47 % der Patienten mit einer Schenkelhalsfraktur sterben in Deutschland. Im internationalen Vergleich sind dies bis zu 11 %. Bei Versorgung mit einem künstlichen Kniegelenk erlitten hierzulande 0,76 % der Patienten eine Wundinfektion. In einer US-amerikanischen Referenzdatenbank sind es dagegen 0,87 %. Bei der Wiedereröffnung verschlossener Beingefäße mit einem Ballonkatheter wurden in Deutschland behandlungsbedürftige Komplikationen von 3,53 % berichtet. In einer großen internationalen Untersuchung liegen vergleichbare Komplikationen bei 5,6 %

Doch es gab auch schlechte Ergebnisse, die das versammelte Fachpublikum aufhorchen ließen: Bei rund einem Drittel der Brustkrebspatientinnen, denen in Deutschland operativ ein Tumor entfernt wurde, war der für den Schnitt geforderte Sicherheitsabstand im gesunden Gewebe bei Entlassung nicht bekannt. Aus Sicht der Fachgruppe Gynäkologie hätte dies aber in 95 % der Fälle bekannt sein müssen. Schließlich gilt die Abklärung des Sicherheitsabstands mit der Pathologie während der OP als absoluter Standard. Real erreichten aber nur 50 von 453 ausgewerteten Krankenhäusern diesen Referenzbereich. Bei 18 von 77 herzchirurgischen Abteilungen der Republik liegen auffällige Ergebnisse für Sterblichkeit, Entzündungen bzw. Nierenfunktionsstörungen vor.

Bei 174 Krankenhäusern fielen überdurchschnittliche Raten operativer Eingriffe am Eierstock auf. So erfolgte bei 28,45 % der Patientinnen nach dem Eingriff keine Gewebeuntersuchung oder es wurden lediglich harmlose Funktionssysteme gefunden. Die Entscheidung zur Operation muss in diesen Fällen zumindest kritisch hinterfragt werden. Diese und andere Ergebnisse wurden auf der Präsentation in Berlin fachöffentlich diskutiert. Die vergleichende externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V ist gesetzliche Pflicht und mittlerweile der größte Qualitätsvergleich von Kliniken in der Bundesrepublik Deutschland. Seit 2004 liegt das Verfahren in der Verantwortung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Über standardisierte Fragebögen werden in den Häusern die Ergebnisse, Verläufe und Komplikationen zu mittlerweile 33 Leistungsbereichen erhoben und einheitlich ausgewertet. Über regionale Landesgeschäftsstellen Qualitätssicherung erhalten die Kliniken in einem vertraulichen Verfahren ihre eigenen Ergebnisse und können sie mit den anonymisierten Gesamtergebnissen der anderen Häuser vergleichen. Ein anonymisierter Fachgruppendedialog klärt Auffälligkeiten in den Auswertungen auf der Landesebene ab. Kliniken können durch das Verfahren sehen, wo sie stehen und bei Qualitätsdefiziten hausintern nachbessern.

Veröffentlicht werden die Einzelauswertungen der Kliniken freilich nicht. Ausschließlich als anonymisierter Gesamtbericht sind die bundesweiten Ergebnisse im „BQS-Qualitätsreport“ einmal jährlich zu haben. Sie sind im Internet zu finden unter www.bqs-outcome.de und www.bqs-qualitaetsreport.de SyGo

Info-Broschüre

Brustimplantate

Für Frauen, die sich mit dem Gedanken an eine Brustvergrößerung tragen, hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) eine Informationsbroschüre herausgebracht. Die Broschüre befasst sich mit Geschichte und Entwicklung der Implantate, mit Erwartung und Realität und nennt Risiken und Kontraindikationen.

Die Informationsschrift kann in Einzelexemplaren kostenlos bestellt werden bei: BfArM, Pressestelle, Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3, 53175 Bonn, oder per e-mail bei pressestelle@bfarm.de

Warnhinweis

Diebstahl von unsterilen Medizinprodukten

Der Firma Clinico GmbH, Bad Hersfeld, wurden Medizinprodukte zur Infusions- und Transfusionstherapie entwendet, die sich in einem Container auf einem innerbetrieblichen Transportweg befanden.

Die Verpackungen dieser Produkte sind bereits als „steril“ und „pyrogenfrei“ gekennzeichnet, obwohl die Sterilisation noch nicht durchgeführt wurde. Sterilität und Pyrogen-

freiheit dieser Infusions- und Transfusionssysteme sind noch nicht geprüft worden und somit nicht gewährleistet, wie Clinico mitteilte. Anwender können dies nicht ohne weiteres erkennen und möglicherweise Patienten gefährden.

Wenn das Diebesgut in Verkehr gebracht wird, können die Medizinprodukte anhand einer Auflistung im Internet identifiziert werden. Die Firma Clinico hat betroffene Artikelnummern, Artikel-Beschreibungen und die Chargennummern in einer Bestandsliste (pdf-Datei im Internet) veröffentlicht, zu finden unter www.clinico.de, Rubrik "News". bue

Austausch

Netzwerk für kranke Ärzte in Berlin

Seit 2001 trifft sich in monatlichen Abständen eine Selbsthilfegruppe kranker Ärztinnen und Ärzte in Berlin. Die Gruppe ist Teil eines deutschlandweiten Netzwerks, das die Möglichkeiten zur beruflichen Rehabilitation für Ärzte verbessern und auch Unterstützung bei Fragen zur Berufsunfähigkeit geben möchte. Ein angstfreier Erfahrungsaustausch soll dafür die Grundlage sein.

Ansprechpartner in Berlin: Dr. med. Matthias Konrad, Kunigundenstr. 1, 12105 Berlin, Tel. 76 00 74 00, e-mail: konrad.berlin@gmx.de. Weiterführende Informationen unter www.der-kranke-arzt.de

Aufruf

Hilfe für Ärzte in Schock-Situationen

Im ärztlichen Alltag kommt es immer wieder vor, dass Patienten und Angehörige zu betreuen sind, die unter Schock stehen. Eine doppelte Belastung tritt ein, wenn auch der Arzt psychisch stark erschüttert ist.

So erging es einem niedergelassenen Arzt aus Berlin, der bei dieser Gelegenheit feststellte dass es genau für diesen Bedarf bislang keine Anlaufstelle gibt. Er schilderte uns folgenden Fall und verbindet ihn mit einem Aufruf:

„Vor einigen Wochen wurde ich mit der unfassbaren Tatsache konfrontiert, dass ein langjähriger vertrauter Patient seine Lebensgefährtin erdrosselte, seine 10-jährige Tochter ertränkte und dann sich selbst erstach. Die gesamte Familie, Freunde, und Bekannte im Kiez und die Freundinnen des ermordeten Mädchens sind meine Patienten. Es waren deshalb Haus-

besuche, zahlreiche Konsultationen und Abwimmelnungen der Medien zu erledigen, die mir aufgrund meiner persönlichen Betroffenheit sehr schwer fielen. Mir wurde bei dieser Gelegenheit bewusst, dass hinter jeder Medienmeldung exzessiver Gewalt auch ein betreuender Kollege steht.

Für die Opfer und Angehörigen sowie nichtärztliche Involvierte gibt es Notseelsorger, Ärzte, den Weißen Ring und andere Institutionen. Für Ärzte gibt es so etwas nicht. Ich habe den Eindruck, dass es für den ärztlichen Bereich sinnvoll wäre, eine Gruppe von Kollegen bereitzustellen, die z.B. über eine Telefon-Hotline in solchen Fällen konsultierbar sind. Ich bin an einem Austausch und Ideen interessiert und bitte um Rückmeldung.“

Kontakt unter d.sternberg@gmx.net oder unter Tel. 684 34 63 (Praxis)

Dengue-Fieber in Südostasien

Im Verlauf der vergangenen Jahre war in zahlreichen Regionen Südasiens eine Zunahme der Dengue-Fieber-Aktivität zu verzeichnen. Im Rahmen des internationalen Reiseverkehrs spiegelt sich dies auch in der Anzahl der nach Europa importierten Dengue-Fieber-Infektionen wider. Die Mehrzahl der diesjährig nach Deutschland importierten Fälle kam aus Südostasien (36 %), gefolgt von Indien (21 %) und Zentralamerika (11 %) (Quelle: SIMPID). Die Dengueviren gehören zur Gruppe der Flaviviren und werden üblicherweise durch infizierte Aedes-Moskitos von Mensch zu Mensch übertragen. Man unterscheidet vier Serotypen des Erregers (DEN-1 bis DEN-4). In hyperendemischen Gebieten wie Südostasien kann es zum Auftreten von Dengue-hämorrhagischem Fieber und Dengue-Schock-Syndrom kommen. Man nimmt an, dass dies nach Zweitinfektion mit einem heterologen Serotyp durch Bildung von Immunkomplexen und konsekutiver Störung der Gefäßpermeabilität verursacht wird.

Einer der stärksten Dengue-Fieber-Ausbrüche dieses Jahres wurde aus Indonesien gemeldet. Bereits Mitte Mai waren mehr als 58.000 Fälle registriert worden. Die Letalität lag mit 1,1 % jedoch deutlich niedriger als in den vergangenen Jahren. Die meisten Krankheitsfälle ereigneten sich in den Mona-

ten Januar bis März. Die am stärksten betroffenen Gebiete wie Jakarta, Bali und Nus Tenggara Timur werden derzeit noch intensiv durch die lokalen Gesundheitsbehörden überwacht. Der letzte große Dengue-Fieber-Ausbruch in Indonesien mit mehr als 70.000 Erkrankten und 1414 Todesfällen ereignete sich im Jahr 1998.

In Vietnam wurden bis Mitte September über 45.800 Fälle



von Dengue-Fieber registriert. Die Mehrzahl dieser Fälle wurde aus dem Süden des Landes, zum Beispiel aus den Provinzen Soc Trang, Bac Lieu und Ben Tre gemeldet. In den südlichen Provinzen wird die Vermehrung von Moskitos durch die klimatischen Verhältnisse begünstigt. Die Regierung hat inzwischen landesweite Maßnahmen zur Bekämpfung der Aedes-Moskitos eingeleitet. Aus Thailand wurden

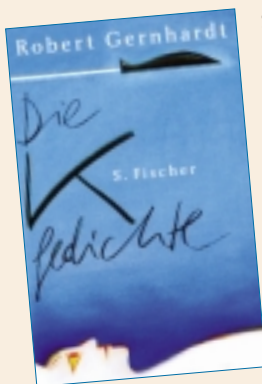
landesweit mehr als 22.400 Fälle gemeldet. Der Schwerpunkt der Erkrankungsaktivität liegt derzeit in den nordöstlichen Provinzen. Betroffen sind überwiegend Kinder im Alter zwischen 11 und 14 Jahren. Die Bevölkerung wurde dazu aufgerufen, bei Einsetzen von Fieber, Erbrechen und eventuell erhöhter Blutungsneigung unverzüglich den Arzt aufzusuchen.

In Singapur ist diesjährig mit über 3500 Neuinfektionen ein Anstieg um 26 % zu verzeichnen. Potenzielle Mückenbrutstätten innerhalb der Stadt waren bisher nicht in ausreichendem Maße beseitigt worden. Der einheimischen Bevölkerung wird die Beseitigung von Wasserreservoirs (Regentonnen, herumliegende Autoreifen o.ä.) im Wohnumfeld empfohlen. Touristen in Südostasien sollten sich ganztägig vor Mücken schützen.

Dr. med. Matthias Günther,
PD Dr. med. Tomas Jelinek

Das Tropeninstitut Berlin koordiniert das klinische Netzwerk „Surveillance importierter Infektionen in Deutschland (SIMPID)“, das auch eine Erfassung von Patienten mit Dengue-Fieber möglich macht (Informationen unter www.simpid.de und www.tropnet.net/publications/publications_index.html).

Buchtip



Schneiden und Leiden

Einer sagt: Wir müssen schneiden.
Einer weiß: Ich muß jetzt leiden.
Einer sagt: Jetzt kommt der Schnitt.
Einer denkt: Da machst was mit.
Einer hat was rausgeschnitten.
Einer hat nicht ausgelitten.
Einer ist der Scheidende.
Einer ist der Leidende.
Einer war der Schneidende.
Einer bleibt der Leidende.

Robert Gernhardt, aus: Die K-Gedichte

Der Schriftsteller Robert Gernhardt, bekannter Lyriker, Zeichner und Karikaturist aus Frankfurt am Main, hat seine eigene Krebserkrankung in Gedichten verarbeitet.

Sein Band „Die K-Gedichte“ erschien 2004 beim S. Fischer Verlag (ISBN 3-10-025507-0). Wir planen im Frühjahr eine Lesung mit ihm in Berlin.

Maxie Wander

...heißt die Schriftstellerin, deren Name im Feuilleton „Das Buch-Büchlein“ (Heft 11/2004) leider durch einen Übermittlungsfehler entstellt wurde. Eine Gelegenheit, ihre bewegenden Aufzeichnungen über die eigene Krebserkrankung und ihre Behandlung „Leben wär' eine prima Alternative“ nachdrücklich zu empfehlen. *R.St.*

Rente

Ärzteversorgung jetzt online

Die Berliner Ärzteversorgung ist seit Mitte Oktober mit einer eigenen Homepage im Netz. Unter www.vw-baev.de finden Sie erste Basisinformationen über Struktur, Trends und Mitgliederzahlen des Versorgungswerks und erste Kurzmeldungen zu wichtigen News. Das Angebot wird in den kommenden Monaten Zug um Zug erweitert.



Alterseinkünftegesetz

Versteuerung der Rente

Eine völlige Neuordnung bei der Besteuerung von Altersvorsorgebeiträgen bringt das neue Alterseinkünftegesetz mit sich, das zum 1. Januar 2005 in Kraft tritt.

Hierzu schickt die Berliner Ärzteversorgung ihren Mitgliedern derzeit umfassende Informationen als Rundschreiben zu. Parallel wird der Text auch ins Internet eingestellt. Sie finden ihn auf der Homepage der Berliner Ärzteversorgung unter www.vw-baev.de

Onkologie

Morack neuer Vorsitzender des Tumorzentrums

PD Dr. med. Günter Morack, der Chef der Frauenklinik des HELIOS-Klinikums Berlin-Buch ist neuer Vorsitzender des Berliner Tumorzentrums. Während seiner zweijährigen Amtszeit möchte er sich für die flächendeckende Umsetzung der gesetzlich vorgesehenen Meldepflicht von Krebserkrankungen und den Aufbau eines klinischen Krebsregisters mit einer vollständigen Verlaufsdokumentation engagieren. Moracks Stellvertreter im Amt ist Prof. Dr. med. Ernst Speth-Schwalbe vom Tumorzentrum am Klinikum Spandau.

Das Berliner Tumorzentrum ist der Dachverband der sieben regionalen Tumorzentren in Berlin. Es koordiniert Forschungsprojekte, veranstaltet interdisziplinäre Konsile zu Problemfällen und treibt den systematischen Aufbau klinischer Register voran. Zudem wird der Wissenstransfer gefördert, indem Informationen über wichtige Innovationen zusammengestellt und in die Aus- und Fortbildung eingebracht werden. Einmal im Monat findet eine Tumorkonferenz für niedergelassene Onkologen statt.

Herzinfarktregister

Berlin ist schnell

Bei der Versorgung des akuten Myokardinfarktes ist man in Berlin deutlich schneller als im übrigen Bundesgebiet. Grund dafür sind nicht nur die vergleichsweise kurzen Wege, auch das Berliner Notarztwagensystem, auf dem zu 70 % Internisten fahren – wirkt sich positiv aus. Das macht sich in kürzeren Prähospital-Zeiten bemerkbar: Im Bundesgebiet beginnt die Behandlung des Patienten im Schnitt nach 3,25 Stunden, in Berlin bereits nach 2,2 Stunden. 61 % der Infarktpatienten erhalten innerhalb von 3 Stunden eine Therapie, nur 12 % müssen länger als 12 Stunden warten. Dies einige erfreuliche Ergebnisse des Berliner Herzinfarktregisters, die am 17. November auf einem Symposium in der Ärztekammer Berlin vorgestellt wurden.

„Diese Zahlen könnten noch besser aussehen, wenn noch mehr Patienten mit Verdacht

auf Herzinfarkt gleich einen Notarztwagen rufen würden“, so Prof. Dr. Walter Thimme, Vorstandsvorsitzender des Herzinfarktregisters. Nur 46 % wählen nämlich bei den ersten Infarkt-symptomen die 112. Der Rest der Betroffenen geht zunächst zum Hausarzt oder fährt privat in die Klinik, wodurch wertvolle Zeit verloren geht.

Nachdenklich stimmt noch immer der große Mortalitätsunterschied bei Männern und Frauen mit akutem Myokardinfarkt. Nur 9 von 100 Berliner Männern, die mit Myokardinfarkt in die Klinik kommen, sterben daran, bei den Frauen sind es 19 von 100. Machte man dafür in der Vergangenheit vor allem das höhere Alter und die erhöhten Risikofaktoren der weiblichen Infarktpatienten verantwortlich, plädiert das Herzinfarktregister mittlerweile dafür, die Forschung zu intensivieren. Denn auch bei jüngeren Vergleichskohorten ist der Mortalitätsunterschied zwischen Männern und Frauen unverändert hoch. *SyGo*

Neue Mitglieder für die Ethikkommission der Ärztekammer Berlin gesucht

Die Ärztekammer Berlin sucht für die Erweiterung der bei ihr eingerichteten Ethik-Kommission qualifizierte Kammermitglieder der gängigen klinischen Fachrichtungen sowie der Fachrichtungen Biometrie und Pharmakologie. Es handelt sich um eine ehrenamtliche Tätigkeit, für die von der Ärztekammer eine Aufwandsentschädigung gezahlt wird.

Sie sollen als ärztliches Mitglied in einem Pharmaausschuss der Kommission am Verfahren der Bewertung der klinischen Prüfung von Arzneimitteln teilnehmen. Es handelt sich bei diesem Verfahren seit dem Inkrafttreten der 12. Novelle des Arzneimittelgesetzes (6. August 2004) um ein Verwaltungsverfahren, das mit einem von der Kommission zu erlassenden – rechtsverbindlichen – Verwaltungsakt abgeschlossen wird. Zur Gewährleistung der ordnungsgemäßen Durchführung dieses aufwändigen – der Ärztekammer vom Land Berlin übertragenen – Verwaltungsverfahrens wird die Neuberufung von Kommissionsmitgliedern und Vertretern erforderlich.

Der Zeitaufwand einer Mitarbeit in der Kommission beträgt etwa 10 – 15 Stunden monatlich, bestehend aus 1 - 2 abendlichen Sitzungen, vorbereitendem Studium der in der Regel englischsprachigen Akten sowie eventueller Telefonkonferenzen bei notwendigen ad-hoc-Absprachen oder -Entscheidungen. Da die Kommission ihre Entscheidungen zwingend innerhalb gesetzlich vorgeschriebener Fristen treffen muss, wird die zuverlässige Teilnahme an Sitzungen und telefonischen Zusammenkünften vorausgesetzt.

Die Berufung erfolgt auf Vorschlag des Vorstandes der Ärztekammer Berlin durch die zuständige Senatsverwaltung. Dem geht seitens der Ärztekammer Berlin ein persönliches Gespräch mit den Bewerbern voraus.

Bitte zeigen Sie Ihr Interesse an einer Mitarbeit in der Kommission schriftlich bei der Ärztekammer Berlin, Ethikkommission, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin an. Sie werden gebeten, Ihr Interesse an der Arbeit näher zu begründen und der Bewerbung ein Curriculum vitae sowie eine Erklärung darüber beizufügen, dass sie von Pharmaforschungsfirmen unabhängig sind und Ihre eigenen finanziellen Interessen insofern unberührt bleiben.

Tempelhof/Schöneberg

Gesundheitsamt bietet Newsletter

Die Kommunikation zwischen niedergelassenen Ärzten und Gesundheitsämtern will ein Projekt des Robert-Koch-Instituts weiter verbessern. Dazu bietet das für das Land Berlin beteiligte Gesundheitsamt Tempelhof-Schöneberg die Möglichkeit an, fach- und gruppenspezifisch, anlassbezogene und regionale Informationen aus dem Bereich Infektionsschutz an interessierte Ärzte in Form eines Mail-Newsletters zu versenden.

Vorgesehene Themen sind u.a.: Meldepflichtige Infektionskrankheiten, relevante regionale/überregionale Krank-

heitsausbrüche

sowie weitere

aktuelle Infor-

mationen. Inte-

ressierte senden

bitte eine Mail mit

dem Betreff „GA-Info“

an: epidem@lagetsi.verwalt-berlin.de.

Sie können dabei angeben, an welchen Informationen Sie speziell interessiert sind.

Rückfragen beantwortet Herr Schubert, erreichbar unter Tel. 7560-7356 oder per E-Mail:

hygiene@ba-temp.verwalt-berlin.de



Brustkrebsscreening
BERLINER ÄRZTE 8/2004

Anankastische Regelungswut

Vielen Dank für Ihre Beiträge zum Mammographiescreening. Dass Sie verschiedene Stimmen und Meinungen zu Wort haben kommen lassen, ist sehr verdienstvoll. Bemerkenswert finde ich, dass kein Beitrag auf die gegenwärtigen Bemühungen um die Einführung des Mammascreeblings in Deutschland eingegangen ist. Diese bedürfen aber einer breiten Diskussion, da die vorliegende Planung droht, ein bürokratisches, kleinkariertes und schlecht handhabbares Monster hervorzubringen.

Der von Krankenkassen und kassenärztlicher Bundesvereinigung ausgehandelte Plan sieht vor, in Bezirken geeigneter Größe einen so genannten programmverantwortlichen Arzt einzusetzen, der das Screening nach streng festgelegten Kriterien organisiert. Er erhält dafür einen Festbetrag pro untersuchter Frau und ein Monopol: Kein anderer darf in diesem Bezirk diese Untersuchung durchführen. Diese moderne Form des mittelalterlichen Lehens garantiert zwar einerseits den Rückfluss der nötigen, nicht unbeträchtlichen Investitionen, erzeugt aber andererseits einen Korpus von teilweise absurden Vorschriften, um die notwendige Qualitätssicherung und die gewünschte Akzeptanz in der Bevölkerung zu gewährleisten.

Der für das Screening von 100.000 bis 130.000 Frauen verantwortliche Arzt wird in einem Übermaß an Bürokratie und Konsensus-, präoperativen und postoperativen Fallkonferenzen sowie kollegialen Fachgesprächen, die peinlich zu protokollieren sind, ertrinken. Jeder Handschlag, jedes Gespräch sind zu dokumentieren, selbstverständlich muss jährlich einer höheren Stelle, der „Kooperationsgemeinschaft“, berichtet werden. Diese geradezu anankastische Regelungswut ergibt sich, weil andere Korrekturen in diesem System nicht möglich sind. Das für moderne Systeme und Gesellschaften typische Korrektiv, der Wettbewerb, wurde a priori ausgeschlossen.

Ähnlich kleinkariert und praxisfremd ist das so genannte Einladungswesen organisiert: Um das Menschenrecht Datenschutz zu gewährleisten, muss eine ominöse zentrale Stelle eingerichtet werden, welche von der Meldebehörde die Daten der zum Screening berechtigten Frauen erhält. Sie diktiert den Frauen den Ort und den Termin zur Mammographie, was ein heilloses Chaos garantiert, da eine Änderung nur durch diese Stelle möglich ist. Die Teilnahmequote wird dadurch erheblich beeinträchtigt werden.

Im Gegensatz zu dieser obrigkeitstaatlichen Kommandowirtschaft waltet rührende Zartheit des Herzens in der Bestimmung, Screening-Mammographien seien von diagnostischen Mammographien und anderen Röntgenuntersuchungen zeitlich oder räumlich zu trennen. Das gemeinsame Warten mit Kranken scheint man den zur Früherkennungsuntersuchung eingeladenen Frauen nicht zumuten zu können. Damit sind die

meisten Röntgenpraxen, aber auch die Röntgenabteilungen an den Krankenhäusern, von vornherein vom Screening ausgeschlossen.

Die engstirnigen Vorschriften und die engmaschige Kontrolle sind ein typisches Beispiel für die deutsche Misere: Alles muss erschöpfend reguliert werden, und, man ist weder bereit noch fähig, offene Systeme zu schaffen, die sich stufenweise und aus der Erfahrung lernend verbessern lassen. Dabei gibt es einfache Prinzipien, nach denen sich ein solches Screening organisieren ließe: Qualität durch Wettbewerb, Anknüpfen an bestehende Strukturen und, vor allem: Keep it simple! In einem Land, in dem fast jeder krankenversichert ist, kann das Einladungswesen von den Krankenversicherungen übernommen werden, indem beispielsweise Gutscheine an die Frauen im entsprechenden Alter verschickt werden.

Es ist völlig unverständlich, warum die niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen nicht in das Früherkennungsprogramm einbezogen sind. Einmal ist das Abtasten der Brust – das scheint irgendwie untergegangen zu sein – ein aussagekräftiges Instrument der Mammadiagnostik. Außerdem hätten die Frauen einen bereits vertrauten Ansprechpartner in dem Prozess von Screening und Abklärungsdiagnostik.

Es gibt viele Röntgeneinrichtungen zur Mammographie in Praxen und Klinken, die durch Ärztliche Stellen Röntgen an den Ärztekammern und durch die Kassenärztlichen Vereinigungen bereits qualitätskontrolliert sind, es gibt zahlreiche niedergelassene und in den Kliniken tätige Radiologen, die bereit sind, Screeningmammographien zu befunden und dafür an Einführungs- und Fortbildungskursen teilzunehmen. In Deutschland sind in den letzten Jahren zahlreiche Brustzentren aufgebaut worden, in denen die gewünschte Expertise in gynäkologischer Onkologie, Pathologie und Radiologie gebündelt ist. Eine solche Verzahnung von ambulantem und klinischem Bereich wäre eine gute Gelegenheit, die in Deutschland herrschende merkwürdige Abschottung dieser beiden Bereiche voneinander aufzuheben und Synergieeffekte und Kapazitätsreserven zu nutzen.

Michael Dietzel, 14089 Berlin

**Gesetzgeber zwingt Ärztekammer
in existenzielle Risiken**
BERLINER ÄRZTE 9/2004

... Was sitzen eigentlich für (freilich stellvertretende) Schlafmützen in unserer Kammer, die „nicht glauben konnten“, dass die Gesellschaft, vertreten durch die Politiker, sich ihrer eigenen ethischen Verantwortung bewusst entzieht und für ethisch-rechtliche Fragen bei Arzneimittelprüfungen die Ärzte mit allem verfügbaren Hab und Gut ggf. haftbar machen will? Und noch schlimmer, die Bundesärztekammer selber findet es in

Ordnung, ehrenamtlich arbeitende Mitglieder eines angeblich freien Berufs zu Behördentätigkeiten zu zwingen – da gefällt man sich wohl in der Rolle des großmächtigen Ethikers? Wie nett, die Basis nun endlich zu informieren, als ob man aus allen göttlichen Wolken fiele. Wann wachen die lieben Kollegen endlich auf aus dem Dornröschenschlaf der Überheblichkeit, der sie glauben macht, einziger Bewahrer und Retter von Moral und Ethik unserer Nation zu sein oder sein zu müssen oder gar sein zu können? Nicht zuletzt die berühmte „deutsche Geschichte“ hat doch bewiesen, dass auch die Ärzteschaft eben nicht in der Lage ist, diese Rolle zu übernehmen! (...)

Es ist allerhöchste Zeit, dass auch seitens der Kammern klargestellt wird, dass wir Geld- und GKV-Abhängigen, von unserer Zeit und Gesellschaft abhängigen Ärzte dem an uns gestellten Anspruch der besten medizinischen Versorgung nur noch für diejenigen gerecht werden können, die das nötige Kleingeld haben. Das ist hier so wie es überall auf der Welt auch ist, nur dass die Bevölkerung in anderen Teilen der Welt nicht so alberne Illusionen pflegt wie das hier getan wird. Und wenn wir Ärzte nicht weiter zahlen und womöglich geschleift und gehäutet werden wollen, dann müssen wir laut und deutlich einklagen, dass mehr als ein parteipolitisches BlaBla hinsichtlich der gesundheitlichen Absicherung aller Gesellschaftsschichten stattfinden muss. Auch wenn aus gutem Grund die Ärztekammern bisher immer die ethische Verpflichtung des Arztes öffentlich betont haben – eine Gesellschaft/ Politik die uns Ärzte erpresst, nötigt und offenbar kein Rechtsbewusstsein mehr hat, muss mit den Fakten, die sie schafft, auch klar konfrontiert werden. Eine überzogene Erwartungs- und Anspruchshaltung dürfen wir nicht noch verstärken. Gegen den Willen einer ganzen Nation (z.B.: Arzt = Verwalter des Geldes der GKV – lt. BGH-Urteil), kann die Ärzteschaft diese ihr ureigene Verpflichtung nicht erfüllen und ist m. E. ebenso verpflichtet (!) das auch öffentlich zu machen. Das ist eine ärztliche Aufklärungspflicht. Erst wenn die Deutschen einschließlich der Regierung bereit sind, in der Realität anzukommen und Verantwortung für sich selbst zu übernehmen, erst dann kann ein Konsens erreicht werden, damit Ärzte wieder die für erfolgreiches Heilen notwendige Rückendeckung in unserer Gesellschaft haben...

Elisabeth Krandick, 10555 Berlin

Wenn Frau Kollegin Krandick die für die neue Rechtslage verantwortlichen Politiker im Unterschied zum Vorstand der Ärztekammer Berlin schon immer so eingeschätzt hat („...uns Ärzte erpresst, nötigt und offenbar kein Rechtsbewusstsein mehr hat“), beneide ich sie um ihren Weitblick und bitte sie, politisch tätig zu werden. Aber „braves Nicken“ etc. kann man dem Vorstand der Ärztekammer und dem Verwaltungsausschuss der Berliner Ärzteversorgung nun wirklich nicht vorwerfen. Im Gegenteil: Wir waren die, die gegen die AMG-Novelle in der jetzigen Form als erste Widerstand leisteten und die alle, aber auch alle legalen Mittel eingesetzt haben und einsetzen werden, um die mögliche Gefährdung unserer Rentenrücklagen abzuwehren. Dies wurde ausführlich im Heft 9/2004 beschrieben. Aber bitte beachten Sie auch: Bis jetzt ist noch kein Schaden eingetreten und wir werden alles daransetzen, dass bis zum Richterspruch im angestrengten Prozess auch kein Schaden eintritt.

Entsprechend wurde von uns gehandelt (Personaleinstellung, Besetzung der Ethikkommission etc.). Warum wir davon ausgehen, dass nach Abschluss des laufenden Verfahrens das Thema erledigt ist und wie der Stand des Verfahrens ist, entnehmen Sie bitte dem Beitrag auf Seite 24, 25.

*Dr. med. Elmar Wille
Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der Berliner Ärzteversorgung*



Feilschen um jeden Tag

Auswirkungen der DRGs auf die Berliner Kliniken

Langsam wird es ernst für die Berliner Krankenhäuser. Ab dem 1. Januar 2005 werden die diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs) zur Finanzierung der Krankenhäuser Pflicht, obwohl das deutsche DRG-System nach Meinung vieler Experten noch längst nicht ausgereift ist. Damit weiter nachgebessert werden kann, streitet der Vermittlungsausschuss von Bundestag und Bundesrat darüber, die so genannte „Konvergenzphase“ um ein Jahr zu verlängern und die jährlichen Anpassungsschritte abzuflachen. BERLINER ÄRZTE hat nachgefragt, wie sich die DRG-Einführung in Berlins Krankenhäusern schon jetzt auswirkt.

Von Daniel Rühmkorf

Bevor die Preise in Berlins Kliniken alle gleich sind, muss noch viel passieren, denn die individuellen Basisfallwerte - derzeit die Berechnungsgröße, um die sich alle dreht - variieren beträchtlich. Die höchsten Kosten pro Fall weisen neben dem Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe die Universitätskliniken (3541 Euro) und der Vivantes-Konzern (3219 Euro) auf*. Am günstigsten liegt - wenn man die Privatkliniken außer Acht lässt - das Unfallkrankenhaus Berlin (UKB) mit 2480 Euro.

Es wird erwartet, dass Berlin im nächsten Jahr einen einheitlichen Basisfallwert von 2800 Euro erhalten wird. Das bedeutet für die „teuren“ Häuser, dass sie bis zum Ende der Konvergenzphase ihre Fallkosten zum Teil drastisch reduzieren müssen, um nicht weiter in finanzielle Schieflage zu geraten. Einer derjenigen, die diesen Sparkurs umsetzen sollen, ist PD Dr. Steffen Behrens. Behrens ist Klinikdirektor für Innere

Medizin (Kardiologie und konservative Intensivmedizin) am Vivantes-Humboldt-Klinikum. Er betont, dass es zu den DRGs keine Alternative gibt, denn die Einnahmeproblematik der Kranken-

kassen zwingt zum Sparen. Unter diesen Vorzeichen unterstützt er die Einführung der DRGs, da diese trotz der schwierigen Bedingungen Chancen böten: „Die deutschen Krankenhäuser stehen am Anfang eines Transformationsprozesses. Wir haben das Ziel, eine hohe Qualität auch unter Kostendruck zu gewährleisten.“

Wie hoch der Kostendruck in seinem Fach sein wird, rechnet Behrens an einem Beispiel vor: Ein 50-jähriger Patient mit Herzinfarkt, Ballondilatation und Stent, 2 Tage Intensivstation und 4 Tage Normalstation, brachte vor zwei Jahren einen Erlös von etwa 7500 Euro. Heute unter der DRG Ziffer F10Z erhält er dafür nur noch 6500 Euro, eine Entgeltminderung von 15 Prozent. Und der jet-

Die Einstiegsgröße: Der Basisfallwert

Bis Ende 2004 müssen alle Kliniken auf die Fallpauschalen-Abrechnung umgestellt haben. Grundlage ist neben den DRGs der „Basisfallwert“ als Multiplikator der jeweiligen Fallpauschale. Das Krankenhausentgeltgesetz, in dem die DRGs aufgeführt sind, sieht dabei zwei Arten von Basisfallwerten vor: den landesweiten und den krankenhausindividuellen. Der landesweite Basisfallwert wird erstmals im Jahr 2005 offiziell für jedes Bundesland vereinbart. Mit Abschluss der Budgetverhandlungen 2004 erhalten die Häuser einen krankenhausindividuellen Basisfallwert, der das „historische“ Kostenniveau des Hauses reflektiert. Er ist im DRG-System der „Preis“ für den Basisfall, der mit einer Bewertungsrelation von 1 bewertet wird. Der Wert in Euro errechnet sich aus dem Krankenhausbudget, das durch das entsprechende Leistungsvolumen (Case-Mix) dividiert wird. Er ist damit ein Indikator für die Wirtschaftlichkeit des einzelnen Krankenhauses. Ein überdurchschnittlich hoher Basisfallwert deutet darauf hin, dass das Krankenhaus pro Leistung ein höheres Budget benötigt als der Landesdurchschnitt.

Der krankenhausindividuelle Basisfallwert wird in der Konvergenzphase (2005-2008) auf den landesweiten Basisfallwert angepasst.

* http://www.krankenhaus-aok.de/mo2/mo2_05/, dort bitte die weiterführenden Links öffnen.



»Der Spardruck ist immens. Doch zu den DRGs gibt es meines Erachtens keine Alternative. Die Einnahmeprobleme der Kassen lassen uns keine Wahl.«

Steffen Behrens, Chefkardiologe am Vivantes Humboldt-Klinikum.

zige Erlös werde noch einmal um mehr als 10 Prozent sinken, wenn für Berlin ein einheitlicher Basisfallwert gilt. Behrens hält es trotzdem für möglich, die Behandlungsabläufe so zu gestalten, dass unterm Strich ein Gewinn für das Haus herauskommt. Um eine Kostenreduktion der stationären Behandlung erreichen zu können, so Behrens, müssen Behandlungsabläufe optimiert werden.

Deshalb ist seine Abteilung federführend für die Pilot-Phase zur Einführung von Behandlungspfaden in der Kardiologie. Jeder Pfad gibt pro Behandlungstag klare Arbeitsschritte vor, die von den Mitarbeitern abgearbeitet werden. Auf diese Weise ergeben sich transparente Strukturen, an denen sich Ärzte, Pflegekräfte und Patienten orientieren können. Entwickelt wurden die drei Behandlungspfade unter Berücksichtigung nationaler und internationaler Leitlinien sowie den Erfahrungen der beteiligten Abteilungen. Da sie in die bestehenden Patientenbögen eingearbeitet und in bisherige Arbeitsabläufe integriert wurden, haben die Mitarbeiter das System gut akzeptiert, so Behrens.

Lernendes System

Die DRGs bilden ein lernendes System, das sich in den kommenden Jahren noch weiter anpassen muss. Nur durch

konstruktive Mitarbeit, sagt Behrens, könnten die weiterhin bestehenden Mängel behoben werden. Dabei werde sich auch zeigen, ob alle Fälle über Fallpauschalen abrechenbar sind. Solch eine Einstellung dürfte ganz im Sinne des Staatssekretärs für Gesundheit des Landes Berlin, Dr. Hermann Schulte-Sasse, sein. „Mit dem Fallpauschalengesetz ist in der Bundesrepublik zum ersten Mal ein Gesetz entstanden, das eine dynamische Entwicklung ermöglicht“, lobt der Staatssekretär. „Bereits zweimal wurde der DRG-Katalog angepasst, Probleme werden offen diskutiert und im Verlauf korrigiert.

Das dafür verantwortliche Institut für das Erlössystem im Krankenhaus (InEK GmbH) leiste dabei hervorragende Arbeit. Das Institut unterstützt die Vertragspartner der Selbstverwaltung bei der kontinuierlichen Weiterentwicklung des DRG-Systems auf der Grundlage des § 17 b KHG. Die beim InEK ausgewerteten Datensätze dienen dazu, Fehlsteuerungen zu erkennen und zu beheben. Dass Änderungen möglich sind, zeigt der DRG-Katalog für 2005, der erstmals von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und Krankenhäusern gemeinsam verabschiedet wurde.

In der Geriatrie hat das dazu geführt, dass im neuen Katalog insgesamt 15 geriatrische DRGs aufgeführt sind. Der Klinikdirektor für Geriatrie am Vivantes-Wenckebach-Klinikum, Dr. Dr. Claus Köppel, ist darüber erleichtert. „Die Geriatrie hat mit der neu geschaffenen OPS-Prozedur 8-550 (Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung) die Möglichkeit, ihre Patienten in drei verschiedenen Zeittaktungen zu betreuen. Insofern führt eine längere Verweildauer auch zu einem höheren Erlös.“ Der Druck zur schnellen Entlassung sei damit in der Geriatrie vergleichsweise gering. Aber Köppel erinnert auch daran, dass das Jahr 2004 noch budgetneutral verläuft: „Zum jetzigen Zeitpunkt sind die DRGs

»Unter den DRGs werden Überkapazitäten durch Liegezeitverkürzungen sichtbar, die wir unter den tagesgleichen Pflegesätzen nicht erkennen konnten.«

Dr. Hermann Schulte-Sasse,
Berlins Staatssekretär für
Gesundheit.



noch nicht das beinhardt Geschäft, bei dem um jede Stunde Aufenthalt in der Klinik gefeilscht werden muss.“

Korridor versus Pfad

Matthias Albrecht ist Medizincontroller der Elisabeth-Klinik und Qualitätsmanager beim Verein zur Errichtung Evangelischer Krankenhäuser. Er muss seine Häuser auf die Fallpauschalen vorbereiten und gleichzeitig die Arbeitsabläufe optimieren. „Verbesserte Abläufe kommen sowohl dem Haus, den Angestellten als auch den Patienten zugute. Insofern nutzt die Entwicklung von Behandlungskorridoren allen Beteiligten.“

Albrecht spricht nicht von Behandlungspfaden, sondern von „Korridoren“. Das unterstreiche die Entscheidungsmöglichkeiten des verantwortlichen Arztes und mache ihn nicht zu einem reinen Befehlsempfänger einer festgelegten Kochbuchmedizin. Aber die DRGs beeinflussen die ärztlichen Möglichkeiten dennoch. Insbesondere die Innere Medizin müsse erst noch lernen, sich dem Denkmuster der Haupt- und Nebendiagnosen zu unterwerfen. Während zu Zeiten der tagesgleichen Pflegesätze noch eine weitergehende Diagnostik möglich war, können Patienten heute nur noch hinsichtlich ihrer Hauptdiagnose behandelt werden. Konnten früher weitere Beschwerden oder auffällige Laborwerte überprüft und Konsile veranlasst werden, so sind die Ärzte heute angehalten, die Hauptdiagnose zu behandeln und die weitere Therapie den ambulanten Kollegen zu überlassen.

Nachsorge bitte ambulant

Medizincontroller Albrecht sieht die DRGs als Katalysatoren eines überfälligen Umstrukturierungsprozesses. Aber es gibt auch viele Fehlanreize. So befürchtet er, durch die Ausrichtung auf die Hauptdiagnose eine „fraktionierte Behandlung“: Multimorbide Patienten werden für jede Diagnose separat auf-



»Vielen Kollegen fällt es schwer, nur noch strikt die Hauptdiagnose zu behandeln und alles andere aus wirtschaftlichen Gründen beiseite zu schieben. Die Behandlung von Nebendiagnosen muss konsequent in den ambulanten Bereich verlagert werden oder erfordert eine Neueinweisung. So ein Vorgehen widerstrebt vielen zutiefst.«

Dr. med. Matthias Albrecht,
Medizincontroller beim Verein
zur Errichtung Evangelischer
Krankenhäuser.

genommen und mit jeweils einer eigenen Fallpauschale abgerechnet. Während bisher Patienten mit blutenden Magenulkus und erfolgreicher Gastroskopie stationär überwacht wurden und vor der Entlassung eine Kontroll-Gastroskopie stattfand, müsse man heute die Patienten mit der Empfehlung entlassen, nach zwei Wochen diese Untersuchung ambulant durchführen zu lassen, kritisiert Albrecht. Diese finde dann oftmals nicht statt.

Problematisch wird es auch für die operativen Fächer, wenn sich eine vermeintliche Appendizitis als Ovarialzyste herausstellen sollte. Für die Elisabeth-Klinik wäre eine gynäkologische Fallpauschale, die sich aus einem chirurgischen Eingriff ergibt, ohne eine entsprechende Abteilung nicht möglich. Ebenfalls schwierig sind die Fälle, in denen der Patient unter „Verdacht auf ...“ stationär behandelt wird. Am Ende einer aufwändigen Diagnostik kann es dann sein, dass sich nichts DRG-Erträgliches feststellen lässt – fatal für jedes Haus.

Kodieren als Schlüssel-Know-how

In den meisten Häusern erledigen die ärztlichen Mitarbeiter die Dokumentationsaufgaben. Die Stationsärzte kodieren die Haupt- und Nebendiag-

nosen nach ICD-10, die OPS-301-Prozeduren und die Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Die einzelnen DRGs werden durch die Stationsärzte verschlüsselt, die Oberärzte geben die DRGs dann für die Abrechnung frei. Diagnosen und Prozeduren werden mit Hilfe des Groupers in DRGs übertragen und die Ergebnisse durch das Controlling überprüft. Kliniken können nur dann adäquate Erlöse erzielen, wenn neben der Hauptdiagnose alle Nebendiagnosen und Prozeduren erfasst werden. Wie hoch die Kodierqualität der einzelnen Mitarbeiter ist, hängt dabei maßgeblich von der Schulung, der Kliniksoftware und der weiteren Arbeitsbelastung ab.

Gerade in kleinen Krankenhäusern kann es schon mal schwierig werden, alle Ärzte optimal vorzubereiten. Petra Hoffman (Name von der Redaktion geändert), eine 32-jährige Assistenzärztin in der Inneren Medizin eines kleineren Berliner Krankenhauses, beklagt, dass es keine Informationen darüber gäbe, wie sie eigentlich verschlüsseln soll. Behandlungspfade, wie sie das Humboldt-Klinikum oder die Elisabeth-Klinik kennen, sind in ihrem Haus nicht einmal ansatzweise erarbeitet. Stattdessen werden Patienten immer wieder Hals über Kopf nach der Chefarztvisite entlassen. Die „Spontan-

entlassungen“ des Chefarztes seien dabei oftmals weder für Patienten noch für die Assistenten nachvollziehbar, beklagt Hoffmann.

Um die Ärzte zu entlasten, haben viele Häuser Medizinische Dokumentationsassistenten (MDA) eingestellt oder aus dem eigenen Personalüberhang ausgebildet. So wird in Kürze im Humboldt-Klinikum erprobt, ob Dokumentationsassistenten die Kodierqualität verbessern, die Ärzte entlasten und gleichzeitig Kosten sparen können. Auch die Charité plant, 120 Medizinische Dokumentationsassistenten einzustellen, damit jeder Station eine Fachkraft zugeordnet werden kann.

Schnellere Behandlung – „weniger Arzt“

„Der Verwaltungsaufwand ist enorm. Der deutsche Überperfektionismusanspruch mit dem Willen, 100 Prozent der Krankenhausleistungen abzubilden, wird dem System nicht gerecht“ ärgert sich Köppel. Das führe dazu, dass der Arzt dem Patienten entzogen werde. „Beim Patienten kommt weniger Arzt an“. Bei diesem riesenhaften

Experiment sei absehbar gewesen, dass die reibungslose Umsetzung nicht funktioniere. Wer jetzt noch in den Kliniken arbeite, so der Oberarzt der Chirurgie und Betriebsrat im Vivantes-Humboldt-Klinikum, Dr. Wolfgang Albers, müsse in immer kürzeren Takungen seine Patienten durch den Krankenhausbetrieb schleusen. Der gesamte Organisationsablauf orientiere sich nur noch daran, den Patienten schnellstmöglich wieder aus dem Krankenhaus zu entlassen. Zeit für eine persönliche Zuwendung zum Patienten bleibe dabei auf der Strecke.

Doch die Umstrukturierung der Arbeitsabläufe werde, so der Vorsitzende des Vivantes-Betriebsrates, Moritz Naujack, nur bedingt die Kosten reduzieren können. Stellenabbau heißt deshalb die Lösung. Für Vivantes bedeutet die Umstellung auf die DRGs, dass innerhalb der nächsten vier Jahre die Kosten um 180 Millionen Euro gesenkt werden müssen, um vom jetzt geltenden Krankenhausindividuellen Basiswert von 3219 Euro auf den angepeilten Berliner Basiswert von 2800 Euro zu kommen. Wurden seit Gründung des Unternehmens bereits 4600 Stellen abgebaut, so müssen in den kommenden Jahren

nochmals 1350 Vollkräfte abgebaut werden. Nur durch den Verzicht auf Weihnachts- und Urlaubsgeld, so Naujack, konnte der Kündigungsschutz bis zum Jahr 2010 verlängert werden. Allerdings greift diese Vereinbarung nicht bei befristeten Stellen.

Wettlauf im OP

Naujack weist darauf hin, dass es im ärztlichen Bereich zu einem massiven Interessenskonflikt kommen werde: Einerseits sollen junge Ärzte zum Facharzt ausgebildet werden, andererseits ist es aus ökonomischer Sicht besser, nur Fachärzte zu beschäftigen, die für die anfallenden Arbeiten wesentlich weniger Zeit benötigen. Unter diesem Aspekt drohe die Facharztweiterbildung zurückgefahren zu werden.

Albers teilt die Befürchtung, dass sich die Facharztweiterbildung „negativ“ auf eine Klinik auswirken könne. Das „Benchmarking“ diene als Vergleichsinstrument, um bei den Besten lernen zu können. „Aber“, wendet Albers ein, „ist denn die Schnitt-Naht-Zeit wirklich objektiv, um die bestmögliche Ausnutzung eines OP-Saals zu ermitteln? Wenn beispielsweise eine Klinik die Galle in 60 Minuten entfernt und eine andere 80 Minuten benötigt, muss die zweite Klinik nicht zwangsläufig unzureichende Leistungen erbringen.“ Vielleicht dürfen ja gerade dort viele Weiterbildungsassistenten unter Aufsicht operieren, was dann zu längeren OP-Zeiten führe.

Schwierige Konvergenzphase

Noch ist das DRG-System nicht ausgereift. Deshalb werden die DRGs langsam „scharf gestellt“. Während der Konvergenzphase 2005 bis 2007/8 (hierüber wird noch gestritten) ist das Gesamtbudget gedeckelt. Das hieße, dass es bei einer erwarteten Vermeh-





»Die DRGs bedrohen die Facharztweiterbildung. Wenn nur noch die Schnitt-Naht Zeit zählt, wird sich kaum noch jemand leisten wollen, Weiterbildungsassistenten unter Aufsicht operieren zu lassen. Doch wo soll der Nachwuchs bitte herkommen, wenn aus wirtschaftlichen Gründen Wissensweitergabe zum Luxus wird?«

Wolfgang Albers, Oberarzt
der Chirurgie am
Vivantes-Humboldt-Klinikum

rung der Fallzahlen zu einer Absenkung der Basisrate kommt. Dr. Almut Tempka, unfallchirurgische Oberärztin an der Charité (Campus Virchow), sieht deshalb schon ähnliche Fehlanreize auf den stationären Sektor zukommen wie ihn die Niedergelassenen seit Jahren kennen: Durch gedeckelte Budgets werde es zum Hamsterradeffekt kommen, die Preise verfallen und die wirtschaftlich schwächeren Anbieter werden vom Markt gedrängt. Das Problem sieht auch PD Dr. Hagen Kühn, der Leiter der Arbeitsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin. Er begleitet die Auswirkungen des DRG-Systems in einer sozialwissenschaftlichen Längsschnittanalyse. Kühn sieht in der geplanten Deckelung einen Verstoß gegen die DRG-Logik der kalkulierten Preise. Auch wenn es zu einem Basefallwert-Verfall aufgrund steigender Fallzahlen komme, müssten die Erlöse für die Kliniken kalkulierbar bleiben.

Verschiebungen in den ambulanten Bereich

Berlins neue KV-Vorsitzende, die Allgemeinärztin Dr. Angelika Pohn, begrüßt, dass bestimmte Operationen in den ambulanten Bereich verlagert oder Pa-

tienten schneller aus dem Krankenhaus entlassen werden. Allerdings kämen dadurch neue Probleme auf den ambulanten Bereich zu. „Der eigentliche Genesungsprozess des Patienten wird durch die neuen Fallpauschalen nicht beschleunigt“, sagt sie. „Insbesondere nach der Entlassung müssen die Patienten intensiv durch Sozialstationen, Physiotherapeuten und niedergelassenen Ärzte versorgt werden.“ Es sei sicher im Interesse der Krankenhäuser, an jedem Tag der Woche zu entlassen.

»Die schnelle Entlassung aus der Klinik verlagert Leistungsbedarf in den ambulanten Bereich. Das macht sich auch beim Arzneimittelbudget bemerkbar. Dieser Verlagerung muss Geld folgen, denn der eigentliche Genesungsprozess des Patienten wird durch die neuen Fallpauschalen nun mal nicht beschleunigt.«

Dr. med. Angelika Pohn,
KV-Vorsitzende Berlin

Man müsse sich dann aber auch darüber Gedanken machen, wie an Wochenenden Hausbesuche und Apothekengänge organisiert werden sollen. Wenn Krankenhäuser durch die Verkürzung der Liegezeiten Geld sparen, werde die Behandlung des Patienten nicht in dem Maße billiger, wie das Krankenhaus an Gewinn erwirtschaften kann – ein Teil der Kosten wird auf den ambulanten Sektor verlagert. Eine Umverteilung zwischen den Sektoren, so Pohn, sei deshalb dringend erforderlich. Auch das Arzneimittelbudget werde strapaziert. Pohn nennt ein Beispiel: Allein für die postoperative Thromboseprophylaxe fallen bei 10 Heparin-Injektionen 140 Euro Kosten an.

Kühn sieht deshalb als vorrangiges Ziel für das deutsche Gesundheitswesen, die sektorale Budgetierung zu überwinden und alle Leistungen aus einem Topf zu finanzieren. Eine Fallpauschale sei erst dann komplett, wenn sie alle Leistungen, ambulante wie stationäre, einschließe. Doch ein System, mit dem so etwas bei wirtschaftlich getrennten Leistungsanbietern zu schaffen ist, muss erst noch erfunden werden.

Verfasser:

Dr. med. Daniel Rühmkorf
Freier Medizinerjournalist/Berlin



Leichte Unterfinanzierung

Bericht von der Delegiertenversammlung am 10. November 2004

Das klassische Herbst-Thema, die Diskussion über den kommenden Wirtschaftsplan, dominierte die November-Sitzung der Delegiertenversammlung. Zudem nahmen die Delegierten den geprüften Jahresabschluss 2003 zur Kenntnis und verabschiedeten ein Statut zum Thema „Ombudsmann“.

Von Sybille Golkowski

Einstimmig verabschiedete die Delegiertenversammlung den Haushalt 2005 in einem Volumen von rund 9,4 Millionen Euro. Wichtigste Botschaft dabei: Es gelang trotz vieler neuer Aufgaben durch gesetzliche Vorgaben (AMG-Novelle, Health Professional Card, Verpflichtung zum Fortbildungsnachweis nach Gesundheitsmodernisierungsgesetz), den Stellenplan konstant zu halten. Auch die Beitragssätze bleiben unverändert. Die seit einigen Jahren bestehende Haushaltsunterdeckung geht von 1,5 Mio. € im Plan für 2004 auf nun 350.000 € zurück. Diesen Betrag muss die Kammer im Jahr 2005 aus den Rücklagen nehmen, um ihre Ausgaben komplett gegenzufinanzieren. Dies entspricht jedoch auch den langfristigen Planungen, die ab 2008 wieder einen ausgeglichenen Haushalt vorsehen.

Ausschlaggebend für die Unterfinanzierung in 2004 war der Neubau der Bundesärztekammer, für den die Berliner Kammer einen Anteil von insgesamt

einer Million Euro einplante. Glücklicherweise ist dieser geringer ausgefallen, erläuterte der Kaufmännische Leiter der Ärztekammer Berlin, Christian Beierer. Die Bundesärztekammer konnte die Baukosten zu einem großen Teil aus Ausschüttungen des Deutschen Ärzteverbandes decken, so dass Berlin nun nur noch 767.000 € für den Bau am S-Bahnhof Tiergarten locker machen muss. Doch wo spart die Kammer in 2005 und wo nimmt sie mehr ein? Beierer erläuterte die wichtigsten Änderungen:

1 Mio. € weniger – im Vergleich zum Plan 2004 – gibt die Kammer künftig durch den erwähnten Wegfall der Bauumlage der Bundesärztekammer aus. 166.000 € entfallen gegenüber dem Vorjahr durch die Beendigung des Projektes Clearingstelle in der Methadon-Substitution, wodurch allerdings auch Senatszuwendungen von 150.000 € hierfür entfallen. Darüber hinaus spart die Kammer bei einigen kleineren Positionen, wie zum Beispiel den Portokosten und den



Reisekosten. Etwas zurückgefahren wird – mangels Nachfrage – auch der „Solidaritätsfonds“ (von 25.000 auf 15.000 €), der nach der Wende zur Unterstützung bedürftiger Ärzte eingerichtet wurde und inzwischen nicht mehr in dem Maße wie früher genutzt wird.

Wachsende Aufgaben

Doch auch Mehrausgaben sind zu verzeichnen. Die Aufwendungen für die überbetriebliche Ausbildung von Arztshelferinnen steigen in dem Umfang an, wie das mit Einführung dieser Maßnahme von der Delegiertenversammlung im Jahr 2002 langfristig beschlossen wurde. Die Aufwendungen für Weiterbildungsprüfungen sind aufgrund der neuen Weiterbildungsordnung um 50.000 € höher geplant. In den letzten Jahren hielt man sich wegen des Umzuges in den Neubau mit EDV-Anschaffungen zurück und hat hierzu im nächsten Jahr erheblichen Mehrbedarf. Zusätzlich machen sich mit 30.000 € Beratungskosten die Vorarbeiten zum Elektronischen Arztausweis (Health Professional Card) bemerkbar, den die Politik ab 2006 realisiert wissen will. Für die Landesärztekammern ist die kleine bunte Karte mit erheblichem Vorbereitungsaufwand verbunden, zudem müssen verschiedene Daten von Mitgliedern neu erhoben werden. Auch die Sicherheitsstandards, die der neue Arztausweis erfüllen muss, sind teuer. Der Deutsche Ärztetag, der im nächsten Jahr in Berlin stattfinden wird, schlägt

mit 70.000 € für die gastgebende Kammer Berlin (kulturelles Begleitprogramm, Eröffnungsveranstaltung) zu Buche.

Beitragsschätzungen bringen Mehreinnahmen

Beim Beitragsaufkommen wird mit etwa 600.000 € Mehreinnahmen gerechnet. Was viele Ärzte wundern wird, hat folgenden Grund: Wie bereits einmal im Jahr 2000 hat die Kammer auch 2004 eine so genannte „Nachweisaktion“ durchgeführt, berichtete Schatzmeister Rudolf Fitzner (Liste Allianz). Bei Ärzten, die über mehrere Jahre die erzielten Einkünfte nicht durch einen Einkommensteuerbescheid belegten, wurden diese geschätzt. Für etwa 2500 Kammermitglieder wurden die Beiträge in diesem Verfahren neu festgesetzt, wodurch das Beitragsniveau anstieg. Das Verfahren wird jetzt in den Routinebetrieb übernommen, so dass die korrekte Beitragshöhe zügiger als zuvor feststeht.

Deutliche Mehreinnahmen wird es auch bei den Gebühren der Ethik-Kommission (180.000 € plus) geben. Dem stehen jedoch auch höhere Aufwendungen entgegen, die durch neue gesetzliche Aufgaben (AMG-Novelle) verursacht wurden. Die Kammer musste sich deshalb auf eine Höherversicherung der Mitglieder der Ethikkommission einstellen, die Aufwandsentschädigung der Kommissionsmitglieder erhöhen und zwei neue Sachbearbeiterstellen einrichten.

Ergänzend zu Beierers und Fitzners Ausführungen berichtete der Vorsitzende der Haushaltskommission, Reinhold Grün (Fraktion Gesundheit), vom zustimmenden Votum seines Gremiums. Grün betonte jedoch die Bitte der Haus-

haltskommission an den Vorstand, zu prüfen, wie die mit der AMG-Novelle verbundenen Haftungsrisiken von der Kammer abgewendet werden können.

Bilanz und Ergebnisrechnung 2003 geprüft

Auch der Jahresabschluss 2003 wurde einstimmig zur Kenntnis genommen. Dr. Peter Heinemann von der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft BDO stellte ihn vor. Erstmals in der Geschichte der Kammer war ein Wirtschaftsprüfer vom Landesrechnungshof und nicht von der Kammer selbst ausgesucht worden. Aber auch BDO beanstandete nichts und versah den Jahresabschluss der Kammer mit einem uneingeschränkten Prüfvermerk.

Kammergesetznovelle in Arbeit

An den Vorstand überwiesen wurde eine Tischvorlage der Fraktion Gesundheit, die sich mit dem Thema „Haftungsrisiken durch die AMG-Novelle“ beschäftigte. Wie berichtet, ist eine Änderung des Berliner Kammergesetzes durch das Berliner Abgeordnetenhaus erforderlich, um eine Vermögensabtrennung des Rentenversorgungswerks vom Kammerhaushalt auch institutionell vornehmen zu können. Dies wäre erforderlich, um Haftungsrisiken aus dem neuen Aufgabenzuschnitt der kammereigenen Ethikkommission nicht auf die Ärzterenten durchschlagen zu lassen (wir berichteten). In der Tischvorlage, vorgestellt von Eva Müller-Dannecker (Fraktion Gesundheit), wurde ein entsprechender Formulierungsvorschlag unterbreitet, den der Vorstand bei der Senatsgesundheitsverwaltung einreichen soll. Nach kurzer Diskussion überzeugte Vizepräsident

Elmar Wille (Liste Allianz). „Damit rennen Sie bei uns offene Türen ein“ versicherte er und berichtete von den bereits seit Monaten hinter den Kulissen laufenden Arbeiten der Kammer an einer juristisch wasserdichten Überarbeitung des Kammergesetzes. Leider seien, so Wille, nicht nur die von der Fraktion Gesundheit zur Änderung vorgeschlagenen Paragraphen des Gesetzes zu ändern, sondern die Sache stelle sich juristisch komplizierter dar. „Wir sollten uns auf das stützen, was die von uns beauftragten Experten ausgearbeitet haben, sagte Wille, zudem seien bei einer Kammergesetznovelle auch die Wünsche anderer Heilberufskammern mit ins Kalkül zu nehmen.

Statut für Ombudsmann beschlossen

Zur künftigen Institution eines Ombudsmanns als Ansprechpartner für Probleme rund um die Weiterbildung verabschiedeten die Delegierten ein Statut. Die Vorlage der Fraktion Gesundheit wurde mit 27 ja-Stimmen, 2 Enthaltungen und zahlreichen Gegenstimmen angenommen. Es regelt die Tätigkeit des Ombudsmanns (oder der Ombudsfrau) und dessen Einsichts- und Informationsrechte. Künftig wird diese/r über ein Recht zur Akteneinsicht verfügen und einen jährlichen schriftlichen Bericht vorlegen. Grundsätzlich hat das Amt – auch der Kammer gegenüber – vertraulichen Charakter, wenn der Rat-suchende nichts anderes wünscht, heißt es in dem Statut. Der formale Rahmen, in dem der Ombudsmann künftig agieren kann, steht damit fest, allerdings wurde bislang noch kein Kandidat in die Diskussion gebracht. SyGo

Weiterbildungsassistenten – angemessen vergütet?

Ärzte dürfen nur zu angemessenen Bedingungen beschäftigt werden. So steht es in § 19 (2) der Berufsordnung. Darunter ist unter anderen eine angemessene Vergütung zu verstehen. Vor allem im ambulanten Bereich ist sie schwer zu definieren.

Bei einer Anstellung im Krankenhaus sind die Verhältnisse relativ einfach zu beschreiben. Hier ist der Tarifvertrag (BAT, AVR, Haustarifvertrag) bindend. Von diesem darf für den Assistenten in der Weiterbildung nach unten nur unwesentlich abgewichen werden. Die Weiterbildungsordnung verlangt in § 4 (6) eine angemessene Vergütung für die Anrechnungsfähigkeit von Weiterbildungszeiten. Die Berufsordnung geht noch weiter: nach § 29 (2) „ist es berufsunwürdig, in unlauterer Weise einen Kollegen ohne angemessene Vergütung oder unentgeltlich zu beschäftigen oder eine solche Beschäftigung zu bewirken, oder zu dulden“. Die angemessene Vergütung nach Tarifvertrag sichert dem Assistenten die Anrechnungsfähigkeit seiner Weiterbildungszeit und schützt ihn vor Ausbeutung.

Im stationären Bereich also überschaubare Verhältnisse. Aber wie sieht die angemessene Vergütung im ambulanten, im Vertragsarztbereich aus? Insbesondere im Gebiet Allgemeinmedizin wird hier ein Großteil der Weiterbildung als Vorbereitung auf die hausärztliche Tätigkeit abgeleistet. Niedergelassene Ärzte sind als Arbeitgeber nicht an Tarifvertragsrecht gebunden. Wie bemisst sich aber die angemessene Vergütung?

Zu Recht fordern Weiterbildungsassistenten in den Praxen eine Vergütung ihrer Tätigkeit in Anlehnung an den BAT. Mit dem gleichen Recht verlangen auch die Vertragsärzte eine angemessene Vergütung ihrer Leistungen. Angemessen wäre eine vertragsärztliche Vergütung, die die Kosten einer sparsam und wirtschaftlich geführten, voll ausgelasteten Praxis decken und einen „Arztlohn“ übriglassen, der etwa einem durchschnittlichen Oberarztgehalt nach

der Berechnungsmethode entspricht, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung seit 1996 dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab angeblich zugrunde legt. Tatsächlich beträgt die vertragsärztliche Vergütung aber häufig nicht einmal die Hälfte des angemessenen Betrages – abzulesen am ausgezahlten Punktwert.

Ist eine angemessene Vergütung nicht einklagbar? Leider nein. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität eine verbindliche rechtliche Obergrenze für Vergütungsvereinbarungen und hat Vorrang gegenüber anderen Vergütungskriterien. Aus der Sicht des BSG ist der gesetzlich verbrieft Anspruch der niedergelassenen Ärzte auf eine angemessene Vergütung eine in der Verhandlungspraxis zwischen KVen und Krankenkassen zu vernachlässigende Größe. Das BSG versteht sich hier nicht primär als Rechtsschutzinstitution für die betroffenen Vertragsärzte, sondern meint das Gesamtsystem der gesetzlichen Krankenversicherung schützen zu müssen.

So hatte knapp die Hälfte der niedergelassenen Ärzte in Berlin im Jahr 2003 ein Einkommen vor Steuern und Sozialabgaben von unter 5.100 € (West) und 4.250 € (Ost) pro Monat, 21 % der Niedergelassenen erwirtschafteten weniger als 2.550 € (West) und 2.125 € (Ost). Diese Zahlen sind belegt durch die Einkommensteuerbescheide, die der Ärzteversorgung vorliegen. Vor diesem Hintergrund muss auch die angemessene Vergütung des Weiterbildungsassistenten in der Praxis gesehen werden.

Eine angemessene Vergütung eines WB-Assistenten war bis Mitte 1997 unter den Bedingungen der Einzel-

leistungsvergütung kein wesentliches Problem. Doch mit der Einführung von arztgruppenbezogenen, fallzahlabhängigen Praxisbudgets war die Möglichkeit genommen, dass der Assistent sein Gehalt selbst erwirtschaftet. Die Folge war, dass die Weiterbildung insbesondere im Gebiet der Allgemeinmedizin zusammenbrach. Dies merkte auch der Gesetzgeber und legte 1998 ein „Initiativprogramm zur Sicherstellung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin“ auf. Seit 1999 wird die Weiterbildung mit 2040 € monatlich gefördert, die hälftig von Kassen und KVen aufgebracht werden.

Obwohl die Fördersumme von 2040 € von der Ärztekammer Berlin als angemessene Vergütung akzeptiert wird, bleibt zu fragen, ob diese Summe streng genommen wirklich eine „angemessene“ Vergütung für einen approbierten Arzt ist, der sich in der Weiterbildung zum Hausarzt befindet? Die Antwort lautet schlicht: nein. Sie ist so wenig angemessen wie in der Regel die Vergütung seines Arbeitgebers, des Weiterbilders selbst. Wie oben ausgeführt, liegt dessen „Arztgehalt“ überwiegend unter einem durchschnittlichen Oberarztgehalt.

Aber es gibt Ausnahmen. Führt der Weiterbilder eine überdurchschnittlich große Praxis, dann ist zu vermuten, dass die wirtschaftliche Situation ein höheres Gehalt ermöglicht. In diesem Fall wäre die Abführung nur der Fördersumme an den Assistenten keine angemessene Vergütung im Sinne der Berufsordnung. An dieser Stelle sei noch einmal klar gestellt, dass die Fördersumme in voller Höhe an den Assistenten ausgezahlt werden muss. Auf jeden Fall hat der Arbeitgeber seinen Anteil an den Sozialabgaben zu leisten. Wer dagegen verstößt, verliert seine Weiterbildungsbefugnis.

Nach all diesen wirtschaftlichen und rechtlichen Überlegungen sei noch hinzugefügt: Die Weiterbildung und Förderung unseres ärztlichen Nachwuchses ist unsere schönste und vornehmste Pflicht. Wissen und Fertigkeiten an die nächste Generation weiterzugeben

(und dies auch über die Ärztekammer organisatorisch zu unterstützen) ist unsere Aufgabe. Daraus ein Geschäft zu machen ist unärztlich. Eine Gesellschaft aber, die die Bedingungen für ärztliche

Weiterbildung schlecht organisiert, darf sich nicht wundern, wenn ihr die Ärzte weglaufen – in Länder mit besserer Weiterbildung und angemessener Vergütung.

Dr. med. Hans-Peter Hoffert
Mitglied des Vorstandes
Vorsitzendes des Ausschuss
Allgemeinmedizin der ÄK Berlin

Was wird aus dem ärztlichen Nachwuchs?

Was bestimmt die berufliche Laufbahn junger Ärztinnen und Ärzte? Über die bisherigen Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung mit Jungmedizinerinnen der drei deutschsprachigen Schweizer Universitäten Basel, Bern und Zürich berichtete kürzlich Barbara Buddeberg-Fischer vom Department für Psychosoziale Medizin am Uniklinikum Zürich. Sie sprach in Berlin auf dem 25. Europäischen Kongress für psychosomatische Forschung.

Die erste Befragung von 719 Studierenden – etwas mehr weiblichen als männlichen – fand in deren letztem Studienjahr statt; die zweite (an der 72 Prozent der zuerst Befragten teilnahmen) nach dem ersten Krankenhausjahr. Weitere Fragebogen-Erhebungen folgen alle zwei Jahre bis zum Ende der Weiterbildung. Mit einem Teil der Probanden wurden vertiefende Interviews geführt.

Für eine bestimmte Fachrichtung hatten sich noch während des Medizinstudiums 407 der angehenden Ärzte entschieden: 60,7 Prozent der Studentinnen und 51,9 Prozent der Studenten. Die Frauen wählten bevorzugt Innere Medizin, Pädiatrie, Gynäkologie (die zunehmend „weiblicher“ wird, mit 46 Prozent Ärztinnen in Deutschland) sowie Allgemeinmedizin; also Disziplinen, die intensiven Patientenkontakt erfordern. Die Männer tendieren eher zur Chirurgie, zu High Tech-Fächern und zur Forschung. Schon für ihre Doktorarbeiten wählten sie überwiegend experimentelle Themen.

Die jungen Frauen wollten Promotion (meist mit therapieorientierten Themen) und Weiterbildung zur Fachärztin möglichst rasch und zielstrebig absolvieren, dachten an spätere Familiengründung und an die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Wegen der erhofften zeitlichen Flexibilität streben sie eher die Niederlassung an. Ihre männlichen Kommilitonen dagegen zeigten sich mehr an Prestige und hohem Einkommen interessiert. Eine britische Studie kam zu ganz ähnlichen Befunden wie die Zürcher Arbeitsgruppe, sagte Barbara Buddeberg-Fischer.

Risikofaktor Krankenhaus

Schon im ersten Weiterbildungsjahr zeigten sich große Unterschiede zwischen den einzelnen Fachgebieten, was das Verhältnis von Anstrengung und Belohnung betrifft. Am höchsten ist der Einsatz in der Pädiatrie, wo man sehr viel mit den Patienten und ihren Angehörigen kommuniziert, und am niedrigsten in den hoch technisierten Disziplinen

wie Anästhesie, Radiologie und Nuklearmedizin. Die „Belohnung“ aber unterscheidet sich in den verschiedenen Fächern nicht. Vor allem für Frauen ist Überengagement ein Risikofaktor. Viele glauben, sich aufopfern zu müssen, hieß es in der Diskussion dieses Vortrags.

Dennoch fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern bei der Selbsteinschätzung des physischen und psychischen Befindens, der sozialen Unterstützung und der Lebenszufriedenheit. Letztere war trotz des hohen Berufsstress im ersten Klinikjahr höher als im letzten Studienjahr, allerdings niedriger als im Bevölkerungsdurchschnitt. Der Stress im Krankenhaus ist für die Berufsanfänger erheblich, vor allem, weil sie sich auf die klinische Arbeit schlecht vorbereitet fühlen. Sie sind zwar mit den wissenschaftlichen und technischen, nicht aber mit den psychosozialen Aspekten der Medizin vertraut: Sie können noch nicht mit schwerer Krankheit, lebensbedrohlichen Situationen, Sterben und Tod umgehen und vermissen Supervision. Von den Befragten gab jeder dritte Symptome von Angst und Depression an.

Ein Schutzfaktor ist jener Persönlichkeitszug, den Antonovsky „Sense of Coherence“ nannte: Wer sich als Handelnder in einem verständlichen Sinnzusammenhang fühlt, der bleibt eher gesund und hält Belastungen stand. Als Risikofaktoren hingegen gelten schlechte Arbeitsbedingungen.

Rosemarie Stein

Besorgte Anfragen

Seit wir in Heft 9/2004 über die Folgen der AMG-Novelle informierten, erreichte die Kammer eine große Zahl von Anfragen besorgter Kollegen. Wir berichteten, dass mit der Gesetzesnovelle die Aufgaben der kammereigenen Ethik-Kommission so verändert wurden, dass die daraus erwachsenden Haftungsrisiken sogar auf die Ärzterenten durchschlagen können. Seitdem verging keine Woche, in der wir nicht Schreiben wie die in Auszügen hier abgebildeten erhielten. Wir möchten kurz dazu Stellung nehmen und unsere Mitglieder über den aktuellen Stand unserer Klage gegen das Land Berlin informieren.

Die beim Bundesgesetzgeber und vom Berliner Senat geschaffene Situation ist in der Tat außerordentlich ärgerlich. Sie ruft zu Recht die Empörung der Mitglieder hervor, ebenso wie sie unseren Widerstand hervorgerufen hat, seit sich die Entwicklung anbahnte. Doch obwohl wir die heftigen Reaktionen verstehen, muss doch festgehalten werden, dass ein Austritt aus dem ärztlichen Versorgungswerk nicht möglich ist. Das Berliner Kammergesetz und die Satzung der Berliner Ärzteversorgung sind weiterhin gültig. Danach sind Berlins Ärzte verpflichtet, sich im berufsständischen Versorgungswerk rentenzuversichern. Ein „Austritt“ unter Überweisung aller bislang eingezahlten Beiträge auf ein Privatkonto ist deshalb nicht möglich. Alle Mitglieder sind gehalten, genau wie es der Unterzeichner und die übrigen Vorstandsmitglieder der Kammer auch tun, ihre Beiträge auch weiterhin an die Berliner Ärzteversorgung zu leisten.

Positive Signale kommen übrigens aus der Senatsverwaltung für Gesundheit, die als zuständige Aufsichtsbehörde

schon signalisiert hat, dass sie einer Kammergesetz-Änderung, die einen Zugriff von Gläubigern auf das Vermögen der Mitglieder des Versorgungswerkes ausschließt, in jedem Fall zustimmen wird. Mit einer solchen Kammergesetznovelle, die sich bereits in Vorbereitung befindet, wäre das ärztliche Versorgungswerk vor aus Haftungsrisiken erwachsenden Zugriffen künftig geschützt.

Im Folgenden die neuesten Informationen zum Stand unserer Klage gegen das Land Berlin. Für alle, denen das Thema in seinen Details nicht mehr innerlich ist: Sie finden unsere Berichterstattung zur AMG-Novelle und ihre Folgen für die Ärzterenten im Internet unter www.aerztekammer-berlin.de im Archiv BERLINER ÄRZTE, Heft 9/2004.

Zum Stand unserer Klage

Bereits vor dem In-Kraft-Treten der AMG-Novelle hatten Vorstand und Geschäftsführung der Kammer die Senatsverwaltung mehrfach

darauf hingewiesen, dass der Ethik-Kommission der Berliner Ärztekammer auf der Grundlage geltenden Landesrechts die Befugnis fehle, die Aufgaben zu erledigen, die der Bundesgesetzgeber für Ethik-Kommissionen im Rahmen der AMG-Novelle vorsieht. Die Senatsverwaltung muss dies ähnlich gesehen haben. Sonst hätte sie der Kammer die neuen AMG-Aufgaben nicht per Verwaltungsanordnung übertragen, so geschehen am 6. August 2004.

Anfang September 2004 zog die Kammer gegen diese Aufgabenübertragung vor das Berliner Verwaltungsgericht. Durch die bloße Erhebung der Klage hatte sie erreicht, dass der Anordnung der Senatsverwaltung zunächst nicht gefolgt werden musste, die Rechtswirkungen der Anordnung waren aufgeschoben. Antragsteller wurden entsprechend darauf hingewiesen, dass die Ethik-Kommission bis auf weiteres keine Anträge bearbeiten werde. Darauf reagierte die Senatsverwaltung am 10. September mit der Anordnung der sofortigen Vollziehung ihrer Aufgabenübertragung vom 6. August. Damit hatte sie ihrerseits die aufschiebende Wirkung der Klage der Kammer wieder neutralisiert. Die Bearbeitung von Anträgen wurde in Folge dieser Anordnung wieder aufgenommen. Zugleich legte die Kammer aber auch gegen die Anordnung der sofortigen Vollziehung ein Rechtsmittel ein, und zwar mit dem Ziel, die aufschiebende Wirkung ihrer Klage wiederherzustellen.

Zurzeit sind also vor dem Verwaltungsgericht zwei Verfahren zwischen der Ärztekammer und dem Land Berlin anhängig. In dem Klageverfahren wird grundsätzlich geklärt, ob die Aufgabenübertragung durch das Land Berlin rechtmäßig

war. In einem Schnellverfahren wird darüber zu befinden

... meine Versorgungsabgabe beträgt zurzeit den 1,3-fachen Satz. Ich möchte mit sofortiger Wirkung die Abgabe auf den 1,0-fachen Satz reduzieren. Zu dieser Maßnahme sehe ich mich durch die rechtliche Unsicherheit bezüglich der unüberschaubaren Risiken aus der Ethikkommission und dem nicht gesicherten Sondervermögen der Ärztekammer veranlasst. Ich bitte um entsprechende Berücksichtigung bei der nächsten Lastschrifteneinziehung und verbleibe ...

Auszüge aus Schreiben an unser Versorgungswerk

sein, wie bis zu einer Entscheidung in der Hauptsache zu verfahren ist. Mit der Entscheidung in diesem Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes dürfte bald zu rechnen sein. Die wesentlichen rechtlichen Argumente sind in beiden Verfahren letztlich dieselben, und die Kammer ist zuversichtlich, die besseren Argumente auf ihrer Seite zu haben. Freilich hat die Senatsverwaltung durch ihre Aufgabenübertragung eine formale Grundlage für eine Erledigung der neuen AMG-Aufgaben durch die Ethik-Kommission geschaffen, allerdings eine rechtlich höchst fragwürdige. Die Durchreichung der Aufgaben per Verwaltungsanordnung, zumal auf einer nicht zureichenden gesetzlichen Grundlage, dürfte vor dem Verwaltungsgericht letztlich keinen Bestand haben.

Mit den eingelegten Rechtsbehelfen verfolgt die Kammer einen Erfolg ver-

sprechenden Weg auf der Grundlage des Rechts. Ebenso sollten auch Sie Ihrer rechtlichen Verpflichtung nachkommen, Ihre Beiträge auf der Grundlage des Kammergesetzes und der Satzung der Berliner Ärzteversorgung zu leisten.

Dr. med. Elmar Wille,
Vorsitzender des Verwaltungsaus-
schusses der Berliner Ärzteversorgung

Christoph Röhrig
Jurist, Ärztekammer Berlin

...die Information über möglichen Verlust der gesetzlich als Zwangsabgabe durch Sie eingezogenen Beiträge und Anwartschaften in BERLINER ÄRZTE, Heft 9/2004 mit der Folge für die Einzahler wie für deren Familienangehörige offenbart ein nicht vertretbares Verlustrisiko für die qua Gesetz bei Ihnen zwangsweise Einzahlenden.

Die Art der Offenbarung entspricht ohne Anschreiben der Ärzteversorgung der politisiert externalisierten Angst vor Totalverlust. ...

Sollte ich nicht innerhalb von 14 Tagen eine persönliche Klarstellung und Angebot zur definitiven Sicherung der bereits eingezahlten Beiträge erhalten, werde ich zur Verhinderung möglicher Nachteile weitere Schritte ergreifen müssen. ...

... Ich bin (Pflicht-) Mitglied der Ärztekammer und des Versorgungswerkes und zahle regelmäßig nicht unbeträchtliche Summen in dieses ein. Die angesprochene Gefährdung meiner zukünftigen Bezüge stellt für mich ein ganz erhebliches finanzielles Risiko dar.

Vor diesem Hintergrund fordere ich Sie höflichst auf, meine bisherigen Einzahlungen samt aufgelaufener Zinsen umgehend, spätestens jedoch bis zum auf mein Konto ... zu überweisen. ... Vor diesem Hintergrund informiere ich Sie bereits jetzt darüber, dass ich in Zukunft anfallende Beitragszahlungen bis zur Klärung nicht in das Versorgungswerk einzahlen werde. ...

Zur Historie und zur rechtlichen Grundlage unserer berufsständischen Altersversorgung verweisen wir auf das Deutsche Ärzteblatt Nr. 44 vom 29. Oktober 2004 mit dem Titelthema „Ärztliche Versorgungswerke“.

Schwangerschaftsabbruch bei Minderjährigen

Aufgrund einer derzeit nicht ganz eindeutigen Rechtslage, besteht bei Beratungsstellen und Ärzten immer wieder Unsicherheit darüber, wie sich Ärzte verhalten sollen, wenn eine minderjährige Schwangere einen Schwangerschaftsabbruch wünscht. Dies insbesondere in den Fällen, in denen die Eltern der Minderjährigen dem nicht zustimmen. Die Rechtslage ist bei dieser Thematik insgesamt komplex. Reaktionen einiger Berliner Gynäkologen auf unseren Beitrag zur ärztlichen Schweigepflicht in Heft 6/04 BERLINER ÄRZTE haben uns veranlasst, das Thema noch etwas genauer zu beleuchten.

Was ist zu tun, wenn eine Minderjährige die Praxis mit dem Wunsch nach einem Schwangerschaftsabbruch betritt? Zunächst sollte mit ihr abgeklärt werden, ob die gesetzlichen Vertreter darüber bereits informiert und auch einverstanden sind. Keinesfalls dürfen die Eltern ohne das Einverständnis der Schwangeren dazu befragt werden, da bei Minderjährigen über 14 Jahren deren Geheimhaltungsinteresse grundsätzlich respektiert werden muss. Liegt deren Einverständnis nach Auskunft der Patientin vor, sollte die Einwilligung der Eltern im Einvernehmen mit der Minderjährigen schriftlich oder telefonisch eingeholt werden. Wesentlich ist hierbei eine möglichst genaue und detaillierte Dokumentation. Zu Beweis Zwecken bietet sich die Schriftform an. Ferner ist zu berücksichtigen, dass die Einwilligung beider Elternteile einzuholen ist, soweit beide sorgeberechtigt sind.

Es kommt auf die Einwilligungsfähigkeit der Minderjährigen an

Liegt die Einwilligung der Eltern dagegen nicht vor, muss der Arzt/die Ärztin nach ärztlicher Erkenntnis überprüfen, ob eine Indikation für den Schwangerschaftsabbruch gegeben ist und ob die hierfür erforderliche Einwilligungsfähigkeit der Minderjährigen vorliegt.

Die Einwilligungsfähigkeit ist nur dann gegeben, wenn die Minderjährige die erforderliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit über Bedeutung und Risiken

eines Schwangerschaftsabbruchs besitzt. Dies wird bis zum 14. Lebensjahr in der Regel zu verneinen, bei über 16-jährigen dagegen regelmäßig zu bejahen sein und in der Zwischenzeit vom jeweiligen Reifegrad abhängen. Bei kindlichen oder stark beeinträchtigten Schwangeren wird ein entsprechender Reifegrad dagegen unabhängig vom Alter nicht vorliegen. In jedem Fall ist die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit sorgfältig und gewissenhaft zu prüfen und sollte entsprechend dokumentiert werden.

Abbruch ohne Indikation

Besondere Vorsicht ist geboten, wenn eine Indikation nicht gegeben ist, die Schwangere den Abbruch aber dennoch wünscht. Hier ist über die Einwilligungsfähigkeit hinaus erforderlich, dass die Minderjährige zu einer eigenständigen Gewissensentscheidung in der Lage ist und den Abbruch in reflektierter Weise begehrt. Hiermit kann die Minderjährige im Einzelfall überfordert sein.

Zweifel an der Einwilligungsfähigkeit

Hat der Arzt ernsthafte Zweifel an der Einwilligungsfähigkeit der Minderjährigen, die sich auch mit seinen Erkenntnismöglichkeiten nicht ausräumen lassen oder liegt diese gar nicht vor, geht er einer strafrechtlichen Verfolgung nur dann sicher aus dem Weg, wenn er das Einvernehmen der gesetzlichen Vertreter zum Abbruch herbeiführt. Auch dabei

gilt wieder, dass die Erziehungsberechtigten nicht ohne das Einverständnis der Minderjährigen informiert werden dürfen. Liegt dieses nicht vor, muss der Arzt, sofern kein Eil- oder Notfall vorliegt, die Behandlung ablehnen.

Bei Einwilligungsfähigkeit ist der Wille der Eltern unbeachtlich

Liegt dagegen die Einwilligungsfähigkeit vor und willigt die schwangere Minderjährige in den Eingriff ein, ist eine Zustimmung der Eltern aus strafrechtlicher Sicht nicht erforderlich und ein Widerspruch derselben unbeachtlich, da das Einwilligungsrecht im Sinne von § 218 a StGB höchstpersönlicher Natur ist.

Zivilgerichte uneins

Zu beachten ist dann jedoch, dass diese Ansicht von den Zivilgerichten nicht immer geteilt wird. So hat das OLG Hamm in einer Entscheidung aus dem Jahr 1998 in einem solchen Konfliktfall entschieden, dass die Zustimmung der gesetzlichen Vertreter unabhängig von der Einwilligungsfähigkeit der Minderjährigen in jedem Fall erforderlich ist. Zwar wird diese Entscheidung weithin kritisch betrachtet und es ist von anderen Zivilgerichten auch schon anders entschieden worden. Es ist jedoch bisher die einzige Entscheidung eines Oberlandesgerichtes zu dieser Frage. Dies hat zur Folge, dass sich der Arzt/die Ärztin unter Umständen Schadensersatzforderungen aussetzt, wenn die erforderliche Zustimmung der Eltern zum Schwangerschaftsabbruch nicht vorliegt. Auch wenn sich der Arzt über die Frage der Einwilligungsfähigkeit der Minderjährigen irrt, drohen zwar keine strafrechtlichen Konsequenzen, zivilrechtliche Inanspruchnahme bleibt aber theoretisch möglich.

Der Behandlungsvertrag und das ärztliche Honorar

Zu berücksichtigen ist ferner, dass Minderjährige zum Abschluss eines

jeden Vertrages (von Ausnahmeregelungen abgesehen) der Einwilligung der Sorgeberechtigten bedürfen, da sie noch nicht geschäftsfähig sind. Dies gilt grundsätzlich natürlich auch bei ärztlichen Behandlungsverträgen. Bei Verweigerung der Zustimmung durch die Sorgeberechtigten kommt der Vertrag nicht zustande und der Arzt/die Ärztin hat dann keine vertragliche Grundlage und daher keinen Anspruch auf sein/ihr Honorar hieraus. Anders ist dies, wenn die Schwangere über die Familie mitversichert ist und das 15. Lebensjahr erreicht hat, denn dann hat sie im Sozialrecht einen eigenen Leistungsanspruch (§ 10 SGB V), den sie selbstständig geltend machen kann (§ 36 Abs. 1 SGB I). So können die Kosten für den Schwangerschaftsabbruch bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 24 b Abs. 1 SGB V übernommen werden, auch wenn kein wirksamer zivilrechtlicher Vertrag zustande gekommen ist. Dies gilt nach

§ 1 i.V.m. § 2 Abs. 1 des Gesetzes zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen (BGBl 1995 I, 1054) entsprechend auch für minderjährige Privatpatientinnen ohne eigenes Einkommen. In diesen Fällen wird der Honoraranspruch des Arztes daher gesichert sein.

Fazit

Wer den sicheren Weg gehen will, sollte neben der Einwilligung der minderjährigen Patientin auch die Einwilligung der gesetzlichen Vertreter einholen. Zwar mag der Schwangerschaftsabbruch für den Arzt/die Ärztin bei Vorliegen einer wirksamen Einwilligung der Minderjährigen strafrechtlich folgenlos bleiben, dennoch können zum Beispiel zivilrechtliche Konsequenzen in Form von Schadensersatzansprüchen drohen. Ferner kann es ggf. dazu kommen, dass

ein Erstattungsanspruch bezüglich der Behandlungskosten nicht besteht.

Der sichere Weg ist nicht immer der Beste

In jedem Fall sollte die Prüfung der Einwilligungsfähigkeit der Minderjährigen sorgfältig vorgenommen und ausführlich dokumentiert werden. Ist dies gegeben, drohen keine strafrechtlichen Konsequenzen. Zivilrechtliche Konsequenzen sind zwar, wie oben ausgeführt, theoretisch weiterhin möglich, jedoch in den meisten Fällen absehbar und im Sinne der minderjährigen Schwangeren und zur Gewährleistung ihres Selbstbestimmungsrechtes ggf. auch hinnehmbar.

Martina Jaklin, Tanja Kuhn
Referat Berufsrecht der
Ärztekammer Berlin

Die Gesundheitsfalle

Klaus Dörner, *Woran unsere Medizin krankt – Zwölf Thesen zu ihrer Heilung*; Econ Verlag, München 2003, ISBN 3-430-12241-4, 201 Seiten, 18 €.

„Alle Welt verkauft Gesundheit als höchstes Gut, um unter dieser Tarnung umso erfolgreicher alles Gesunde in unseren Lebenswelten in Krankes und damit Behandlungsbedürftiges zu verwandeln“, schreibt der bekannte Psychiater Klaus Dörner. Sein Buch strotzt vor unkonventionellen Ideen, Anregungen und Provokationen. Es ist harte Medizinkritik von innen – der Arzt weiß wovon er spricht. Sein radikaler Rundumschlag verschont

auch die Laien nicht, vor allem nicht die allzu Gesundheitsbewussten, die, ebenso selbstbezogen wie viele Kranke, ihre Gesundheit zum Lebenszweck machen. Ihnen kommt eine Medizin entgegen, die keine Marktsättigung kennt.

In vielen Variationen üben Dörners zwölf Thesen samt Begründungen Kritik am – Etikettenschwindel! – „Gesundheitswesen“, das eher „Krankheitsbewältigungswesen“ heißen müsste: Kritik am ständigen Erweitern der Zuständigkeiten des Arztes, der sich wieder auf seine Kernaufgabe zurückziehen sollte; an der Dominanz ökonomischer Interessen (in einem Jahrzehnt hat sich die

Zahl der Depressiven in den USA „dank“ der Depressiva fast vervierfacht!); am übertriebenen Heilungsversprechen von Ärzten und Forschern und übersteigerten Heilserwartungen von Patienten; an der allgemeinen nicht nur motorischen, sondern auch sozialmoralischen Unterlastungsatrophie, die durch vielerlei Bürgerinitiativen auf dem Wege der Besserung ist. (Heime werden durch kommunal-ambulante Alternativen zunehmend überflüssig.)

Gesundheit ist, so Dörner, kein Produkt, sie ist ohne Leiden nicht zu haben, sie will sich nicht schonen, sondern selbstvergessen verausgaben. – Unbedingt lesenswert, gerade wegen der vielen Reibungsflächen!

Rosemarie Stein

Die Macht der Kodes

H. Bischoff, H.-P. Kemmer, N. Schönfeld – *Kodierleitfaden für die Pneumologie. Medizinische Dokumentation von Diagnosen und Leistungen*. Books on Demand GmbH, 2004, ISBN 3-8334-0403-5, 148 Seiten, 9 €.

„Kodieren lernen heißt siegen lernen“ – was kann sich nicht alles hinter diesem Motto verbergen? Unstrittig ist, dass mit der Einführung der pauschalierten Vergütung der kodierten Auflieferung von Diagnosen und Prozeduren ab sofort eine entscheidende Rolle für fast alle Krankenhauserlöse zukommt. Ebenso betroffen ist der ambulante Sektor, der sich auf die morbiditätsbezogene Vergütung ab 2007 vorbereitet. Angesichts des beträchtlichen Umfangs der Klassifikationssysteme ICD-10 und OPS-301 ist der Widerwille der Ärzte entsprechend groß – bei ohnehin inakzeptabler Arbeitsbelastung. Aus verschiedenen Gebieten und Teilgebieten heraus wurden daher

Arbeitshilfen in Form von Auszügen entwickelt, unter denen sich der „Kodierleitfaden für die Pneumologie“, der mit dem obigen Motto aufmacht, beispielhaft heraushebt.

Den Kollegen Bischoff (Heidelberg), Kemmer (Hemer) und Schönfeld (Berlin), alle drei vom Herkommen erfahrene pneumologische Oberärzte, haben im Kitteltaschenformat und zum Niedrigstpreis ein äußerst praxistaugliches Werk auf den Markt gebracht, das nach einer Einführung zu den DRGs in angenehm lesbarer Form die wichtigsten Kodierregeln, Haupt- und Nebendiagnosen sowie ein ausführliches Register bietet. Angesichts des teilweise unsystematischen Aufbaus – vor allem der ICD-10 – werden hilfreiche Erläuterungen gegeben, um Interpretationsspielräume zu begrenzen, die wir in Kürze schon häufig genug werden sozialgerichtlich klären lassen müssen. Die Resonanz auf das Werk war so gut,

dass eine zweite Auflage mit allen Neuerungen zum Januar 2005 bereitstehen wird.

Die Autoren wollen aber nicht nur die Arbeit vor Ort erleichtern, sondern auch für das Teilgebiet zu einer bundesweit einheitlichen Kodierweise beitragen, um realistische Vergleiche zwischen Kosten und Morbiditätsspektrum zu ermöglichen. In den Krankenhäusern wird Kodierwissen zur unentbehrlichen Grundlage für alles Weitergehende: DRG-Eingruppierung, Fallmengen- und Strukturplanung sowie Arbeitseinteilung. Das bedeutet, dass es ohne dieses Wissen auf allen Ebenen an Entscheidungskompetenz mangelt. Darüber hinaus hinken zahlreiche Krankenhaus-träger noch immer mit ihren Hausaufgaben, d.h. den gesetzlichen Kalkulationsvorgaben, hinterher. Die Autoren machen deutlich, wie groß daher die derzeitige Chance ist, Verantwortung für die Prozesse wieder führend in die Hände der Ärzte zu legen – das ist die Macht der Kodes!

Daniel Sagebiel



Foto: Loy

Frank-Werner Peter

Der Arzt für Gesunde

Vielleicht waren es die hellen Augen, die so gar nichts Teufliches verbergen können. Stimme und Ausdruck lassen sich manipulieren, aber die Augen? Frank-Werner Peter möchte nicht mehr zu sehr in die Detailanalyse gehen. Das Kapitel Schauspiel ist längst abgehakt. Die Auswahlkommission des Max-Reinhardt-Seminars mit einer deutschen Schicksalsrolle aus dem Faust begeistern zu wollen, mag etwas blauäugig gewesen sein. „Die anderen sind einfach besser“, dachte sich Mephistopheles Peter und entschied sich für das Gute, die Medizin.

Zwei thailändische Göttinnen messen sich mit jedem Besucher in der Disziplin der Makellosigkeit. Ihre Bronzeköpfe bewachen in kleinen Wandnischen den Eingang der „Klinik am Wittenbergplatz“. Linkerhand verführt eine Wandmalerei in einen Himmel voller Blüten. Weiter hinten steht ein farbkraftiger Torso in den weiblichen Idealproportionen. Auf einen Spiegel wurde offenbar aus Taktgründen verzichtet. Wer hierher kommt, weiß ohnehin sehr genau, wie er aussieht.

Frank-Werner Peter ist der Klinikchef, ein Schönheitschirurg mit Händen, die verzaubern sollen und niemals Fehler machen dürfen. Das kreative, schöpferische Wirken, das ihm auf der Bühne misslang, hat er in die Plastische Chirurgie übertragen. Peter nennt es „ästhetisches Empfinden“, eine Begabung, die in der Medizin selten nachgefragt wird. Vor fünf Jahren noch hätte er es strikt abgelehnt, sich als Schönheitschirurg niederzulassen. Da arbeitete er an einer Unfallklinik in Bochum mit Patienten, deren Gesicht entstellt war. Ethisch hatte diese Arbeit natürlich ein größeres Gewicht. Aber sie fand in Bochum statt. Und was ist Bochum gegen Berlin?

Die Hauptstadt-Präferenz ist nur eine der möglichen Erklärungen. „20 Jahre die Nächte um die Ohren schlagen, das hat gereicht. Ich habe mein Soll erfüllt.“ Peter lässt sich in dieser Frage ungern festlegen. Seine hellen Augen fangen

an zu flackern, wandern hinaus zu den Bäumen vor dem Bürofenster, während sich die Chirurghände in den kurzen Hemdsärmeln verstecken. Die negative Erklärung lautet: „Ich habe meine Ideale verraten.“ Die positive: „Ich habe erkannt, dass der Mensch mehr ist als die Summe seiner Funktionen.“

50 Jahre ist Peter jetzt alt und noch rechtzeitig bei sich angekommen. Das sagt ihm zumindest sein Gefühl. Chefarzt werden, begraben unter Statistiken, Dienstplänen und Fallpauschalen, sei für ihn nicht erstrebenswert. Chef ist er dort am liebsten, wo jeder weiß, was er zu tun hat. Das Unternehmerische hat er auch schon delegiert. So kann er sich aufs Operieren konzentrieren. Davon versteht er am meisten. Und deswegen kommen die Menschen schließlich zu ihm. Über seine persönliche Vita huscht Peter schnell hinweg. Gymnasium in Frankfurt am Main, Studium in Erlangen, Berlin, Neuchatel, Brüssel. Facharzt und Professur in Bochum. Ein Chefarzt der Chirurgie steht ganz am Anfang, sein Vater. Er lässt seinem Sohn freie Hand – nicht ohne einen dezenten Hinweis auf die Vorzüge der Medizin. Peter studiert trotzdem Philosophie, stürzt sich tief in die Gedankenengerüste der alten Griechen und merkt irgendwann beim Wiederauftauchen: Das ist es noch nicht.

Die Umwege über Philosophie und Theater haben vom Ende her gesehen durchaus ihren Sinn. Was ist Schönheit? Eine Frage, die man medizinisch nicht beantworten kann. Peter hat sich eingelesen und weiß inzwischen, dass Schönheitsideale bei den Völkern der Erde nicht weit voneinander abweichen. Dann gibt es die Frage, die er vor allem seinen Patienten stellen muss: Wozu soll die Verschönerung dienen?

Einigen Patienten muss er diese Frage nicht stellen. Frank-Werner Peter gründete vor zwei Jahren den Verein „Placet“, um Menschen zu helfen, die bei Unfällen oder Militärschlägen schwer entstellt wurden und keine Chance auf eine medizinische Behandlung haben. Jüngst konnte Peter zwei Mädchen zu ihrem alten Aussehen verhelfen, eine kam aus Tschetschenien, die andere aus Afghanistan. Die Idee zu Placet entstand noch in seiner Zeit als Plastischer Chirurg in Bochum. Das ehrenamtliche Engagement ist also keine moralische Kompensation für die gesellschaftlich immer noch umstrittene Schönheitschirurgie. Es gebe kein schlechtes Gewissen, das beruhigt werden müsse, sagt Peter.

Sein Vater, der Arzt „mit Leib und Seele“, war zunächst ein wenig schockiert, als sein Sohn anfang, gesunde Menschen unters Messer zu nehmen. Inzwischen habe er auch diese biographische Kursänderung akzeptiert, sagt Peter.

Thomas Loy

In dieser Rubrik portraituren wir in loser Folge Ärzte aus Berlin. Dabei wollen wir Kollegen vorstellen, die uns durch ein besonderes ärztliches Engagement oder durch eine ungewöhnliche Vita aufgefallen sind. Über Vorschläge unserer Leser freuen wir uns sehr. Redaktions-Tel. 40 80 6-1600

Bestandene Facharztprüfungen August bis Oktober 2004*

Allgemeinmedizin

| | |
|-----------------------------------|--------------------|
| Dr. med. Cathleen Barth | 3. August 2004 |
| Dr. med. Jutta Batke | 31. August 2004 |
| Mehdi Bozorgizadeh | 7. September 2004 |
| Tamara Fedorenko | 3. August 2004 |
| Juri Fink | 26. Oktober 2004 |
| Dr. med. Thomas Hannemann | 31. August 2004 |
| Dr. med. Martina Herzler | 21. September 2004 |
| M.D./SYR Ahmad Kao | 3. August 2004 |
| Rene Kling | 21. September 2004 |
| Dr. med. Stefan Koch | 31. August 2004 |
| Dr. med. Uschi Lumpp | 21. September 2004 |
| Heike Carola Luttkus | 7. September 2004 |
| Dr. med. Beate Mauersberger | 28. September 2004 |
| Annette Menz | 26. Oktober 2004 |
| Thomas Pohl | 7. September 2004 |
| Elsa Schaubert | 3. August 2004 |
| Dr. med. Berit Schmid-Voigtländer | 28. September 2004 |
| Dr. med. Christian Zechel | 28. September 2004 |
| Dr. med. Markus Weber | 31. August 2004 |
| Dr. med. Thomas Wiegemann | 26. Oktober 2004 |

Anästhesiologie

| | |
|----------------------------|--------------------|
| Jens Alter | 11. Oktober 2004 |
| Barbara Beuthe | 5. August 2004 |
| Dr. med. Detlef Bihn | 13. September 2004 |
| Dr. med. Vera von Dossow | 13. September 2004 |
| Dr. med. Claudia Faber | 11. Oktober 2004 |
| Katja Fölster | 11. Oktober 2004 |
| Lothar Köhler | 5. August 2004 |
| Dr. med. Jost Mayenknecht | 13. September 2004 |
| Dr. med. Cornelia Mehlhorn | 11. Oktober 2004 |
| Dr. Michael Sander | 5. August 2004 |

Chirurgie

| | |
|--------------------------|--------------------|
| Dr. med. Johannes Fakler | 28. September 2004 |
| Dr. med. Juan Harder | 28. September 2004 |
| Jens Jürgen | 28. September 2004 |
| Sven Köther | 28. September 2004 |
| Dr. med. Freia Minz | 28. September 2004 |

| | |
|-----------------------------|--------------------|
| Dr. med. Andreas Oberholzer | 28. September 2004 |
| Matthias Plepp | 28. September 2004 |
| Dr. med. Anke Richter | 28. September 2004 |

Diagnostische Radiologie

| | |
|-------------------------|-----------------|
| Rana Karimi | 23. August 2004 |
| Dr. med. Cornelia Krebs | 23. August 2004 |

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

| | |
|-------------------------------|--------------------|
| Caroline Albrecht | 25. August 2004 |
| Annette Regina Jordan | 29. September 2004 |
| Margarita Kiewski | 25. August 2004 |
| Dr. med. Julia Lange | 6. Oktober 2004 |
| Matthias Leupold | 29. September 2004 |
| Silke Anny Martine Michaelis | 25. August 2004 |
| Dr. med. Anja Maryse Mutz | 6. Oktober 2004 |
| Dr. med. Ole Schiffel | 6. Oktober 2004 |
| Dr. med. Selma Yildirim-Assaf | 6. Oktober 2004 |

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

| | |
|----------------------------|--------------------|
| Dr./RUS Alexander Böttcher | 22. September 2004 |
|----------------------------|--------------------|

Haut- und Geschlechtskrankheiten

| | |
|----------------------------|--------------------|
| Dr. med. John Foerster | 18. August 2004 |
| Heike Gazibaric | 29. September 2004 |
| Dr. med. Anne Gottlob | 29. September 2004 |
| Dr. med. Cem Hübner-Müller | 29. September 2004 |
| Dr. med. Beate Ziethen | 29. September 2004 |

Herzchirurgie

| | |
|-------------|--------------------|
| Simon Dushe | 29. September 2004 |
| Ruhi Yeter | 29. September 2004 |

Innere Medizin

| | |
|-------------------------|--------------------|
| Gundula Bausch | 2. September 2004 |
| Brigitte Bäsell | 29. September 2004 |
| Dr. med. Michael Böhmig | 15. September 2004 |

| | |
|-----------------------------------|--------------------|
| Clemens Braun | 27. Oktober 2004 |
| Kristin Bugenhagen | 27. Oktober 2004 |
| Dr. med. Christine Burck-Jaeger | 25. August 2004 |
| Dr. med. Philipp le Coutre | 20. Oktober 2004 |
| Gregor Czaika | 2. September 2004 |
| Dr. med. Ulrike Daberkow | 27. Oktober 2004 |
| Dr. med. Wolfgang Derer | 20. Oktober 2004 |
| Dr. med. Andreas Dippel | 29. September 2004 |
| Dr. med. Mark Dubiel | 15. September 2004 |
| Dr. med. Jan Eucker | 29. September 2004 |
| Dr. med. Katja Förster | 29. September 2004 |
| Dr. med. Friedrich Wolfgang Franz | 25. August 2004 |
| Dr. med. Christina Friebe | 27. Oktober 2004 |
| Sabine Funk | 20. Oktober 2004 |
| Dr. med. Andrea Grohmann | 20. Oktober 2004 |
| Dr. med. Cornelia Jung | 20. Oktober 2004 |
| Dr. med. Henning Kühn | 20. Oktober 2004 |
| Dr. med. Giovanna Liguori Guerra | 20. Oktober 2004 |
| Dr. med. Diana Lüftner | 2. September 2004 |
| Iman Mohasseb | 15. September 2004 |
| Dr. med. Daniela Müller | 29. September 2004 |
| Johannes Pazurek | 2. September 2004 |
| Dr. med. Christian Raetsch | 25. August 2004 |
| Dr. med. Jens Ringel | 20. Oktober 2004 |
| Dr. med. Jessica Rotty | 25. August 2004 |
| Dr. med. Debi Roy | 20. Oktober 2004 |
| Dr. med. Sven Schöpe | 29. September 2004 |
| Dr. med. Peter Schmid | 15. September 2004 |
| Andrej Teichert | 15. September 2004 |
| Dr. med. Annegret Vierkorn | 27. Oktober 2004 |
| Hilke Wientgen | 2. September 2004 |
| Dr. med. Carsten Willam | 2. September 2004 |

Kinder- und Jugendmedizin

| | |
|------------------------------------|--------------------|
| Dr. med. Alexanders Diers | 22. September 2004 |
| Lydia Frank | 22. September 2004 |
| Dr. med. Mathias Herr | 25. August 2004 |
| Dr. med. Gunnar Hiesgen | 6. Oktober 2004 |
| Dr. med. Christian Schellenberg | 25. August 2004 |
| Dr. med. Alexander Clemens Schmidt | 25. August 2004 |
| Dr. med. Sohela Seyyedi | 22. September 2004 |
| Dr. med. Ben Alexander Zerkowitz | 6. Oktober 2004 |

Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie

| | |
|-------------------------|--------------------|
| Dr. med. Birgit Kastens | 23. September 2004 |
| Gabriele Oepen | 19. August 2004 |

Klinische Pharmakologie

| | |
|---------------|--------------------|
| Dr. Jens Tank | 27. September 2004 |
|---------------|--------------------|

Laboratoriumsmedizin

| | |
|---------------------------------|-----------------|
| Dr. med. Anja-Britta Sundermann | 17. August 2004 |
|---------------------------------|-----------------|

Nervenheilkunde

| | |
|-------------------------|--------------------|
| Dr. med. Wolfgang Exner | 23. September 2004 |
|-------------------------|--------------------|

Neurochirurgie

| | |
|--------------------|------------------|
| Dr. med. Silke Süß | 21. Oktober 2004 |
|--------------------|------------------|

Neurologie

| | |
|-------------------------------------|--------------------|
| Dr. med. Alexander Hammers | 26. Oktober 2004 |
| Dr. med. Olaf Hoffmann | 24. August 2004 |
| Priv.-Doz. Dr. med. Christoph Münch | 21. September 2004 |
| Michael Nagel | 21. September 2004 |
| Dr. med. Georg Trendelenburg | 26. Oktober 2004 |
| Dr. med. Anke Weber | 24. August 2004 |

Orthopädie

| | |
|--------------------------|--------------------|
| Dr. med. Annette Wolfrom | 28. September 2004 |
|--------------------------|--------------------|

Psychiatrie und Psychotherapie

| | |
|-----------------------|-----------------|
| Dr. med. Peter Böhmer | 17. August 2004 |
| Dr. med. Uwe Deicke | 17. August 2004 |

Psychotherapeutische Medizin

| | |
|---------------------------|--------------------|
| Dr. med. Christian Messer | 21. September 2004 |
|---------------------------|--------------------|

Urologie

| | |
|--------------------|--------------------|
| Alexander Georgiew | 28. September 2004 |
| Thomas Stolze | 28. September 2004 |

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

Das Potsdamer Garnisonslazarett

... aus dem Dornröschenschlaf erweckt

In Potsdam entdeckt man immer wieder etwas Neues, oder besser: etwas Altes neu. Wer diesen Herbst beim Hausärztetag zwischendurch Luft schnappen wollte und den Voltaireweg Richtung Sanssouci entlangspazierte, der blieb wahrscheinlich gleich wieder stehen. Denn direkt ans Tagungshotel grenzt ein verwunschen-verwilderter Park mit alten Bäumen, teils Resten von Alleen, mit Akaziengestrüpp, Goldrute und hohem Gras.

Aber aus dem grünen Dschungel ragt ein gutes Dutzend wohlproportionierter Gebäude. Ein denkmalpflegerisches Gutachten beschreibt ihre „typische rötliche Backsteinarchitektur in der Tradition der Berliner Bauschule nach 1850. Segmentbogenfenster, farbige horizontale Bänderungen, glasierte Ziegelornamentik, dreiteiliger Aufbau der Fassaden von Rustika, Bel-Etage und Attika“. Und es lobt die handwerkliche Solidität und die Qualität dieser Bauten.

Sie erinnern zum einen an preußische Kasernen, wie sie gerade hier in Potsdams nördlicher Jägervorstadt für eine friedliche Nutzung sorgfältig restauriert wurden; zum anderen an die grün umwachsenen Krankenhäuser im Pavillonstil des späten 19. Jahrhunderts. Beides ist richtig: Dies war hundert Jahre lang ein Militärkrankenhaus. 1894 wurde es als „Garnisonslazarett“ eröffnet und ersetzte drei kleine Vorgängerbauten in der Potsdamer Innenstadt. Es diente den Fußlahmen der preußischen Armee, aber auch der Wehrmacht, der Volksarmee und der sowjetischen, dann GUS-Streitkräfte, die es bis zum Abzug 1993 nutzten und nicht einmal einen Denkmalpfleger hineinließen.

Ein Jahrzehnt Leerstand gingen den jetzt denkmalgeschützten Bauten offenbar nicht an die Substanz

(Rathenower Klinker!), ungeachtet zerbrochener Scheiben, durch die Vögel ein und ausfliegen. Mit ihren liebevoll gestalteten Details wirken sie schlicht, aber nobel, im Kontrast zu vielen eher protzigen Gebäuden derselben wilhelminischen Ära. Eine „Beschreibung der Garnison Potsdam, vom Standpunkt der Gesundheitspflege aufgestellt“, herausgegeben um 1900 von der „Medizinalabteilung des Königlich-preußischen Kriegsministeriums“ fasst sich bei der hygienischen und medizinischen Ausstattung der Kasernen kurz.

Ausführlicher ist nur das neue Lazarett für 309 Kranke beschrieben, „weil dessen in jeder Beziehung den neuzeitlichen Anforderungen entsprechende Einrichtungen als Vorbilder für andere Lazarettbauten dienen können“, heißt es im Vorwort nicht ohne Stolz – und das mit Recht: Zwei lang gestreckte Bettenhäuser, der „Ostblock“ für „äußerlich“ der „Westblock“ (mit Betsaal) für „innerlich Kranke“, dazu fünf Baracken, Verwaltungs-, Wirtschafts-, Kessel-, Desinfektions-, Küchen-, Pförtner-, Leichenhaus..., „alle massiv mit Granitsockel

oder Sockel aus Eisenklinkern“. Und alles nach dem neuesten Stand: Eigene Wasserversorgung, Niederdruckdampfheizung, Dampf auch für Küche, Wäscherei, Desinfektionsanstalt. Doppelfenster, elektrische Beleuchtung, Klimaanlage, Klingeln in den Krankenzimmern, ein Waschbecken auf zehn Kranke, und „alle Aborte befinden sich im Innern der Gebäude“. Ziersträucher im Park („Es blüht bis zum Hochsommer“), dessen vorderer Teil gärtnerisch gestaltet.

Jetzt ist die Konversion („Schwerter zu Pflugscharen“) dieses reizvollen Militärgeländes nach langem Dornröschenschlaf in Gang gekommen. In ständiger Absprache mit dem Denkmalschutz sollen nicht nur die Parkanlagen sorgsam wiederhergestellt, sondern nach und nach die Lazarettbauten zu Eigentumswohnungen umgebaut werden. Potsdams Entwicklungsträger „Bornstädter Feld“ musste die Pläne aufgeben, wie Hausärztetagsteilnehmer noch auf einem Aufsteller vor dem Bauzaun nachlesen konnten.

Jetzt kümmert sich eine Immobilien-gesellschaft mit viel Erfahrung in der schonenden Revitalisierung historischer Gebäude um die fachmännische Restaurierung und zugleich Modernisierung einiger der Häuser. Eins fand schon einen neuen, in Wohnungen investierenden Besitzer – einen Gynäkologen.

Rosemarie Stein



Foto: art tempi/Frankfurt