

KV-Wahl – ein Bekenntnis zur Selbst- verwaltung



Foto: KV-Blatt Archiv

Frisch aus dem E-Mail-Postkasten liegen die Ergebnisse der Wahl zur neuen Vertreterversammlung auf dem Tisch. Für mich sind das Resultate, die in vielerlei Hinsicht Hoffnung machen.

Da ist zunächst die doch recht respektable Wahlbeteiligung. Bei rund 74 Prozent kann man nicht von Demokratieverdrossenheit sprechen, kann man nicht unterstellen, die Selbstverwaltung hätte keinen Stellenwert bei Ärzten und Psychotherapeuten, die Institution KV wäre ihnen gleichgültig. Ein wichtiges Signal an die Politiker in Bund und Land, an die Krankenkassenvertreter – ob AOK, Ersatz-, Betriebs- oder Innungskassen.

Die Verteilung der Sitze auf die Listen lässt eine Fülle von Koalitionsmöglichkeiten für die Wahl zum hauptamtlichen Vorstand im Oktober dieses Jahres zu. Stärkste Liste ist – wie von Vielen erwartet – die „Facharztliste“ Qualifizierte Medizin in der Praxis, doch eine absolute Mehrheit hat sie nicht. Koalitionen und damit Kompromisse sind angezeigt – und das ist gut so.

Die Fortführung der bisherigen KV-Politik – Ausgewogenheit zwischen Haus- und Fachärzten – ist möglich und

Dr. med. Manfred Richter-Reichhelm
... ist seit 1997 KV-Vorstandschef in Berlin und seit 2000 KBV-Vorsitzender. Der niedergelassene Urologe scheidet zum 31.12. aus seinen Ämtern aus.

in meinen Augen sinnvoll und dringend notwendig. Die „Hausarztlisten“ BDA, Kinderärzte und Hausarztinternisten bringen es auf 14 Sitze. Spannend ist die Frage: Werden die Gruppe der „Kritiker“ um Toni Rouwen und die Psychotherapeuten in die Koalitionsrunden eingebunden?

Und dann sind da die persönlichen Wahlergebnisse. Bei den BDA-Hausärzten: ein toller persönlicher Erfolg von Angelika Pohn, die mit sehr deutlichem Abstand nicht nur Wolfgang Kreischer in die Schranken verwiesen hat, sondern auch die beste persönliche Stimmenzahl aller Kandidatinnen und Kandidaten erhalten hat. Hält die Absprache des BDA und gibt es eine Koalition der Fach- und Hausärzte, ist Frau Pohn im neuen Vorstand.

Sehr deutlicher Spitzenreiter bei den Fachärzten ist Herbert Menzel, der alte (und neue ?) Vorsitzende der Vertreterversammlung, Bratzke und Kraffel folgen. Für mich ist etwas überraschend, dass der designierte Spitzenkandidat der Gemeinschaft der fachärztlichen Berufsverbände (GFB), Uwe Kraffel, das Nachsehen gegen Burkhard Bratzke hatte.

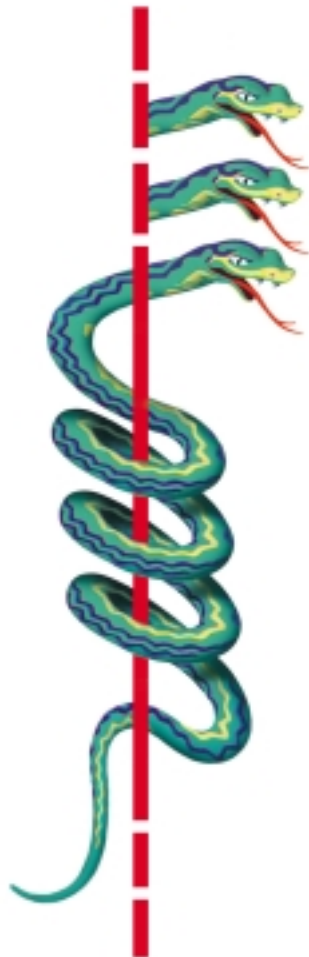
Ein persönliches Resümee aus der Sicht des noch amtierenden KV-Vorstands:

alle Vorstände, die kandidierten, sind auch in der neuen VV. Für mich ist das ein Beweis dafür, dass die jetzige Vorstandsarbeit, speziell der neu gewählten Vertreter, akzeptiert wurde: neben Bratzke, Kraffel, Pohn ist auch Rüdiger Brand mit von der Partie, und auch Brigitte Ehnert (die in der ersten Halbzeit dem scheidenden Vorstand angehörte) wurde bei den Kinder- und Jugendärzten in die VV gewählt.

Chancen und Verantwortung liegen in den Händen der Vertreterversammlung, die jetzt nicht nur den dreiköpfigen Vorstand zu wählen hat, sondern auch den Vorsitzenden des „Aufsichtsrates“, der VV. Gibt es eine Stärkung und eine Weiterentwicklung der KV als Körperschaft? Oder tendiert das neue Team hin zu mehr Einzelverträgen, die von Anderen, von parallelen Strukturen, nicht aber von der KV geschlossen werden.

Die Bekenntnisse der Gewählten zur KV in der Vergangenheit sind bekannt, die Einlösung der Versprechen in der Zukunft steht an.

M. Richter-Reichhelm



TITELTHEMA.....

Betriebswirtschaftliche Aspekte innovativer Kooperationsmöglichkeiten im ambulanten Bereich

Für viele Ärzte ist es attraktiv und auch die Politik hat alle Signale auf „grün“ gestellt: die Kooperation im ambulanten Bereich ist absolut erwünscht. Zwei Autoren der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer erläutern, welche Überlegungen beim „Zusammengehen“ mit anderen grundsätzlich angestellt werden sollten.

Von Carsten Buchartz und Georg Heßbrügge14

Strukturwandel in der ambulanten Versorgung

Hier umreißen wir, welche wichtigen Neuerungen die neue Musterberufsordnung (beschlossen auf dem diesjährigen Deutschen Ärztetag in Bremen) in puncto „Kooperation“ bereit hält. In Kürze verhandelt das Berliner Kammerparlament darüber.

Von Sybille Golkowski17

Ohne Arztsitz kein Einstieg ins Medizinische Versorgungszentrum

Sind die Medizinischen Versorgungszentren die neue Zauberformel für den Niedergelassenen der Zukunft? Noch ist das Interesse der Ärzte daran eher verhalten. Dusan Tesic, Hauptgeschäftsführer der KV Berlin und Peter Pfeiffer, dort Hauptabteilungsleiter Sicherstellung, im BERLINER ÄRZTE-Interview.

Von Sybille Golkowski20

FORTBILDUNG.....

Fallvorstellungen für Haus- und Fachärzte

Im Oktober startet die Ärztekammer Berlin eine neue Veranstaltungsreihe für niedergelassene Haus- und Fachärzte. Wir sprachen mit den Moderatoren Annette Nießing und Kai Schnabel.

Von Sybille Golkowski24

Ernährungsmedizin

Ausgewählte Abstracts zur Fachspezifischen Fortbildung Innere Medizin.

Von Thea Schirop26

Programm des 6. Kongresses „Theorie & Praxis der humanitären Hilfe“28

Naturheiltage Herbstkongress 200430

PERSONALIEN.....

Wolfgang Presber zum 85sten29

Dietrich Banzer wurde 6529

Zum Tode von Rita Streich30

FEUILLETON.....

Warum an Carus erinnern?

Der Arzt Carl Gustav Carus war seiner Zeit weit voraus. Schon Anfang des 19ten Jahrhunderts predigte er eine ganzheitliche Sicht auf den Menschen.

Von Rosemarie Stein31

Impressum38

MEINUNG.....

KV-Wahl – ein Bekenntnis zur Selbstverwaltung

Von Manfred Richter-Reichhelm3

BERLINER ÄRZTE aktuell6

Mitteilungen aus dem Gemeinsamen Krebsregister9

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK...

Ärztekammer verklagt das Land Berlin

Bericht von der Delegiertenversammlung am 25. August 2004

Von Sybille Golkowski22

Anzeige der Charité-Assistenten schlug ein wie eine Bombe

Für große öffentliche Resonanz sorgte Anfang September ein Stellengesuch im Deutschen Ärzteblatt (Heft 36), aufgegeben von 270 Assistenzärzten der Charité. In dem halbseitigen kollektiven Inserat suchten Kollegen aus knapp 30 Disziplinen nach „neuen interessanten Aufgaben (auch im Ausland)“. Die Suchenden befanden sich in „ungekündigter Stellung, seien wissenschaftlich ausgewiesen und in Klinik und Lehre engagiert“ hieß es in der Annonce.

Die Assistentensprecher der Charité, die die Anzeigenaktion maßgeblich vorbereitet hatten, erteten im Kollegenkreis durchweg Zustimmung. Und selbst von Seiten der Chefärzte wurde, bei nur wenigen Ausnahmen, vollstes Verständnis signalisiert. Dies berichteten Malte Schroeder und Olaf Guckelberger, die beiden Sprecher der Initiative. Allein 54 Abwerbungsangebote aus dem ganzen Bundesgebiet lagen den 270 Inserenten bis zum Redaktionsschluss BERLINER ÄRZTE vor. Zustande kam die für Ärzte bislang einmalige Aktion durch eine Sammel-Initiative auf der Assistenzarztebene.

Jeder, der die Anzeige unterstützte, konnte sich mit 10 € daran beteiligen. Schließlich kamen 2700 € zusammen, mit denen die 2800 € teure Anzeige

fast autofinanziert war und geschaltet werden konnte. Der Hintergrund der Aktion: Seit Mai 2004 haben sich die Vergütungs- und Arbeitszeitkonditionen in der Charité erheblich verändert. Alle Neuverträge werden als so genannte „Übergangsverträge“ geschlossen, in denen im Vergleich zu vorher die reguläre Arbeitszeit von 38,5 auf 40 Stunden/Woche heraufgesetzt ist und weder ein 13. Monatsgehalt noch Weihnachts- und Urlaubsgeld vorgesehen sind. Die Vertragsänderung bedeutet – so die Assistenzärzte – für den einzelnen Arzt Gehaltseinbußen von etwa 240 € monatlich netto.

Betroffen davon sind nicht nur Mitarbeiter, die neu in die Charité kommen, sondern – entgegen früheren Bekundungen der Leitung – auch solche, die nach Auslaufen ihrer Zeitverträge eine Vertragsverlängerung brauchen. Dies trifft nach Schätzungen der Assistenteninitiative fast 90 % des ärztlichen Personals an der Charité. „Die Maßnahme ist uns nicht leicht gefallen“ verteidigte der Vorstandsvorsitzende der Charité, Detlev Ganten, die Gehaltskürzungen via Neuvertrag. In einer Presseerklärung ließ er mitteilen, man orientiere sich mit den Übergangsver-



trägen an der bereits üblichen arbeitsvertraglichen Praxis in Bund, Ländern und bei Drittmittelgebern. Angesichts der Zuschuss-Kürzungen für die Charité um 98 Millionen € und die Einnahmeverluste durch das neue Fallpauschalensystem sei keine andere Wahl geblieben, als die Gehälter flächendeckend zu kürzen. Die Leitung des Hauses hofft auf den in Arbeit befindlichen Haustarifvertrag. Er soll sich eng an dem vom Wissenschaftsrat skizzierten Wissenschaftstarifvertrag orientieren und eine leistungsgerechtere Vergütung sicherstellen.

Kritik an dem von der Leitung der Charité eingeschlagenen Weg kam inzwischen aus den Reihen des Berliner Abgeordnetenhauses. Gesundheitspolitische Sprecher aller Parteien

zeigten presseöffentlich Sympathie für die Anzeigenaktion der Assistenzärzte. Sie fürchteten, dass die Charité mit den Gehaltskürzungen ihre wichtigsten Leistungsträger verschreckt. Signale wie dieses hätten Auswirkungen auf den Standort Berlin. Dem kann auch Ärztekammerpräsident Günther Jonitz nur zustimmen. Er bewertet die Aktion der Gehaltskürzung als „kurzsichtige Maßnahme, die die wichtigste Ressource verspielt, die eine Klinik haben kann: die ärztliche Arbeitskraft“.

Gemeinsam mit anderen Vorstandsmitgliedern der Ärztekammer Berlin hat sich Jonitz vermittelnd eingeschaltet und Gespräche mit der Hochschulleitung und der Assistenten-Initiative geführt.

KV-Wahlen

Facharztliste wurde stärkste Kraft

Berlins 8000 niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten haben gewählt. Mit 18 Sitzen zog die Liste der Fachärzte um den Psychotherapeuten Herbert Menzel, den Dermatologen Burkhard Bratzke und den Augenarzt Uwe Kräffel als stärkste Kraft ins Parlament ein. Neun Sitze und damit das zweitbeste Wahlergebnis holte der BDA mit Spitzenkandidatin Angelika Pohn. Die Wahlbeteiligung lag übrigens bei 74 %.

Das von ehemals 83 auf 40 Sitze verkleinerte Parlament wird sich in der kommenden 6-jährigen Legislaturperiode wie folgt zusammensetzen:

„Die Fachärzte“ – 18 Sitze

Spitzenkandidat:

Dr. Herbert Menzel

Hausärzte im BDA – 9 Sitze

Spitzenkandidatin:

Dr. Angelika Pohn

Die bessere Alternative – 4 Sitze

Spitzenkandidat: Anton Rouwen

Kinder- und Jugendarztliste – 2 Sitze

Spitzenkandidat:

Dr. Ulrich Fegeler

Hausarztinternisten – 3 Sitze

Spitzenkandidat: Dr. Ulrich Piltz

Psychodynamische Verfahren – 2 Sitze

Spitzenkandidatin:

Angelika Springer

Psychotherapie Berlin – 2 Sitze

Spitzenkandidat:

Dr. Joachim Meincke

In der Gruppe der Ärzte fuhr BDA-Spitzenkandidatin Angelika Pohn mit 789 Stimmen das beste per-

sönliche Einzelergebnis ein. Es folgen ihr Herbert Menzel (596), Burkhard Bratzke (473), Wolfgang Kreischer (465) und Uwe Kräffel (384).

Bei den Psychologischen Psychotherapeuten liegt Joachim Meincke (877) vorn, gefolgt von Angelika Springer (680) und Renate Höfeld (496).

Unter <http://www.kvberlin.de/Homepage/organ/wahl13/index.html> sind die amtlichen Einzelergebnisse aller ins Parlament eingezogenen Kandidaten zu sehen. Am 20. Oktober wird es spannend: dann wählt das KV-Parlament den 3-köpfigen Vorstand, der erstmals hauptamtlich die KV-Geschäfte führen wird. Der frühere Vorstandsvorsitzende, Manfred Richter-Reichhelm, steht – wie seit langem bekannt – für das Amt nicht mehr zur Verfügung.

Veranstaltung

Ausbildung für die Ausbilder

Eine Informationsveranstaltung zum Thema „Neuerungen in der Ausbildung von Arzthelferinnen“ findet am 25. Oktober um 19.30 Uhr in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16 statt. Es wird die überbetriebliche Ausbildung, die Neugestaltung der praktischen Prüfung und der Entwurf der neuen Ausbildungsordnung vorgestellt.

Darüber hinaus gibt es die Gelegenheit, offene Fragen zur Ausbildung zu besprechen und Rechtsfragen zu klären.

Ansprechpartnerin: Frau Hartmann, Tel. 40 80 6-2203

Kursangebot

Fortbildung Transfusionsmedizin

Eine Fortbildung zum Erwerb der Qualifikation Transfusionsbeauftragter/ -verantwortlicher (8/16 P) bietet die Ärztekammer Berlin am letzten Oktober-Wochenende. Mitveranstalter sind die Charité und der DRK-Blutspendedienst.

Ärzte, die nur Plasmaderivate anwenden (s. Richtlinien BÄK/PEI 2000), müssen die ersten 8 Stunden (Block A) des insgesamt 16-stündigen Kurses absolvieren. Ärzte, die zelluläre Blutprodukte und Plasmaderivate anwenden und Transfusionsverantwortliche/-beauftragte und Leiter von Blutdepots und blut-

gruppenserologischen Labors müssen die Teilnahme am 16-stündigen Kurs (Block A u. B.) nachweisen.

Die Fortbildung findet statt am Freitag, 29. Oktober 2004, 13.00 - 18.15 Uhr und Samstag, 30. Oktober 2004, 9.00 - 17.30 Uhr in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin.

Der Kurs kostet 100 € (Block A und B) und 50 € (Block A). Anmeldung beim DRK-Blutspendedienst, Frau Tietz, Tel. 80 68 11 28, karin.tietz@drk-bsd-berlin.de.

Arbeitskreis Junge Ärzte

Offener Abend zum Arbeitszeitgesetz

Wie steht es in Berlins Kliniken mit der Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes? Hierzu veranstaltet der Arbeitskreis Junge Ärzte einen offenen Erfahrungsaustausch unter Assistenzärzten. Er findet statt am Dienstag, 9. November 2004, 19.30 bis 22 Uhr in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin. Kolleginnen und Kollegen, die Interesse an einer Mitarbeit im Arbeitskreis haben, können bei dieser Gelegenheit einmal unverbindlich hereinschnuppern.

Sozial Benachteiligte

Kongress „Armut und Gesundheit“

Der 10. Kongress „Armut und Gesundheit“ wird am Freitag/Samstag, den 3. und 4. Dezember 2004 im Berliner Rathaus Schöneberg stattfinden. Mehr Informationen, Programm und Anmeldung unter www.armut-und-gesundheit.de oder Tel. 44 31 90 60 beim Gesundheit Berlin e.V., der den Kongress organisiert. Der Teilnahmebeitrag für beide Kongresstage beträgt regulär 50 €.



Herbstkonzert

Das Berliner Ärzteorchester spielt am Sonntag, den 7. November 2004, um 15.30 im Kammermusiksaal der Philharmonie. Auf dem Programm stehen:

Mendelssohn Bartholdy

Ludwig van Beethoven

Richard Strauss:

Ouvertüre „Athalia“

Violinenkonzert D-Dur op. 61

Tod und Verklärung op. 24

Dirigent: Kevin McCutcheon

Solist: Erez Ofer

Karten zum Preis von 12 €/9 € (erm. 6 €) können vorbestellt werden unter Tel. & Fax 275 18 18 oder über die E-mail-Adresse info@aerzteorchester-berlin.de.

Leserbrief

Entwicklungsstörungen bei Kindern
BERLINER ÄRZTE 9/2004

„Armut ist für Kinder ein Gesundheitsrisiko ersten Ranges. Arme Kinder weisen häufig Entwicklungsstörungen auf, haben mehr Karies, ein höheres Unfallrisiko und sind schlechter durchgeimpft.“

Hier wird der Begriff Armut offensichtlich synonym für Dummheit, Verantwortungslosigkeit und Verwahrlosung gebraucht. Armut taugt nicht als Entschuldigung für Erziehungsdefizite. Die Vernachlässigung der Erziehungsaufgaben ist in Armutsfamilien aktenkundig, hat aber mit Armut nicht das Geringste zu tun. Es gibt sehr viele Familien die unter bescheidenen Verhältnissen leben, die sich sehr um das geistige und gesundheitliche Wohl ihrer Kinder kümmern. Die Vernachlässigung elementarer Erziehungsaufgaben durch die Eltern ist ein unentschuldigbares Vergehen in einer Gesellschaft, in der Armut als Mangel an Wohlstand definiert wird.

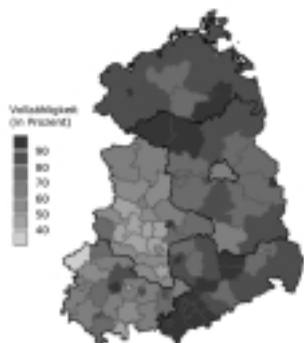
Ich erinnere mich, dass Mütter einen finanziellen Bonus erhielten, damit sie ihre Kinder regelmäßig zur kostenlosen Vorsorgeuntersuchung beim Kinderarzt vorstellten.

Deshalb sind Entwicklungsstörungen bei Kindern genau so wenig wie das Erlernen kultureller Fähigkeiten wie Zähneputzen oder unterlassene Impfungen ein Zeichen für Armut. Vielmehr werden hier mit dem Armutsbegriff die Vernachlässigung grundlegender sozialer Aufgaben und Pflichten der Eltern entschuldigt.

Dr. med. Klaus-Joachim Schilling

Jahresbericht des GKR „Krebsinzidenz 2000“ erscheint im September 2004

Das Gemeinsame Krebsregister hat seinen Jahresbericht „Krebsinzidenz 2000“ herausgegeben.



Er gibt einen Überblick über die Krebsneuerkrankungen des Jahres 2000. Neben allgemeinen epidemiologischen Daten zu Fallzahlen, Inzidenzen oder zur Diagnosesicherung gibt es Angaben zur Stadienverteilung und zum Inzidenztrend für ausgewählte Tumorlokalisationen sowie zur regionalen Verteilung der Krebsinzidenz nach Kreisen.

Datengrundlage sind die ärztlichen Krebsmeldungen, die das GKR in mehr als 90% der Fälle über die Tumorzentren bzw. klinischen Krebsregister erreichen. Mit Berlin hat dabei ab dem 1.7.2004 das fünfte der sechs am GKR beteiligten Bundesländer die Meldepflicht eingeführt. Nur in Brandenburg existiert nach wie vor lediglich ein Melderecht für Ärzte mit Informationsverpflichtung gegenüber dem Patienten. Hier wird derzeit über die Einführung einer Meldepflicht diskutiert. Eine weitere Meldequelle sind die Leichenschauheine.

Sollten sie relevante Hinweise auf eine Krebserkrankung erhalten, die dem GKR nicht als Arztmeldung bekannt geworden ist, wird der Fall als so genannter DCO-Fall (Death Certificate Only) übernommen.

Die Vollständigkeit des Eingangs ärztlicher Krebsmeldungen konnte gegenüber dem vorjährigen Jahresbericht von 70% auf 75% erhöht werden. Es bestehen starke regionalen Unterschiede von 91% in Sachsen bis 58% in Sachsen-Anhalt. Für Berlin wird



die Vollständigkeit gegenwärtig auf 61% geschätzt. Hier differiert die Erfassung zwischen 85% in Tiergarten, Weißensee und Pankow sowie 30% in Zehlendorf und Steglitz. Zurückzuführen ist das vor allem auf unterschiedlich stark ausgeprägte Aktivitäten der Berliner Tumorzentren.

Insgesamt sind für das Jahr 2000 mehr als 77.000 Krebsneuerkrankungen registriert worden, davon circa 24% als DCO-Fälle (1999: 74.000 Fälle, 27% DCO).

Die häufigsten Tumorlokalisationen bei Männern sind der Lungenkrebs mit 19%, Prostatakrebs mit 17% und Darmkrebs mit 13% aller Krebsneuerkrankungen. In Deutschland insgesamt liegt der Lungenkrebs lt. RKI-Schätzung mit 16% nur auf Rang 3 hinter Prostatakrebs (20%) und Darmkrebs (16%). Zu beachten ist allerdings, dass bei der RKI-Schätzung keine DCO-Fälle berücksichtigt werden.

Bei Frauen ist der Brustkrebs die häufigste Lokalisation mit 25% aller Fälle vor Darmkrebs (13%) und Lungenkrebs (6%).

Hier liefert die RKI-Schätzung für Deutschland insgesamt die gleiche Rangfolge (24%, 18% bzw. 5%).

Während der Lungenkrebs bei Männern während der letzten 15–20 Jahre einen rückläufigen Trend hat, steigt er bei Frauen weiter deutlich an. In Berlin tritt heute bereits jeder dritte Lungenkrebsfall bei einer Frau auf. Vor 20 Jahren war es noch jeder vierte. Bei den unter 50-Jährigen beträgt das Lungenkrebsrisiko der Berliner Frauen bereits circa 70% von dem der Männer. Vor 20 Jahren waren es noch weniger als 30%. Dies zeigt, dass in gezielten Kampagnen gegen das Rauchen neben Früherkennungsmaßnahmen nach wie vor das größte Potenzial zur Vermeidung von Krebserkrankungen steckt.

Weitere Informationen unter:
www.krebsregister-berlin.de

KV Berlin

Reichsarztregister auf DVD

Die KV Berlin hat das Reichsarztregister der ehemaligen Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands der Jahre 1935 bis etwa 1950 digitalisieren lassen und als DVD-Satz aufgearbeitet. Das Register befand sich nach Kriegsende in einer Immobilie, die im Zuge der Vermögensaufteilung an die Vorläuferorganisation der heutigen KV Berlin überging. Es wurde seitdem aufbewahrt, aber nicht erschlossen. Dieser Schatz im Umfang von 97.087 Karteikarten konnte nun mit freundlicher Unterstützung der Ludwig-Sievers-Stiftung und der Neuffer-Stiftung für Anfragen von Wissenschaftlern und An-

gehörigen „gehoben“ werden. Das Reichsarztregister ergänzt das bereits verfügbare "Reichsärzteverzeichnis" der Reichsärztekammer, in dem jedoch die Ärzte aus Berlin und alle jüdischen Ärzte komplett fehlen. Neben Informationen zur Niederlassung oder zum Fachgebiet enthält das Reichsarztregister auch oft Angaben zum Lebensweg der Ärzte in Deutschland. So lassen sich Informationen über Auswanderungen und Inhaftierungen finden, die bislang nicht verfügbar waren.

In diesem Register sind nicht nur Kassenärzte verzeichnet, sondern auch Knappschaftsärzte, angestellte Ärzte von Krankenhäusern oder verbeamtete Ärzte, die eine Kassenzulassung

beantragt haben oder diese parallel zur sonstigen ärztlichen Tätigkeit bereits besaßen; ebenso finden sich hier Anwärter auf eine Zulassung. „Dass die Karteikarten der jüdischen oder politisch nicht konformen Ärzte, denen die Zulassung bzw. die Approbation entzogen worden ist, im Verzeichnis geblieben sind, ist ein großes Glück für die heutige (Familien-)Forschung“, so die Berliner Historikern Dr. Rebecca Schwoch, die das Projekt wissenschaftlich begleitet hat.

Die DVD-Version wurde bereits dem Bundesarchiv überlassen. Schriftliche Anfragen sind zu richten an: Bundesarchiv, Finkensteinallee 63, 12205 Berlin, Tel. 01888/777-0. (Bitte nicht bei der KV Berlin anfragen!!)

Gedenkstunde

Zum zweiten Mal findet im November für die vertriebenen und ermordeten jüdischen Berliner Ärzte eine Gedenkstunde statt:

Sonntag, 7. November 2004, 11-13 Uhr im Centrum Judaicum.

Die Schicksale dreier jüdischer Ärzte werden im Zentrum der Stunde stehen. Im Anschluss wird es einen Empfang geben.

Veranstalter sind KV Berlin, KBV und Bundesärztekammer, der Zentralrat der Juden in Deutschland, die Jüdische Gemeinde zu Berlin (angefragt), das Institut für Geschichte der Medizin der Charité und der Bundesverband der jüdischen Ärzte i.Gr.

Forschungsprojekt

Spendenauf Ruf der KV Berlin

Vor zwei Jahren hat die KV Berlin damit begonnen, ihre Vergangenheit während des Nationalsozialismus aufzuarbeiten. Neben einer Vortragsreihe und einer Gedenkveranstaltung für die vertriebenen und ermordeten jüdischen Berliner Ärzte wurde über einen Werkvertrag die Erforschung des Umgangs der KV-Vorgängerorganisation mit dem Thema angeschoben.

Das beim Institut für Geschichte der Medizin der Charité angesiedelte Forschungsvorhaben

ist auf drei Jahre angelegt. Die benötigten Mittel belaufen sich auf 183.000 €. Leider sind bisher alle Bemühungen, eine Forschungsförderung über eine Stiftung zu erhalten, vergebens geblieben.

Deshalb ist die KV auf die Unterstützung der Kollegen angewiesen. Der Vorstand der KV Berlin ruft alle Berliner Ärztinnen und Ärzte dazu auf, das Forschungsprojekt „Kollegen jüdischer Herkunft 1933 – 1945. Die Kassenärztliche Vereinigung



Quelle: Dt. Ärzteblatt 99, Ausgabe 15.11.2002

Gedenkveranstaltung im Centrum Judaicum vor zwei Jahren

und die Veränderung der Berliner Kassenärzteschaft im Dritten Reich“ finanziell zu unterstützen. Spenden (steuerabzugsfähig) richten Sie bitte unter

dem Stichwort „Forschungsprojekt“ an das Konto 040 100 3917 bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank, BLZ 100 906 03.

Wechsel beim Marburger Bund

Bei Außenstehenden sorgten Ende August die Vorstandswahlen beim Marburger Bund Berlin/Brandenburg für Überraschung. Der neue Vorsitzende heißt Dr. med. Matthias Albrecht. Der 38-jährige Kinderarzt und Master of Public Health arbeitet als Qualitätsmanager in der Elisabeth-Klinik und ist seit 2002 Vorstandsmitglied der Ärztekammer Berlin. Sein Stellvertreter, Dr. med. Manfred Kalz, ist Kinderarzt in Neuruppin.

Albrecht und Kalz lösen die bisherigen Amtsinhaber Dr. med. Udo Wolter und Dr. med. Günther Jonitz (beide Ärztekammer-Präsidenten ihres Bundeslandes) ab, die wegen ihrer Verantwortung für die Berliner respektive Brandenburger Ärztekammer auf einen Vorsitz verzichteten. Neu rückte die Anästhesistin Dr. med. Eva Müller-Dannecker in den MB-Vorstand ein. Sie ist für die Fraktion Gesundheit Mitglied der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin und vertritt die Arbeitnehmer im Vivantes-Aufsichtsrat.

Hier der Vorstand im Ganzen:

Dr. med. Matthias Albrecht (Elisabeth-Klinik Berlin), **Dr. Manfred Kalz** (SPZ Ruppiner Kliniken Brandenburg), **Dr. med. Günther Jonitz** (Elisabeth-Klinik Berlin), **Dr. med. Sigrid Kemmerling** (DRK-Kliniken Westend), **Tilmann Muehlenberg** (Rheumaklinik), **Dr. med. Werner Wyrwich** (Charité Campus Benjamin Franklin), **Dr. med. Eva Müller-Dannecker** (Vivantes-Klinikum Am Urban), **Dr. med. Udo Wolter** (Ruppiner Kliniken GmbH), **Dr. med. Helge Steffen** (Humaine-Klinikum Bad Saarow), **Dr. med. Renate Schuster** (KH Märkisch Oderland) und **Dr. med. Jürgen Fischer** (Johanniter-Krankenhaus Treuenbriezen).

Vertreter der außerordentlichen Mitglieder ist **Ernst-Günter Vieweg**, langjähriger Assistentensprecher der chirurgischen Abteilung im HELIOS-Klinikum-Emil-von-Behring. Vertreter der Studenten im Vorstand ist **Peter Bobbert**.

marburger bund

MB beschloss Rahmen für eigenen Ärztetarifvertrag

Der Marburger Bund Berlin/Brandenburg geht neue Wege in der Tarifpolitik. Ende August beschlossen die MB-Delegierten den Rahmen für einen eigenen Krankenhausarzttarifvertrag, der die spezifischen Bedürfnisse der angestellten Ärztinnen und Ärzte im Blick hat. Wichtiger Bestandteil ist eine voll bezahlte Wochenarbeitszeit von bis zu 48 Stunden einschließlich Bereitschaftsdiensten und die Zahlung von Leistungszulagen (besondere Funktionsverantwortung o.ä.).

Zudem wurde beschlossen, dass Tarifverträge künftig auch ohne die Dienstleistungsgewerkschaft ver.di abgeschlossen werden können. Nur wenn die Arbeits- und Tarifbedingungen der Leistungsträger von Krankenhäusern

gut geregelt seien, könne es auch dem gesamten Krankenhaus mit allen anderen Berufsgruppen gut gehen, so die Begründung der MB-Delegierten zu diesem Aspekt. Die MB-Geschäftsführung kann nun in diesem Sinne Tarifverhandlungen führen. In den betroffenen Krankenhäusern werden lokale Tarifkommissionen gebildet.

Die neue Linie des MB wird bereits im HELIOS-Klinikum Emil-von-Behring erfolgreich angewandt (wir berichteten). In ersten Gesprächen signalisierten auch Charité-Ärzte große Sympathien für einen eigenen Ärzte-Tarifvertrag. Das Universitätsklinikum löst sich gerade vom BAT und bereitet für seine vier Standorte einen eigenen Haustarifvertrag vor.

Bundesverfassungsgericht

Orthopäden dürfen keine MRT abrechnen

Die Magnetresonanztomographie (MRT) darf derzeit nur von Radiologen als GKV-Leistung angeboten werden. Dies geht aus einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 16. Juli 2004 hervor. Das Gericht bestätigte die Auffassung des Berufsverbandes der Radiologen, dass das MRT derzeit für Orthopäden eine fachfremde Leistung ist. Dies gilt auch für die anderen teilradiologischen Fächer.

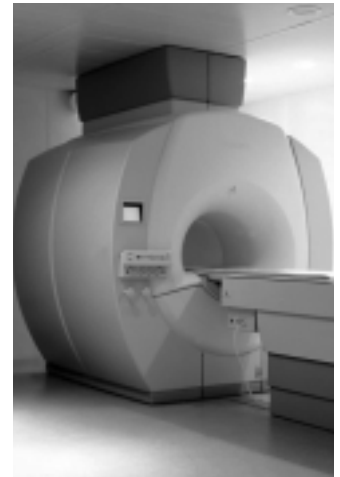
Ein Orthopäde aus Bayern hatte dagegen geklagt, dass ihm die Genehmigung zur Ausführung

und Abrechnung magnetresonanztomographischer Leistungen an gesetzlich Versicherten versagt wird. Er hatte die erforderlichen Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V für diese Untersuchung nicht erfüllt. Der Orthopäde zog dennoch vor Gericht, da er sich in seiner Berufsausübung über Gebühr eingeschränkt sah und hier einen Verstoß gegen Art. 12 des Grundgesetzes vermutete.

Das Gericht folgte dieser Argumentation nicht. Es unterstrich,

dass es im Sinne einer wirtschaftlichen Versorgung sachlich gerechtfertigt ist, die Abrechenbarkeit spezieller Leistungen auf bestimmte, dafür speziell qualifizierte Arztgruppen zu beschränken. Da das Durchführen von MRTs nicht zu den Kernbereichen der Berufsausübung eines Orthopäden gehöre, berühre das Nicht-Abrechnen-Können dieser Untersuchungsmethode nicht „die eigentliche Berufstätigkeit als Grundlage der Lebensführung“, so das Gericht. Bei der Definition des „Kernbereichs“ der Berufsausübung stützte sich das Gericht auf die Weiterbildungsordnung des Landes Bayern.

Die als Zusatzweiterbildung in der neuen Weiterbildungsordnung vorgesehene „Fachgebundene MRT“ wird zukünftig auch anderen Fachärzten die Durchführung und Befundung



Magnetresonanztomographie -Gerät

gebietesbezogener MRT-Befundungen ermöglichen. Voraussetzung dafür wird eine 24-monatige Weiterbildung nach der Facharztanerkennung sein. Die neue Weiterbildungsordnung ist in Berlin allerdings noch nicht in Kraft; sie liegt bei der Senatsgesundheitsverwaltung zur Genehmigung.

Aktenzeichen: 1 BvR 1127/01

Wiedersehen

III. Moabiter Gedenkkonzert

Für alle Freunde, Patienten und ehemaligen Mitarbeiter des früheren Krankenhauses Moabit findet am 3. Jahrestag seiner Schließung das III. Moabiter Gedenkkonzert statt: **Sonntag, 31. Oktober 2004, 19 Uhr s.t.** im Großen Hörsaal des früheren Krankenhauses Moabit, Turmstr. 21, 10559 Berlin.

Auf dem Programm stehen:

Ravel	Streichquartett F-Dur
Ciurlionis	Streichquartett c-moll
Beethoven	Streichquartett Nr. 15, a-moll, op.132

Es spielt das Vilnius-State-Quartett. Im Anschluss an das Konzert bietet sich im Kleinen Hörsaal die Möglichkeit, einander wiederzusehen. Karten zum Preis von 20 € können ab 6. Oktober unter Tel. 30 49 322 oder schriftlich bei Dr. Hans-Herbert Wegener, Am Rupenhorn 6 a, 14055 Berlin angefordert werden.

Wenn der Betrag rechtzeitig auf dem Sonderkonto Dr. Wegener, Postbank Berlin, BLZ 100 100 10, Kto-Nr. 42525-109 eingeht, werden die Karten zugeschickt, anderenfalls an der Abendkasse hinterlegt.

Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

Vivantes Klinikum Neukölln Neuer Chefarzt des Instituts für Radiologie und interventionelle Therapie ist seit 1.9.2004 PD Dr. med. Michael Reuter. Er kommt vom Universitätsklinikum Schleswig-Holstein/Kiel, wo er zuvor als Oberarzt tätig war. Sein Vorgänger Prof. Dr. med. Michael Westphal ist in den Ruhestand gegangen.

Vivantes Klinikum Spandau Neuer Chefpäthologe für den gesamten Bereich Nord wird Jörg Linke, zuvor tätig als Oberarzt im Klinikum Am Urban. Dr. med. Susanne Reyher-Klein, die seit 2002 die Kommissarische Leitung der Abteilung innehatte, verlässt das Haus zum Ende des Jahres.

Krankenhaus Waldfriede Dr. med. Barbara Brückner hat Mitte August ihre Tätigkeit als Ärztliche Leiterin des DMP Brustkrebs am Krankenhaus Waldfriede aufgenommen. Sie arbeitete zuvor als Leitende Oberärztin an der Universitäts-Frauenklinik in Bonn. Das Brustzentrum ist zu erreichen unter Tel. 81810-245.

Vivantes Humboldt-Klinikum Ein neues ambulantes Beratungsangebot zur Diagnostik und Therapie von Internetsucht wurde eingerichtet. Es steht unter der Leitung von PD Dr. med. Werner E. Platz und wird auch für russischsprachige Patienten angeboten. Kontakt: Tel 4194-5609.

Deutsches Rotes Kreuz Neuer Ärztlicher Leiter Rettungsdienst des Berliner Roten Kreuzes wurde Dr. med. Henrik Schierz. Er nimmt diese Position ehrenamtlich wahr. Hauptamtlich ist er am Vivantes-Klinikum im Friedrichshain tätig.

Parkklinik Weißensee Prof. Dr. med. Bodo Paul, bislang Chefarzt der Orthopädie an der Parkklinik Weißensee, rückt in die Leitung des Hauses auf. Künftig wird er als gleichberechtigter Geschäftsführer neben Mario Krabbe für die Schlosspark-Klinik und die Parkklinik Weißensee verantwortlich sein. Seinen Chefarztposten übernimmt ab Januar 2005 PD Dr. med. Michael Muschik, bislang tätig an der orthopädischen Fachklinik Seehospital Sahlburg. Bis dahin wird Paul seine Abteilung weiterleiten.

HELIOS-Klinikum Emil-von-Behring Zum 1. Oktober richtet das Haus eine eigene Klinik für Kinderorthopädie ein. Nach Angaben des Unternehmens handelt es sich hierbei um die erste Spezialeinrichtung dieser Art in Berlin. Die neue Abteilung steht unter der Leitung von PD Dr. med. Holger Mellerowicz, der bereits leitender Oberarzt in der Orthopädie des Hauses ist.

Dr. med. Roland Bittner ist neuer Chefarzt des Instituts für Diagnostische und Interventionelle Radiologie des HELIOS-Klinikums Emil von Behring. Bittner kommt von der Charité Campus Virchow, wo er bisher als Oberarzt tätig war. Er löst PD Dr. med. Dietrich Banzer ab, der sich in den Ruhestand verabschiedet.

Jüdisches Krankenhaus Das Jüdische Krankenhaus hat im August eine neue Abteilung für Psychotherapie und Psychiatrie eröffnet. Neben dem bereits bestehenden Schwerpunkt der Behandlung von Suchtkranken werden dort nun auch spezielle psychiatrische Behandlungsaspekte, aber auch alltagspsychiatrische Erkrankungen behandelt werden. Die Abteilung ging aus der bisherigen Abteilung Innere Medizin II hervor, deren Leiter, Dr. Rüdiger Salloch-Vogel, im November in den Ruhestand geht. Chef der neuen Abteilung ist PD Dr. med. Tom Bschor, zuvor tätig als Oberarzt am Universitätsklinikum Dresden.

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

TITELTHEMA

DIE ZEIT DER EINZELK



Wer heute als Ärztin oder Arzt in der ambulanten Gesundheitsversorgung tätig ist und dabei einen Einzelkampf vermeiden will, dem stehen über die üblichen Kooperationsmöglichkeiten wie Praxisgemeinschaft oder Gemeinschaftspraxis hinaus vielfältige Kooperationsformen offen. Dafür sorgt das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), das seit dem 1.1.2004 in Kraft ist, ebenso wie die auf dem 107. Deutschen Ärztetag in Bremen beschlossenen Änderungen der Musterberufsordnung, sofern diese in der Folge in Länderberufs- und -zulassungsrecht umgesetzt werden.



ÄMPFER IST VORBEI.

Betriebswirtschaftliche Aspekte innovativer Kooperationsmöglichkeiten im ambulanten Bereich

Von Carsten Buchartz und Georg Heßbrügge

Der Weg in eine Kooperation muss gut geplant werden. Anstatt sich – wie es oft geschieht – zunächst einmal mit der vorteilhaftesten Rechtsform zu beschäftigen, sollte ein kooperationswilliger Heilberufsangehöriger primär über folgende Fragestellungen nachdenken: Was will ich erreichen, wenn ich mit anderen kooperiere? Stehen finanzielle Fragestellungen wie die Erhöhung des erwirtschafteten Gewinns im Vordergrund oder doch eher Aspekte der Patientenversorgung? Vielleicht geht es auch „nur“ darum, ein Stück mehr eigene Arbeitszufriedenheit und Verbesserung der Lebensqualität zu erreichen. In der Realität wird immer ein Mix aus diesen Fragestellungen eine mögliche Lösung skizzieren. Je nach Antwort finden sich dann unterschiedliche Kooperationsformen, deren konkrete Rechtsform in diesem Stadium noch nicht entscheidend ist.

Größe allein ist noch kein ausreichendes Konzept

Traditionell findet ambulante Versorgung immer noch in räumlich isolierten Praxen statt, wobei dies in der Mehrzahl noch Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen oder Praxisgemeinschaften sind. Vielfach wurden dafür Räumlichkeiten ausgesucht, deren Flächen

und Nutzungskonzepte den Anforderungen an ein modernes Arztunternehmen – und dazu zählt jede noch so kleine, freiberuflich geführte Arztpraxis – nicht gewachsen sind. Wie wichtig dieser Aspekt unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten ist, zeigt ein Blick in die Gesundheitsökonomie. So gibt es Untersuchungen, denen zufolge in schlecht oder falsch geschnittenen Grundrissen bis zu 20 Prozent des Umsatzes durch vermeidbare (Personal- und Raum-)Kosten vernichtet wird. Wer allerdings glaubt, diesem Umstand durch einen Kooperationsansatz begegnen zu können, der allein auf eine Erhöhung der Einnahmenseite z.B. in Form von Einzelverträgen mit Krankenkassen zielt, liegt falsch. Eine derartige Therapie muss fehlschlagen, da sie nur auf kurze Sicht ausgerichtet ist und letzten Endes in den bekannten Hamsterradeffekt mündet.

Wählt man zur Unterscheidung von Kooperationsformen nicht das Kriterium „Rechtsform“, lässt sich beispielsweise sinnvoll nach „dezentral eingebunden“ und „räumlich konzentriert“ differenzieren. Zu den dezentralen Kooperationsformen gehören Teilk Kooperationen mit getrennten Praxissitzen sowie Praxisnetze in verschiedenen Ausprägungen. Räumlich konzentrierte Kooperationen sind Medizinische Versorgungszentren

(mit oder ohne angestellte Ärzte; mit oder ohne Einbindung nichtmedizinischer Kooperationspartner) sowie Ärztehäuser beziehungsweise – in einer komplexeren Variante – Zentren für Gesundheitsversorgung. Mit beiden Kooperationsvarianten lassen sich unterschiedliche Ziele verfolgen:

- ◆ **Stärkung der Einnahmensituation** (höhere GKV-Honorare, z.B. durch ergänzende Einzelverträge; Erschließung von Einnahmequellen außerhalb der GKV)
- ◆ **Minderung der betriebswirtschaftlichen Kosten** (Raumkosten, Personalkosten, Gerätekosten)
- ◆ **Verbesserung des Standings der Praxis** durch schnelle Befunddatenübermittlung (Patientenbriefe), z.B. auf elektronischem Wege, sowie durch Verzahnung der eigenen Kernkompetenzen mit den Leistungsmöglichkeiten anderer Ärzte.

Die größten Effekte lassen sich auf den genannten Gebieten erreichen, indem räumlich konzentrierte Kooperationen gewählt werden. Das müssen nicht immer die derzeit so häufig in der Öffentlichkeit diskutierten Medizinischen Versorgungszentren sein. Unbestritten kann diese Kooperationsform spezifische Merkmale bieten wie die Anstellung von Ärzten, ein interner Honorarverteilungsmaßstab und flexible Arbeitszeitgestaltungsmöglichkeiten. Für wen diese Eigenschaften nicht von vorrangiger Bedeutung sind, dem bieten andere Formen der Kooperation sicherlich zielführendere Ansätze.

Konzentration in einer Immobilie ist oft sinnvoll

Generell lassen sich durch Kooperationen Flächen und Prozesse optimieren sowie das Qualitätsmanagement und das Marketingpotenzial verbessern. Auch wenn es dazu des Umzugs der bisherigen Einzelpraxis in neue Räume bedarf, werden sich die damit einhergehenden Kosten (Aufhebung des bisherigen Mietvertrages, teilweise Neueinrichtung, Modernisierung der Geräte) in aller Regel schnell amortisieren.

Die Kooperation innerhalb einer „Gesundheitsimmobilie“ kann vielfältig ausgestaltet sein. In der Grundkonstruktion bleiben die Praxen wie bisher grundsätzlich rechtlich selbstständig als Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft, kooperieren jedoch auf Teilgebieten miteinander.

Die sich anschließende Frage nach der passenden Rechtsform wird durch Eigentums-, haftungs- und steuerrechtliche Varianten bestimmt. Je nach Kooperationstyp sind jeweils konkrete Rechtsformen zu präferieren. Der einzelne Arzt gibt insofern einen gewissen Teil seiner direkten Einflussmöglichkeiten auf. Dem stehen aber Synergiepotenziale beziehungsweise Kosteneinsparungsmöglichkeiten gegenüber:

- ◆ **Empfang mit gemeinsamem Personal**
- ◆ **Vermeidung von Gerätedopplungen** und Betrieb der verbleibenden Geräte in einer Apparategemeinschaft
- ◆ **Gemeinsam Nutzung von Warteflächen** und sonstiger Infrastruktur

Dabei ist selbstverständlich von immanenter Wichtigkeit, dass es sich nicht nur um ein neues, verändertes Raumangebot handelt, sondern dieses durch ein tragfähiges Nutzungskonzept unterstützt wird, das die Notwendigkeiten einer (gesundheits-)ökonomischen Optimierung in der ambulanten Medizin berücksichtigt. Derzeit ist ein zunehmendes Angebot an „Ärzte-, Gesundheits-“ und „Medizinzentren“ zu verzeichnen.

Dabei ist festzustellen, dass die Immobilienwirtschaft verstärkt als Investor auf dem Gesundheitsmarkt auftritt. Involvierte Ärzte sollten daher unbedingt die Möglichkeit prüfen, die Sachinvestition in die Immobilie selbst zu finanzieren, z.B. als Beteiligter in einer „Besitzgesellschaft“. Sie überlassen dann den Anteil am Vermögenszuwachs sowie die Mitsprache bei der Ausgestaltung und dem Betrieb der „Gesundheitsimmobilie“ nicht an-

deren, sondern können ihre eigenen Gestaltungs- und Mitspracherechte ausüben. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, bestimmte infrastrukturelle Verwaltungsaufgaben (z.B. Gerätemanagement, Miet- und Personalangelegenheiten) auf neu zu gründende Betriebsgesellschaften zu delegieren, um somit eine Konzentration auf medizinische Kernkompetenzen zu gewährleisten.

Unzweifelhaft bieten räumlich konzentrierte Kooperationen dem traditionellen Individualmediziner zukunfts- und existenzsichernde Perspektiven. Er wird zum prädestinierten Partner für innovative beziehungsweise integrierte Versorgungsmodelle, kann die Möglichkeiten von innovativen (Einzel-)Vertragsarten und Vergütungsformen nutzen und verfügt zudem über eine verbesserte Verhandlungsposition Dritten (z.B. Krankenkassen) gegenüber. Diese Vorteile sind auch dem stationären Sektor nicht verborgen geblieben, der sowohl gesetzlich legitimiert als auch ökonomisch getrieben zunehmend in den Bereich ambulanter Leistungen vordringt.

Nicht nur große Klinikketten beabsichtigen, vor ihren Toren beziehungsweise auf ihrem Areal eigene medizinische Versorgungszentren zu betreiben. Bestenfalls geschieht dies in Zusammenarbeit mit Ärzten in direkter Peripherie. Angesichts dieser intern und extern bedingten Einflussfaktoren ist der in der ambulanten Gesundheitsversorgung tätige Individualmediziner gut beraten, mögliche Projekte sorgfältig bezüglich der Ausweitung eigener Chancen und Zukunftsperspektiven zu prüfen beziehungsweise selbst zu initiieren.

Anschrift der Verfasser:

Carsten Burchartz/Georg Heßbrügge
c/o Deutsche Apotheker- und Ärztebank
Bereich Neue Versorgungsstrukturen
Richard-Oskar-Mattern-Straße 6
40547 Düsseldorf

Strukturwandel in der ambulanten Versorgung

Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-Modernisierungsgesetz die Weichen für eine grundlegende Strukturveränderung in der ambulanten Versorgung gestellt. Mit einer entsprechenden Änderung der Musterberufsordnung (MBO) hat im Mai der Deutsche Ärztetag in Bremen bereits reagiert. Zwar müssen die Regelungen der MBO erst noch in allen Bundesländern umgesetzt werden (in Berlin ist das noch nicht der Fall); sie weisen aber schon die Richtung, in die sich ambulante Versorgungsstrukturen künftig bewegen werden. Alle im Folgenden zur neuen MBO getroffenen Aussagen stehen noch unter Vorbehalt. Es ist durchaus möglich, dass die Berliner Berufsordnung hiervon abweichen wird. Der folgende Text dient deshalb nur der ersten Orientierung unserer Leser in einem noch mit etlichen rechtlichen Unbekannten gepflasterten Terrain.



Um für den niedergelassenen Bereich weitgehend gleiche Chancen im zukünftigen Wettbewerb mit anderen Leistungserbringern zu schaffen, sind weitgehende Neuerungen in die neue MBO aufgenommen worden:

- ◆ Niedergelassene Ärzte dürfen über den Praxissitz hinaus an zwei weiteren Orten ärztlich tätig sein (§ 17 Abs. 2 der neuen MBO), müssen jedoch Vorkehrungen für eine ordnungsgemäße Versorgung der Patienten an allen Orten treffen.
- ◆ Niedergelassene Ärzte dürfen unter bestimmten Umständen Kollegen anderer Fachrichtungen anstellen und deren Leistungen als eigene abrechnen (siehe S.19)
- ◆ Wo bisher neben der klassischen Einzelpraxis nur Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften und Partnerschaftsgesellschaften existierten, sollen weitere Kooperationsformen möglich sein. Erstmals können diese übrigens auch beschränkt auf einzelne Leistungen eingegangen werden (§ 18 der neuen MBO).
- ◆ Ärzte dürfen auch in Form einer juristischen Person des Privatrechts ärztlich tätig sein (§ 23 a MBO). Gewährleistet sein muss jedoch, dass
 - a. die Gesellschaft verantwortlich von einem Arzt geführt wird; Geschäftsführer müssen mehrheitlich Ärzte sein,
 - b. die Mehrheit der Gesellschaftsanteile und der Stimmrechte Ärzten zusteht,
 - c. Dritte nicht am Gewinn der Gesellschaft beteiligt sind,
 - d. eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung für jeden in der Gesellschaft tätigen Arzt besteht.

Für den einzelnen beschäftigten Arzt muss eine eigenverantwortliche, medizinisch unabhängige und nicht gewerbliche Berufsausübung gewahrt werden. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass unabhängig von der Frage, ob die neuen Regelungen der MBO in dieser Form in Berlin übernommen werden, für den vertragsärztlichen Bereich weitgehende Anpassungen im Vertragsarztrecht erforderlich sind, damit auch vertragsärztlich tätige Kollegen von den neuen Regelungen profitieren.

Kooperationsvariante „Medizinisches Versorgungszentrum“

Eine besondere Form der ambulanten Kooperation, in der auch andere Leistungserbringer als Ärzte beteiligt sein können, ist das vom Bundesgesetzgeber im SGB V geregelte „Medizinische Versorgungszentrum“, auf das wir im Folgenden etwas näher eingehen werden.

Definition

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) nach § 95 SGB V sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister (...) eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind.

Organisationsform

Die MVZ können sich aller „zulässigen Organisationsformen“ (s.u.) bedienen. Dazu gehören die

- ◆ BGB-Gesellschaft (Personengesellschaft)
- ◆ GmbH
- ◆ Partnerschaftsgesellschaft

Die Bundesärzteordnung schließt jedoch die OHG und die KG als typische Handelsgesellschaften aus.

Wer darf ein MVZ gründen?

Als Gründer der Trägergesellschaft eines Medizinischen Versorgungszentrums kommen nur Leistungserbringer



in Frage, die aufgrund von Zulassung, Ermächtigungen oder Vertrag bereits an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen. Das sind Ärzte (niedergelassene und ermächtigte Krankenhausärzte), Zahnärzte, zugelassene Psychotherapeuten, Apotheken, Krankenhausträger, Heilmittelerbringer (z.B. Krankengymnasten, Logopäden) und Hilfsmittelerbringer (z.B. Optiker oder Orthopädienschuhmacher).

Nicht teilnehmen könnten – um nur einige Beispiele zu nennen – Psychologen ohne KV-Zulassung, Yogalehrer, Industrieunternehmen, Handwerksbetriebe oder Fitnessstudios. Zudem müssen zu den Gesellschaftern eines MVZ immer Ärzte verschiedener ärztlicher Fachrichtungen gehören. So wäre es zum Beispiel nicht möglich, dass sich ein einzelner Arzt mit einem Optiker zu einem MVZ zusammenschließt, da hier der vom Gesetzgeber geforderte fachübergreifende Versorgungsaspekt nicht eingehalten würde.

Zulassung durch den Zulassungsausschuss

Das Medizinische Versorgungszentrum wird vom Zulassungsausschuss durch Verwaltungsakt zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung zugelassen. Die Zulassung eines Zentrums sowie die spätere Anstellung weiterer Ärzte ist jedoch nur dann möglich, wenn der Pla-

Heilkunde GmbHs sind in Berlin noch nicht möglich.

In Berlin ist nach geltendem Landesrecht (§ 4 Abs. 4 des Berliner Kammergesetzes) die Ausübung ambulanter ärztlicher Tätigkeit an die Niederlassung in eigener Praxis gebunden, soweit nicht gesetzliche Bestimmungen etwas anderes zulassen. Dies bedeutet, dass ambulante ärztliche Tätigkeit grundsätzlich nicht von privaten juristischen Personen (z.B. einer GmbH) erbracht werden darf. Anders als in der Gesetzesbegründung werden im eigentlichen Gesetzestext des SGB V GmbHs auch nicht als mögliche Organisationsform eines MVZ genannt. Das bedeutet: Die Errichtung von Heilkunde-GmbHs ist für den privatärztlichen Bereich derzeit in Berlin definitiv ausgeschlossen, als Organisationsform eines MVZ nach SGB V jedoch bei sehr gutwilliger Auslegung des Gesetzes bereits denkbar.

nungsbereich für die jeweiligen Arztgruppen nicht wegen Überversorgung gesperrt ist. Die aus den Polikliniken der DDR hervorgegangenen Gesundheitszentren (die sogenannten 311er-Einrichtungen) behalten ihre Zulassung und werden künftig wie Medizinische Versorgungszentren behandelt.

Anstellung von Ärzten im MVZ

In Medizinischen Versorgungszentren dürfen auch Ärzte angestellt werden. Allerdings nur dann, wenn sie Fachgruppen angehören, die im Planungsbereich nicht gesperrt sind. Die Anstellung bedarf der Genehmigung durch den Zulassungsausschuss (genehmigte Anstellung). Will das MVZ einen Kollegen aus einem schon gesperrten Fachgebiet anstellen, so ist dies nur möglich

a) über Job-Sharing. Bei dieser Konstruktion wird das abrechnungsfähige Budget der beiden Job-Sharing-Partner auf der Basis der letzten vier abgerechneten Quartale berechnet und lediglich mit einem Aufschlag von nur maximal 3% des Fachgruppendurchschnittes versehen.

Quelle: KV Berlin

b) über Gewinnung eines Kollegen, der bereits über eine Zulassung verfügt. Ärzte, die bereits über eine Zulassung verfügen und sich in einem MVZ anstellen lassen wollen, behalten ihre Zulassung, verlieren jedoch ihre eigene Abrechnungsziffer. Sie können aber auch auf ihre Zulassung verzichten, um sich im MVZ anstellen zu lassen. Alle in einem Medizinischen Versorgungszentrum tätigen Ärzte rechnen wie Gemeinschaftspraxen unter einer gemeinsamen Abrechnungsziffer ab. *Quelle: KV Berlin*

Die Beschäftigung angestellter ärztlicher Mitarbeiter in der Praxis

...setzt die Leitung durch einen niedergelassenen Arzt voraus. Die Beschäftigung angestellter Ärzte muss von Seiten des Praxisinhabers bei der Ärztekammer angezeigt (§ 19 Abs. 1 der neuen MBO) werden. In Fällen, in denen der Behandlungsauftrag des Patienten regelmäßig nur von Ärzten verschiedener Fachgebiete gemeinschaftlich durchgeführt werden kann, darf ein Facharzt als Praxisinhaber die für ihn fachgebietsfremde ärztliche Leistung auch durch einen angestellten Facharzt des anderen Fachgebietes erbringen (§ 19 Abs. 2 der neuen Muster BO). Angestellte Ärzte müssen zu angemessenen Bedingungen beschäftigt werden (§ 19 Abs. 3 der neuen MBO).

Angestellte Ärzte, die fünf Jahre in einem MVZ tätig waren, können unter Mitnahme der Zulassung aus dem MVZ herauswechseln und sich in eigener Praxis niederlassen, selbst wenn der Planungsbezirk bereits gesperrt ist. Die Stelle, die dann im MVZ frei wird, kann im Nachbesetzungsverfahren wiederbesetzt werden.

Haftpflichtversicherung

Alle in einem MVZ beschäftigten Ärzte müssen durch eine Berufshaftpflichtversicherung abgesichert sein. Zudem muss das MVZ als Gesamteinrichtung haftpflichtversichert sein. Die versicherten Haftungsrisiken müssen – ähnlich wie bei Krankenhäusern – den besonderen Bedingungen einer medizinischen Versorgungseinrichtung entsprechen.

Steuerliche Besonderheiten

Medizinische Versorgungszentren sind, wenn sie als GmbH organisiert sind
◆ körperschaftsteuerpflichtig

- ◆ gewerbesteuerpflichtig
- ◆ Die Ausschüttungen an die Gesellschafter unterliegen der Einkommenssteuer

Kooperation mit weiteren Leistungserbringern

Dem MVZ ist die Kooperation mit anderen Leistungsträgern möglich, insbesondere mit Kliniken.

Das MVZ kann sich um einzelne Praxissitze als Nachfolger bewerben.

Ein MVZ kann sich an einer Praxisgemeinschaft, nicht aber an einer Gemeinschaftspraxis beteiligen. *SyGo*

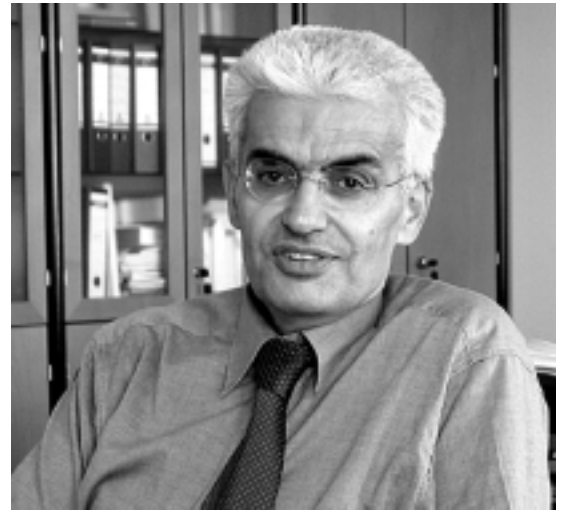
Übrigens

... dürfen Ärzte auch mehreren Berufsausübungsgemeinschaften gleichzeitig angehören! Wichtig ist aber: alle Zusammenschlüsse, deren Änderung oder Beendigung, sind der Ärztekammer anzuzeigen. (§ 18 Abs. 3 und 6 der neuen MBO)



Ohne Arztsitz kein Einstieg ins MVZ

Die ambulante Versorgungslandschaft soll sich nach dem Willen des Gesetzgebers deutlich verändern. Gewünscht ist, dass sich niedergelassene Ärzte mit anderen Leistungsanbietern zusammenschließen. Es sollen fachübergreifende Versorgungsangebote unter einem Dach entstehen, in denen Angestellte und Niedergelassene gemeinsam arbeiten. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) - ähnlich strukturiert wie die Nachfolgeeinrichtungen der früheren DDR-Polikliniken – sollen dabei ein wichtiger Baustein sein. Doch wie groß ist in der Ärzteschaft das Interesse an den neuen Kooperationsformen? BERLINER ÄRZTE sprach darüber mit Dusan Tesic, dem Hauptgeschäftsführer der KV Berlin und Peter Pfeiffer, Hauptabteilungsleiter des KV-Bereichs Sicherstellung. Die KV und die Kassen stellen gemeinsam den Zulassungsausschuss, der die Anträge auf Gründung von MVZ genehmigen muss.



Dusan Tesic
Hauptgeschäftsführer KV Berlin

Herr Tesic, Herr Pfeiffer, wie groß ist im Moment das Interesse der niedergelassenen Ärzte in Berlin, ein MVZ zu gründen? Rennen die Kollegen dem Zulassungsausschuss schon die Türen ein?

Tesic: Nein, das Interesse an diesem Thema ist noch überschaubar. Wir haben hier im Schnitt etwa 10 Nachfragen pro Woche. Das ist nicht wenig, aber auch nicht bemerkenswert viel. De facto liegen dem Zulassungsausschuss in Berlin jetzt 17 Anträge auf Gründung eines MVZ vor. Davon stammen 14 von niedergelassenen Ärzten, die aus einer Praxisgemeinschaft oder einer Gemeinschaftspraxis heraus ein MVZ anstreben. Zwei Krankenhäuser und ein weiterer Leistungserbringer aus dem biotechnologischen Bereich sind dabei. Inzwischen haben wir von den 17 Anträgen 6 positiv beschieden und 2 abgelehnt. Der Rest ist noch offen

Welche Anforderungen müssen bei der Gründung eines MVZ erfüllt werden?

Pfeiffer: Da gibt es etliche. Die wichtigsten: Wer solche Gesellschaften gründen will, muss bereits im GKV-Rahmen zur Versorgung zugelassen sein. Das können Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen oder zum Beispiel Krankentransportunternehmen sein. Die Lei-

tung des MVZ muss ein Arzt oder eine Ärztin innehaben, das ich wichtig. Das MVZ muss fachübergreifend angelegt sein, das heißt, die darin beschäftigten Ärzte müssen mindestens zwei verschiedenen Fachgebieten angehören. Und alle in einem MVZ tätigen Ärzte müssen bereits einen Arztsitz mitbringen. Auch für angestellte Ärzte muss, um eine entsprechende Erlaubnis zu erhalten, im Gegenzug ein freier Arztsitz nachgewiesen werden.

Die Zentren müssen sich somit in den Grenzen der Bedarfsplanung bewegen?

Tesic: So ist es. Da in Berlin fast alle Fachgebiete gesperrt sind – Ausnahmen gibt es nur noch in der Labormedizin, der Pathologie und Kinder- und Jugendpsychiatrie – ist hier keine Neuzulassung mehr möglich.

Das heißt, es können unter den Ärzten nur die bereits Niedergelassenen ein MVZ gründen?

Tesic: Ja. Wenn ein MVZ in einem bestimmten Fach Arztsitze haben will, muss es schon bestehende Praxen räumlich zusammenziehen oder es muss welche aufkaufen. Das geht, wenn der bisherige Inhaber sich am MVZ beteiligen will oder wenn er seine

Praxis aufgibt und selbst nicht mehr tätig ist. Dieser Arztsitz könnte vom MVZ aufgekauft und mit einem angestellten Arzt bestückt werden.

Wie sieht denn das mit Krankenhäusern aus, die ja auch Gründer eines MVZ sein können?

Tesic: Auch ein Krankenhaus muss, um in ein Medizinisches Versorgungszentrum einzusteigen, einen Arztsitz aufkaufen oder einen bereits niedergelassenen Arzt dazu bringen, seine Praxis aufs Klinikgelände zu verlegen.

Kann ein ermächtigter Krankenhausarzt, der ja für einen bestimmten Bereich schon an der ambulanten Versorgung teilnimmt, auch als Gründer eines MVZ auftreten? Sprich, hat der einen Arztsitz?

Pfeiffer: Ein Ermächtigter könnte ein Medizinisches Versorgungszentrum gründen, aber er könnte dort nicht angestellt sein, denn er darf nur in einem klar definierten Spektrum ambulante Leistungen erbringen. Zudem hat das Bundessozialgericht bereits vor Jahren klar entschieden, dass ein in einem Krankenhaus angestellter Arzt nicht gleichzeitig eine volle Zulassung bekommen kann. Ein Ermächtigter kann jedoch mit einem MVZ sehr weit-

gehend kooperieren, aber solange er in einem Krankenhaus angestellt ist, würde die Anstellung in einem MVZ vom Zulassungsausschuss wohl nicht genehmigt werden.

Angestellte Ärzte der Gründergeneration, die fünf Jahre in einem MVZ tätig waren, können ja ihre Zulassung „mitnehmen“, wenn sie die Einrichtung verlassen. Innerhalb des MVZ kann der freiwerdende Arztsitz dann aber wieder neu an einen angestellten Arzt zugeschrieben werden, da das MVZ als Gesamteinrichtung zugelassen ist. Das wird zwangsläufig zu einer Vermehrung von Ärzten im ambulanten Bereich führen. Wie geht die KV damit um?

Tesic: Es ist nicht nachvollziehbar, was sich der Gesetzgeber dabei gedacht hat. Die MVZ sollten ja eigentlich eine „Kapazitätsbereinigung“ herbeiführen – sprich die Zahl der Ärzte sollte reduziert werden. Und hier nun hat zumindest die Gründergeneration die Möglichkeit, nach fünf Jahren einen Praxis-sitz in einem schon gesperrten Gebiet zu bekommen. Das führt zu dem paradoxen Resultat, dass sich in fünf Jahren noch mehr Anbieter die Gesamtvergütung teilen müssen.

Im Moment scheinen die MVZ nur für niedergelassene Ärzte interessant zu sein, die bereits zugelassen sind und sich vergrößern wollen...

Tesic: Ich glaube nicht, dass Expansion an sich schon attraktiv ist. Denn die Frage ist doch, ob man in dieser Form sowohl mehr Geld verdienen kann als auch einen besseren Kontakt zu den Krankenkassen bekommt. Beides sehe ich im Moment noch nicht. Das Zentrum an sich und die Ausweitung führt ja nicht zu mehr Geld. Im Gegenteil!

Pfeiffer: Ich denke, das Interesse an diesen Themen wird zunehmen, wenn die Ärztekammer die Berufsordnung den Beschlüssen des Deutschen Ärztetages angepasst hat*. Wenn Berlins Ärzte die Möglichkeit haben, Arztsitze

auch an mehreren Standorten aufzumachen, wird das wohl mehr Leute interessieren. Im Moment sind MVZ nur für Ärzte interessant, die ohnehin schon an einem Standort zusammensitzen. Sechs oder sieben Praxen zusammenlegen, das wäre ein zu großer Aufwand.

Was glauben Sie, welche Strukturen werden sich in der ambulanten Versorgung in Deutschland langfristig durchsetzen?

Tesic: Der Bundesärztekammerpräsident Hoppe hat ja neulich prophezeit, die MVZ würden in zehn bis fünfzehn Jahren etwa das Bild wesentlich dominieren. Die Einschätzung teile ich nicht. Die Frage ist doch: Was bieten diese Gebilde gegenüber Praxismgemeinschaften oder Gemeinschaftspraxen an Vorteilen? Mal abgesehen von dem einen oder anderen denkbaren steuerlichen Vorteil kann ich das im Moment noch nicht erkennen. Denn Integrierte Versorgung können Praxismgemeinschaften oder einzelne Ärzte auch anbieten, wenn sie denn angenommen werden innerhalb eines größeren Gesamtkontextes.

Manche sprechen davon, dass uns in der ambulanten Versorgung eine Art „Fielmannisierung“ bevorsteht. Teilen Sie diese Befürchtungen?

Die Konzentrationsvorstellungen aus der Industrie auf den ärztlichen Sektor



Peter Pfeiffer
Hauptabteilungsleiter des KV-Bereichs Sicherstellung

zu übertragen, halte ich persönlich für überzogen. Vielleicht mag das im Laborbereich zutreffen. In Bereichen mit hohem persönlichem Patientenkontakt scheint mir das aber an natürliche Grenzen zu stoßen.

Ich danke Ihnen für das Gespräch.

Das Interview führte Sybille Golkowski.

* Mit einer neuen Berufsordnung ist in Berlin erst im Laufe des Jahres 2005 zu rechnen. Die Ärztekammer Berlin wird voraussichtlich bis Jahresende eine neue Berufsordnung in ihren Gremien verabschieden. Allerdings tritt sie erst nach Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde und nach Veröffentlichung im Amtsblatt in Kraft. Diese Prozedur kann sich erfahrungsgemäß über viele Monate hinziehen.

Haben Sie Fragen zu den Medizinischen Versorgungszentren?

KV Berlin, Hauptabteilung Sicherstellung,
Masurenallee 6a, 4057 Berlin.
Tel. 31 003-430 (Herr Pfeiffer)

Steuer- und privatrechtliche Fragen zu Medizinischen Versorgungszentren und anderen Kooperationsformen im ambulanten Bereich beantwortet die KV Berlin nicht. Interessenten werden an die Beratung eines Fachanwalts verwiesen.

Ärzttekammer verklagt das Land Berlin

Bericht von der Delegiertenversammlung am 25. August 2004

Zum ersten mal in ihrer Geschichte wehrt sich die Ärztekammer Berlin auf dem Klageweg gegen eine Anordnung des Berliner Senats. Der Beschluss der Delegiertenversammlung hierzu fiel einstimmig aus. Wie berichtet (siehe Themenschwerpunkt Heft 9/2004 BERLINER ÄRZTE) bekam die ehrenamtliche Ethikkommission der Kammer durch die jüngste Novelle des Arzneimittelgesetzes eine neue Aufgabe. Diese geht durch die engen gesetzlichen Fristen und die umfangreichen Prüfunterlagen weit über die Möglichkeiten des Gremiums hinaus und ist mit erheblichen Haftungsrisiken verbunden. Diese greifen bis auf das sauber vom Kammerhaushalt abgetrennte Sondervermögen des ärztlichen Rentenversorgungswerks durch (wir berichteten).

Von Sybille Golkowski

Kurz erläuterte Vizepräsident Elmar Wille (Liste Allianz) den Delegierten noch einmal den Hintergrund der ausführlichen Beschlussvorlage. Bislang hatte die ehrenamtliche Ethikkommission der Kammer forschende Ärzte vor Durchführung von klinischen Versuchen am Menschen beraten. Inhalt war die Prüfung der ethischen und rechtlichen Vertretbarkeit des Vorhabens – meist Arzneimittelversuche – bezogen auf die Teilnahme von Probanden. Das aktuelle Arzneimittelgesetz definiert die ehren-

amtliche Ethikkommissionen nun völlig neu zu „Patientenschutzinstitutionen mit Behördencharakter“ um, deren „zustimmende Bewertung“ zur zwingenden Voraussetzung für den Beginn einer Arzneimittelstudie geworden ist. Antragsteller ist ferner nicht mehr der forschende Arzt selbst, sondern das beauftragende Pharmaunternehmen, im Gesetz „Sponsor“ genannt. Damit mutiert die ehemals rechtsunverbindliche ethische Beratung des Arztes und Kammermitgliedes zu einem sogenann-

ten Verwaltungsakt gegenüber Dritten, den Herstellern der zu prüfenden Arzneimittel.

Durch den Trick einer abstrakten Anknüpfung der „Sponsoren“ an das ehemals berufsrechtlich begründete Verhältnis Prüfarzt/ Ethikkommission macht sich



der Gesetzgeber die bestehenden Kommissionen und ihre Träger – nach Überzeugung der Ärztekammer Berlin unrechtmäßig – zunutze. Er zwingt die nach wie vor ehrenamtliche Kommission und deren Trägerkammer, der Pharmaindustrie fristgerecht die offizielle Legitimation für ihre Forschungsprojekte zu liefern. Daraus erwachsen Haftungsrisiken im mehrstelligen Millionenbereich. Dies wären Summen, die die Kammer in kürzester Zeit in die Pleite treiben würden. Durch die Durchgriffsmöglichkeiten auf das Rentenversorgungswerk der Ärzte wären zudem die Ärztrenten in Gefahr.

Statt die neue gesetzliche Aufgabe an die ehrenamtliche Kommission der Kammer durchzuwinken, müsste die Landesregierung für die neue Prüfungsaufgabe eine eigene Behörde schaffen, so Wille weiter. Ein entsprechendes Modell betreibe das Land Bremen bereits seit Jahren erfolgreich. Und auch Sachsen Anhalt habe bereits eine Behördenkonstruktion zugesagt. Leider seien Gespräche in dieser Richtung mit Berlins Gesundheitsstaatssekretär Hermann Schulte Sasse bislang ergebnislos verlaufen.

Die Delegierten – vorab mit umfassenden Unterlagen versorgt – hatten nur wenige Rückfragen. So wollte der Radiologe Dietrich Banzer (Liste Allianz) wissen, ob es eine Möglichkeit gebe, das Vermögen des Versorgungswerks vor dem Zugriff durch Haftungsrisiken zu schützen. Kammer-Vizepräsident

Elmar Wille verneinte. Man habe dies ausführlich prüfen lassen. Zu diesem Zweck müsste das Berliner Kammergesetz geändert werden und hierzu brauche man wiederum den Senat. Hermann Brehme (Liste „Macht's besser“) wollte wissen, warum die Ärztekammer Berlin mit ihren frühzeitigen Warnungen auf der Bundesebene bislang nicht gehört wurde. Hierzu erläuterte Kammer-Geschäftsführer Gerhard Andersen, dass die maßgeblichen Kräfte innerhalb der Bundesärztekammer lange das Ausmaß der Haftungsrisiken nicht erkennen wollten und stattdessen für einen Verbleib der Arzneimittelvoten in den Ärztekammern gekämpft hatten. Erfreulicherweise habe sich aber inzwischen bundesweit ein entsprechendes Problembewusstsein durchgesetzt.

Nach kurzer Diskussion votierten die Delegierten schließlich ohne Gegenstimme für den vom Vorstand vorgeschlagenen Weg, sich gegen die Anordnung des Landes Berlin zur Umsetzung des AMG mit einer Klage zu wehren.

Ombudsmann für Weiterbildungsfragen beschlossen

Als Vertrauensperson und zentrale Anlaufstelle für Weiterbildungsassistenten wird die Ärztekammer Berlin künftig eine/n ehrenamtlichen „Ombudsmann/frau“ benennen. Eine entsprechende Vorlage der Fraktion Gesundheit wurde mit 19:10 Stimmen bei drei Enthaltungen angenommen. Ein konkreter Kandidat oder eine Kandidatin muss jedoch erst noch gefunden werden. Der Abstimmung war eine ausführliche Debatte vorausgegangen, die bereits in der Delegiertenversammlung im Juni ihren Anfang genommen hatte.

Eine Ausdünnung der Personaldecke würde die Weiterbildungssituation in den Kliniken weiter verschärfen, begründete die Fraktion Gesundheit ihre Idee zu einem Ombudsmann. Da immer weniger Zeit für die Weiterbildung bleibt, wird diese qualitativ schlechter, Weiterbildungsinhalte werden nicht mehr vermittelt, obwohl sie auf dem Papier eigentlich sichergestellt seien. „Die jungen Ärzte brauchen eine Instanz, die Informationen über solche Missstände zentral sammelt, und bei der die Leute keine Angst haben müssen, dass sie reingerissen werden“, begründete Fraktion-Gesundheit-Sprecher Andreas Grüneisen seinen Antrag. Zahlreiche Vertreter des Marburger Bundes und der Liste Allianz zweifelten jedoch daran, dass es für diese – unbestritten sinnvolle – Aufgabe nun plötzlich noch eine eigene Institution geben sollte. Ihrer Meinung nach war und ist die Beschäftigung mit Missständen ureigenste Aufgabe der Weiterbildungsausschüsse. „Was der Ombudsmann einsammelt, würde ja doch danach gleich bei unseren Ausschüssen landen“, fand MB-Listensprecher Klaus Thierse.

Werner Wyrwich (MB), sah zudem die Gefahr, dass ein Ombudsmann bei jungen Ärzten fälschlicherweise den Eindruck erweckt, es könne ihnen jemand „die Rosinen aus dem Feuer holen“, ohne dass sie Ross und Reiter nennen. Doch ohne Namen und konkrete Angaben zu Kliniken und Abteilungen, kann die Kammer Missständen nicht zuleibe rücken.

Cora Jacoby (Fraktion Gesundheit) war es dennoch wichtig, ein niedrigschwelliges Angebot zu schaffen. „Die Leute haben Angst, das ist einfach so. Wenn sie wissen, dass in den Ausschüssen

ihre Prüfer von morgen sitzen, trauen sie sich nicht zuzugeben, dass einzelne Teile ihrer Weiterbildung lediglich auf dem Papier bescheinigt, nicht aber wirklich vollzogen wurden, sagte die Internistin aus dem Vivantes-Klinikum Neukölln.

Da stimmte auch Hans-Peter Hoffert (BDA) zu: „Die Leute rufen doch nicht beim Ausschuss an und sagen: Ich hab da nichts gelernt, aber nächste Woche prüfst Du mich, das ist doch Quatsch.“ Auch Horst Kallfass (Fraktion Gesundheit), sprach von „einer intensiven Schwellenangst gegenüber den Ausschüssen, da die Leute wissen, wir sind in ihre Facharztprüfung verwickelt“. Diese Argumente überzeugten schließlich und die Vorlage wurde mit großer Mehrheit verabschiedet.

Entschädigungssystematik bleibt bestehen

Am Ende des Abends wurde die in der vergangenen Sitzung bereits vorgestellte Entschädigungsregelung für ehrenamtliche Arbeit in der Ärztekammer Berlin verabschiedet. Versehentlich hatten wir in Heft 8/2004 ein erstes Meinungsbild darüber bereits als Abstimmung berichtet. Die Entschädigungsregelung war von einer fraktionsübergreifenden Arbeitsgruppe unter dem Vorsitz von Dietrich Banzer (Liste Allianz) überarbeitet worden. Dabei hatte sich gezeigt, dass eine vollständige Neustrukturierung nicht finanzierbar und zielführend gewesen wäre. Deshalb wird die Gesamtsystematik der Entschädigungsregelung beibehalten. Es blieb bei kleinen Anpassungen. Eine jahrelange auch öffentlich geführte Debatte wurde damit einstimmig bei zwei Enthaltungen beendet. SyGo

Fallvorstellungen für Haus- und Fachärzte

Im Oktober startet die Ärztekammer Berlin eine neue Veranstaltungsreihe für niedergelassene Haus- und Fachärzte. Sie findet alle 14 Tage dienstags abends statt und basiert auf interdisziplinären Fallvorstellungen. BERLINER ÄRZTE sprach mit den beiden Moderatoren, Annette Nießing und Dr. med. Kai Schnabel.

BERLINER ÄRZTE: Ab Oktober moderieren Sie gemeinsam eine neue Veranstaltungsreihe der kammereigenen Ernst von Bergmann-Akademie. Wie darf man sich das vorstellen?

Schnabel: Wir möchten, dass die Theorie anhand konkreter Fallbeispiele vermittelt wird. Pro Veranstaltung werden drei

Kollegen auftreten, jeweils immer ein Allgemeinmediziner und zwei

Fachärzte anderer Gebiete.

Jeder von ihnen stellt einen Fall zum Thema

des Abends aus seiner eigenen Praxis vor.

Nießing:

Und jeder der drei soll die beiden anderen Fälle der Kollegen

dann kommentieren. Anschließend kommt auch das Publikum zu Wort.

Schnabel: Die Gefahr bei den üblichen Frontalveranstaltungen ist ja immer, dass das eigene Gehirn abgeschaltet wird und man dann so wegdämmert. Das sollte hier nicht passieren.

BERLINER ÄRZTE: Sind die Ärzte auf dem Podium über die Fälle, zu denen sie sich äußern, schon vorinformiert?

Schnabel: Ja, das sind sie; da wollen wir fair sein. Sie bekommen den Fall von uns zuvor schriftlich zugeschickt, damit sie sich bereits Gedanken machen können.

BERLINER ÄRZTE: Könnte es da nicht passieren, dass sich die drei Kollegen schnell einig sind und es gar keine großen Abweichungen gibt?

Schnabel: Wir hoffen auf einen angeregten Diskurs. Es ist sehr wahrscheinlich – also ich möchte hier niemandem zu nahe treten –, dass von der fachärztlichen Seite eher in Richtung Maximalversorgung beraten wird, während der niedergelassene Hausarzt mit seinen Praxisbudgets eine ganz andere Kosten-schere im Kopf haben muss. Das könnte spannende Diskussionen geben.

BERLINER ÄRZTE: Werden bei den Fallvorstellungen auch Patienten mitgebracht?

Nießing: Eigentlich wollen wir das ohne Patienten anlegen, aber es kann sein, dass ein, zwei Kollegen welche mitbringen, weil sich die Sache dann anschaulicher darstellen lässt. Allerdings ist das sicher nicht bei allen Krankheitsbildern möglich.

Schnabel: Übrigens muss die Diagnose nicht immer gleich eindeutig klar sein. Es ist durchaus vorstellbar, dass wir in einer Fallvorstellung zunächst einmal hören, wie sich der Patient in der Praxis präsentiert hat und man nun gemeinsam mit dem Auditorium zu einer Diagnose kommt.

BERLINER ÄRZTE: Die Klinische Fallkonferenz ist ja ein vergleichbarer Veranstaltungstyp. Was ist bei Ihnen anders?



Nießing: Bei uns sitzen Allgemeinmediziner und andere Fachärzte gemeinsam auf dem Podium. Das gibt es in dieser Form noch nicht. Wir wollen damit bewusst eine Lücke füllen. Der Kontakt der Hausärzte zur Klinik ist irgendwann nicht mehr da und ihre Teilnahme an Klinischen Fallkonferenzen wird eher die Ausnahme sein.

Schnabel: Unsere Veranstaltung soll aber neben den Allgemeinmedizinern und anderen Hausärzten auch niedergelassene Fachärzte ansprechen. Der Austausch unter verschiedenen Blickwinkeln könnte für alle interessant werden.

BERLINER ÄRZTE: Wie haben Sie die Ärzte gefunden, die sie Fälle vorstellen lassen?

Schnabel: Die fachärztliche Seite wird größtenteils von Hochschullehrern gestellt, die auf diesem Gebiet arbeiten. Die allgemeinmedizinische Seite wurde vor allem über die Kontakte im BDA und der Allgemeinmediziner in der Carité rekrutiert.

BERLINER ÄRZTE: Sie haben die Veranstaltung vom klassischen Mittwochabend auf einen Dienstag gerückt und fangen spät an...

Nießing: Die Zeiten, in denen die Praxen Mittwochs nachmittags geschlossen waren, sind ja nun wirklich längst vorbei. Viele Kollegen wünschten sich deshalb auch mal einen anderen Tag für die Fortbildung. Und unsere Erfahrung mit späten Veranstaltungen ist gut. Oft



ist in den Praxen bis 18 oder 19 Uhr Sprechstunde, da ist ein Start um 20 Uhr gerade noch zu schaffen.

BERLINER ÄRZTE: Sind solche Fallvorstellungen eigentlich auch in anderen Medien verfügbar, einmal abgesehen von Zeitschriften?

Schnabel: Nein, jenseits der Fachzeitschriften gibt es das noch immer nur im Experimentierstadium. Aber es werden gerade für den Studentenunterricht multimediale Fallsammlungen entwickelt. Man kann sich dort sukzessive durch Fall- und Filmbeispiele durcharbeiten und am Ende steht eine Diagnose, die man sich schrittweise erarbeitet hat. Im Versuchsstadium gibt es hier auch schon Prüfungskomponenten.

BERLINER ÄRZTE: Können interessierte Kollegen so etwas auch jenseits der studentischen Ausbildung ausprobieren?

Schnabel: Noch nicht, aber daran kann man arbeiten und ich halte es für sehr wichtig, dass wir uns auch mit der Ärztekammer in diesen Bereich hineinbegeben. Solche Medien sind sehr viel besser als Lehrbücher, denen wir wissen heute, dass man sich einen Patienten, den man im Video gesehen hat, wesentlich besser merken kann als Fälle, die ausschließlich textlich geschildert werden.

BERLINER ÄRZTE: Frau Nießing, Herr Schnabel, vielen Dank für das Gespräch.

Das Gespräch führte Sybille Golkowski.

Die Interdisziplinäre Fortbildungsreihe für Haus- und Fachärzte

...findet immer dienstags von 20.00 bis 21.30 Uhr in der Ärztekammer Berlin, Großer Hörsaal im EG statt.

19.10.	Gewichtsreduktion
02.11.	Bauch
16.11.	Notfälle
30.11.	Schmerz
14.12.	Bewegungssystem
18.01.	Fieber
Noch offen	Kopf/Hals
Noch offen	Brustraum

Die Veranstaltung ist kostenfrei und mit 3 Fortbildungspunkten belegt.



Mit den beiden Moderatoren der neuen Fortbildungsreihe trafen wir uns im Trainingszentrum für ärztliche Fertigkeiten (TÄF) der Charité. Annette Nießing (re.) ist niedergelassene Allgemeinmedizinerin in Tegel und leitet sie die Fortbildungsakademie des BDA. Kollege Dr. med. Kai Schnabel ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Reformstudiengang Medizin der Charité.

Ernährungsmedizin

Ausgewählte Abstracts der Fachspezifischen Fortbildung Innere Medizin

Seit Jahrzehnten führt die Ärztekammer Berlin semesterbegleitend eine Fortbildung im Gebiet Innere Medizin durch. Erstmals haben wir das Thema „Ernährungsmedizin“ in den Mittelpunkt gestellt. Da die Ernährung in der Prävention vieler Erkrankungen eine zunehmende Rolle spielt, wählte der Fortbildungsausschuss der Ärztekammer Berlin (Ernst von Bergmann-Akademie) für das Sommersemester 2004 dieses Thema aus. Ausgewählte Abstracts der vorgestellten Referate veröffentlichen wir hier. Eine vollständige Übersicht über die Abstracts finden Sie im Internet unter www.aerztekammer-berlin.de im Kapitel Fortbildung.

Ernährungsanamnese/Aufstellen eines Ernährungsplans

Marion Bohl, Sigrun Burger, Angelika Gramm, Berlin/Charité – Campus Virchow Klinikum und HELIOS Zentralklinik Emil von Behring, 1. April 2004

Voraussetzung für jede Ernährungsberatung ist die Erhebung einer Ernährungsanamnese. Sie beinhaltet: Alter/Größe/Gewicht/Beruf und körperliche Aktivitäten. Bei Vorliegen einer Erkrankung, (z.B. Gicht) die zur Diagnose führenden Daten und Laborwerte.

Ferner sollte der Patient bei der ersten Beratung ein Essbuch vorlegen, aus dem die Essgewohnheiten des Patienten erkennbar werden. Wichtig: z.B. warmes Essen mittags oder abends.

Aus den Nährstoffen: Kohlenhydrate – Fett – Eiweiß (Relation: 50%/30%/20%) wird dann der individuelle Plan aufgestellt. Dem Patienten sollte die Bedeutung der rasch und langsam wirkenden Kohlenhydrate (1g=4 Kcal), Eiweiße: 1g = 4 Kcal) und Fett: 1 g = 9 Kcal vermittelt werden.

Bei den Fetten Hinweis auf die Verteilung: 1/3 gesättigte – 1/3 einfach-ungesättigte und 1/3 mehrfach-ungesättigte Fettsäuren. Ferner Alkohol: 1g = 7Kcal.

In der Regel kann von einer Kalorienzufuhr/Tag von 30 Kcal/kgKG/Tag ausgegangen werden. Reduktionskost von 1000 und weniger Kcal/Tag werden

heute nicht mehr durchgeführt, da sie langfristig nicht vom Patienten durchgehalten werden. Wünschenswert ist eine auf lange Sicht ausgerichtete Reduktion des Körpergewichtes von 300 bis 500 g/Woche. Eine Ernährungsberatung sollte einzeln und mehrfach durchgeführt werden (z.B. 3 – 5 mal) und anschließend sollten weitere Beratungen für Fragen möglich sein. Wünschenswert ist die Beratung durch Diätassistentinnen, da sie dem Patienten Tipps aus dem Bereich der Koch- und Küchen-Technik geben können.

Adipositas

Dr. Thea Schirop/Berlin, 29. April 2004

Die Adipositas wird in der westlichen Welt ein immer stärker werdendes Problem, mit den Folgen schwerwiegender Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Für Störungen im Glukosestoffwechsel ist die Adipositas mit Entwicklung eines Diabetes mellitus Typ 2 ein Problem. Zunehmend tritt diese Form des Diabetes mellitus bei Jugendlichen auf.

Die häufigste Ursache ist die Fehlernährung im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Eine einfache Orientierung liefert die Broca-Formel: Körperlänge in cm ./ 100, hieraus läßt sich das Relativgewicht (Broca-Index) ableiten: Körpergewicht: Broca-Gewicht (normal ca. 1.0).

Der body-mass-Index ist definiert in KG(kg) : Körperlänge zum Quadrat. Werte ablesbar in Tabellen, hier die

Schnittstelle 25. Mit zunehmendem Alter erhöht sich dieser Wert bis 29. Risikofaktoren bei Adipositas sind: Fett-/Glukosestoffwechsel, Hypertonie und Hyperurikämie. Die Adipositas ist ein wesentlicher Bestandteil des „metabolischen Syndroms“. Relevant ist die androide Form = Apfelform = Fettansammlung Stamm und intraabdominell. Dem steht der Birnen-Typ = Fettansammlung Hüfte und Oberschenkel gegenüber.

Familienanamnesen zeigen: beide Eltern adipös = 73 % Kinder adipös, 1 Elternteil adipös = 41 % der Kinder adipös.

Die Adipositas wird im wesentlichen durch eine Störung der Regulation Appetit/Sättigung hervorgerufen. Eine Vielzahl von Psychopharmaka begünstigen die Adipositas. Eine Gewichtsabnahme sollte kontinuierlich über einen längeren Zeitraum mit einer energiereduzierten Mischkost erfolgen.

Vorstellen eines Ernährungsplans bei Hyperurikämie/Gicht: Meiden von sehr purinreichen Nahrungsmitteln wie Hülsenfrüchte, Krustentiere, Leber ferner Genuß von Bier (Hopfen !) Meist energiereduzierte Mischkost. (S. Burger, A.Gramm /Berlin)

Ernährung bei Osteoporose

Marion Bohl/ Berlin, 6. Mai 2004

Ernährung als Prävention: ausreichende Ca-Versorgung ab früher Kindheit; ausreichende Zufuhr in mehreren Mahlzeiten; bei unzureichender Zufuhr Supplementierung; Vermeiden von mineralstoff-bindenden Lebensmitteln, bedarfsgerechte Energiezufuhr.

Physiologische Calcium-Verluste: ca. 300 mg Verlust über Niere, Darm und Haut. Intestinale Calciumresorption ca. 50%. Faktoren, die eine Calciumaufnahme negativ beeinflussen: zuviel Fett: bildet Kalkseifen; Phosphat regt Parathormon an und setzt vermehrt Calcium aus dem Knochen frei. Phosphat ist ein Zusatzstoff in: Fleisch und Wurstwaren, Schmelzkäse, Softdrinks, Fleischextrakt und Soja.

Empfohlene Calciumzufuhr nach D – A – CH

bis 4 Jahre:	600 mg Calcium/Tag
4 – 10 Jahre:	700 bis 1000
10 – 19 Jahre:	1100 bis 1200
Männer/Frauen:	1000
Schwangerschaft:	1200

Faktoren, die eine Calciumaufnahme negativ beeinflussen:

- Oxalsäure: bindet Calcium (Spinat, Mangold, Rhabarber, Kakao)
- Phytinsäure: schwerlösliche Salze (Vollkorn ungegart)
- Tierisches Eiweiß: Eiweißzufuhr ab 100 g/Tag: erhöht Ausscheidung
- Speisesalz: erhöht die Ausscheidung

1000 mg Calcium sind enthalten in:

- 250 ml Milch 1,5 % Fett
- 60 g Schnittkäse 30 %
- 120 g Vollkornbrot
- 200 g grünes Gemüse

Osteoporosebehandlung bedingt:

- ausgewogene Mischkost, Bewegung und medikamentöse Therapie

Einfluss der entzündungsbedingten Akut-Phase – Antwort auf den Stoffwechsel von Vitaminen

Prof. Dr. med. Florian. Schweigert, Universität Potsdam, Institut für Ernährungswissenschaft, 10. Juni 2004

Entzündungen können – je nach Lokalisation, Schweregrad und Dauer – die Nährstoffversorgung des Organismus beeinflussen. Bei den Entzündungen des Magen-Darm-Traktes sowie Leber und Pankreas steht Malassimilation im Vordergrund. Bestandteil der Entzündungsprozesse ist die Akut-Phase-Antwort, bei der es, vermittelt über Interleukine,

zu ausgeprägten Veränderungen des Stoffwechsels der Proteine, Kohlenhydrate, Lipide und Mikronährstoffe kommt.

Diese Veränderungen stehen in engem Zusammenhang mit einer körpereigenen Abwehr.

In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, dass ein enger Zusammenhang zwischen klinisch diagnostizierten, klinisch nicht manifesten Entzündungen und spezifischen ernährungsrelevanten Biomarkern im Plasma besteht. So tritt eine deutliche Abnahme der Konzentration von Retinol und Carotinoiden sowie Vitamin E auf; aber auch Folsäure und Vitamin C sind erniedrigt. Ursächlich für diesen Abfall können verminderte Freisetzung aus Speichern (Retinol), vermehrter Verbrauch bei reaktiven Vorgängen (Carotinoide, Vitamin E, Vitamin C) oder eine vermehrte renale Ausscheidung (Retinol) in Frage kommen.

Diese Veränderungen sind vorübergehend, mit Abklingen der Infektion normalisieren sich die Plasmaspiegel. Langfristige Belastungen mit chronischen Entzündungsprozessen können die Nährstoffversorgung einzelner Gewebe beeinflussen und haben ohne ausreichende Supplementierung und Beseitigung der Ursachen negative Auswirkungen.

Tumorerkrankungen/ Ernährungstherapie

Dr. med. G. Zürcher, Universitätsklinikum Freiburg, Sektion Ernährungsmedizin, 17. Juni 2004

Tumorpatienten leiden – je nach Art, Lokalisation und Stadium ihrer Erkrankung – in 30 bis 80 % unter Gewichts-

verlust und Mangelernährung. Sie weisen einen Verlust an Fett- und Muskelmasse bei kompensatorischer Zunahme der extrazellulären Flüssigkeit auf. Ursache der Mangelernährung sind eine unzureichende Energie- und Nährstoffaufnahme, Stoffwechselstörungen sowie spezifische humorale und inflammatorische Reaktionen, die durch vom Patienten produzierten Zytokine und tumorspezifische Produkte ausgelöst werden. Es sollte daher frühzeitig eine Kontrolle des Ernährungszustandes und eine qualitative Ernährungsanamnese erfolgen.

Ernährt werden können Tumorpatienten meist mit einer Vollkost bzw. leichten Vollkost als abwechslungsreiche Mischkost, die nach den individuellen Bedürfnissen des Patienten im Sinne einer „Wunschkost“ modifiziert ist.

Nach längerer Nahrungskarenz (Operation – parenterale Ernährung) ist ein stufenweiser Kostaufbau angeraten. Vor Operationen ist bei mangelernährten Patienten eine präoperative Ernährungstherapie indiziert. Spezielle Ernährungsrichtlinien gelten nach Gastrektomie – Pankreatektomie – ausgedehnter Darmresektion – sowie Stomaanlage.

Die Energiezufuhr beträgt bei bettlägerigen Patienten 25 kcal/kg/Tag; bei mobilen Patienten 30-35 kcal/kg/Tag. Die Eiweißzufuhr sollte bei 1.2 – 2.0 g/Tag liegen, der Fettanteil über 35 % der Gesamtenergiezufuhr. Für die Gabe von Vitaminen und Spurenelementen gelten die Empfehlungen für Gesunde. Ziel ist: Verbesserung des Ernährungszustandes und der subjektiven Lebensqualität.

Verfasserin:
Dr. med. Thea Schirop

VI. Kongress

Theorie und Praxis der humanitären Hilfe

(Über)leben in der Krise – Medizinische Hilfe zwischen Anspruch und Wirklichkeit

29./30. Oktober 2004, Kaiserin-Friedrich-Haus, Berlin

Freitag, 29.10.2004		
15 Uhr	Begrüßung Heidemarie Wieczorek-Zeul, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ), Berlin/Bonn (<i>angefragt</i>);	
15.10 Uhr	Einführung in die Thematik <i>Vorträge:</i> Dr. Mit Phillips, Ärzte ohne Grenzen (MSF), Brüssel; Dr. Assia Brandrup-Lukanow, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, Eschborn; Dr. Christoph Kurowski, World Bank, Washington; Moderation: Dr. Carsten Mantel, Tropeninstitut Berlin	
17 Uhr	Pause	
17.30 Uhr	Fallbeispiel: Wiederaufbau des Gesundheitswesens in Afghanistan <i>Vorträge:</i> Dr. Peter Schmitz, Malteser Hilfsdienst e.V. - Malteser Auslandsdienst, Köln; Steve Salter, Management Sciences for Health (MSH), Boston (<i>angefragt</i>); Dr. Almut Wieland-Karimi, Friedrich-Ebert-Stiftung (FES), Kabul (<i>angefragt</i>); N.N., Internationales Komitee des Roten Kreuzes (IKRK), Genf; Moderation: Dr. Egbert Sondorp, London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM), London <i>Abschluss: 19 Uhr</i>	
Samstag, 30.10.2004		
	Politisch-rechtliche Fragen humanitärer Hilfe	Medizinische Fragen humanitärer Hilfe
9 Uhr	Wenn humanitäre Hilfe politische Zielen untergeordnet wird	Herausforderungen bei der Ausweitung der HIV/Aids-Behandlung
11 Uhr	Pause	Pause
11.30 Uhr	Kostendeckung und Behandlungsgebühren: Hilfe oder Hindernis für eine effiziente medizinische Versorgung?	Schwierigkeiten bei der Einführung moderner Malaria-Behandlung und Diagnose
13.30 Uhr	Mittagessen	Pause
14.30 Uhr	Nachhaltigkeit: Voraussetzung für HIV/Aids-Behandlung in Ländern mit hoher Prävalenz?	Herausforderungen bei der Therapie vernachlässigter Krankheiten: Forschungslücken und mangelnde Behandlungsprogramme
16.30 Uhr	Pause	
17 Uhr	Darfur: Analyse der Krise im Westsudan <i>Abschluss: 19 Uhr</i> <i>Vorträge:</i> Heidemarie Wieczorek-Zeul, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ), Berlin/Bonn (<i>angefragt</i>) Erick de Mul, United Nations Development Programme (UNDP), New York/Genf Dr. Hans-Joachim Preuß, Deutsche Welthungerhilfe/VENRO, Bonn Matthias Meyer, Auswärtiges Amt, Berlin (<i>angefragt</i>) Dr. Austen Davis, Médecins sans frontières (MSF), Amsterdam (<i>angefragt</i>) N.N., United Nation's World Food Programme (WFP), Rom Moderation: Jürgen Lieser, Caritas International/VENRO, Freiburg (<i>angefragt</i>)	
Veranstalter:	Ärzte ohne Grenzen e.V., Ärztekammer Berlin, Tropeninstitut Berlin	
Organisation und Anmeldung:	Wali-Nawaz-Stiftung, Am Köllnischen Park 1, 10179 Berlin, Fax: 030/22 33 77 00	
Teilnahmegebühren:	Vollzahler 60 €, ermäßigt 30 € (Studenten, arbeitslose Ärzte); Konto: Wali-Nawaz-Stiftung, Konto-Nr. 72 900, Sparkasse Bonn, BLZ 380 500 00; Verwendungszweck: HHK 2004 (und Name des Angemeldeten)	
Kongressort:	Kaiserin-Friedrich-Haus, Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin-Mitte.	
	Detailliertes Programm und weitere Informationen: www.wali-nawaz-stiftung.de	

Wolfgang Presber zum 85sten

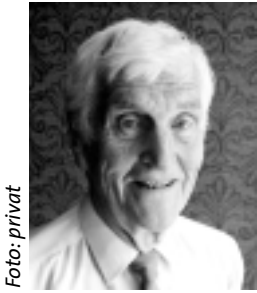


Foto: privat

Der frühere Direktor des Rehabilitationszentrums Berlin-Buch feiert am 16. Oktober seinen 85. Geburtstag. Nach dem Studium in

Halle begann er in den 50er Jahren seine bahnbrechende Arbeit in der Klinik für Orthopädie in Berlin-Buch. Neben der Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation, vor allem durch die Etablierung der Arbeitstherapie sowie der Schwimm- und Sporttherapie und der Qualifizierung von Masseuren und Krankengymnasten, war es die berufliche und soziale

Wiedereingliederung von behinderten Menschen, die ihm am Herzen lag.

1980 wurde die Klinik zum Rehabilitationszentrum, das in einigen Bereichen als Leiteinrichtung der DDR fungierte. Neben der medizinischen Rehabilitation von querschnittgelähmten Patienten und Kindern mit orthopädisch/neurologischen Störungen war die berufliche Ausbildung einschließlich der Förderung von behinderten Menschen in geschützten Werkstätten wesentliche Aufgabe des Zentrums.

Es ist vor allem das Verdienst von Wolfgang Presber, dass die Akademie für Ärztliche Fortbildung der DDR 1972 einen Lehrstuhl für Rehabilitation errichtete und damit diesem Fachgebiet die notwendige Anerkennung verschaffte. Nach

seiner Habilitation war Wolfgang Presber zum Honorarprofessor berufen worden.

Der Jubilar gehörte zu den Gründungsmitgliedern der Gesellschaft für Rehabilitation in der DDR, deren Vorsitzender er zeitweise war. Seiner Initiative ist es mit zu verdanken, dass in den Bezirken, Kreisen und Städten Rehabilitationskommissionen und -zentren entstanden, die für die Organisation der Rehabilitation zuständig waren. Für seinen unermüdlichen Einsatz wurden Wolfgang Presber zahlreiche Ehrungen zuteil. Sein Wirken hat über die Grenzen der DDR hinaus Anerkennung gefunden.

Seinen Patienten und Mitarbeitern ist er im Sinne der Rehabilitation als fördernder und fordernder, zugewandter und für Anregungen offener Arzt und Leiter in Erinnerung.

Prof. Dr. med. Christa Seidel

Dietrich Banzer wurde 65

Am 9. September 2004 feierte PD Dr. med. Dietrich Banzer seinen 65. Geburtstag. Anfang Oktober übergab er die von ihm über zwei Jahrzehnte aufgebaute und geleitete Abteilung für Diagnostische und Interventionelle Radiologie des HELIOS-Klinikums Emil von Behring an seinen Nachfolger.

Dietrich Banzer wurde nach dem Studium in Berlin mehrere Jahre in der Inneren Medizin und Kinderheilkunde ausgebildet, ehe er die radiologische Fachausbildung bei Oeser im Klinikum Steglitz der Freien Universität begann und dort Assistenz- und Oberarzt wurde. Damals begründete er auch seinen Forschungsschwerpunkt in der Osteologie mit Studienaufenthalten in den USA und mit der Einrichtung des radiologischen Knochenmineralabors zusammen mit Schneider an der FU Berlin. Die Zusammenarbeit mit Arbeitsgruppen in San Francisco und Davis

führte auch dazu, dass in Steglitz die Knochendichtebestimmungen an amerikanischen Astronauten – des Geminiprojektes – mit ausgewertet wurden. Knochendichtemessungen am ersten in Deutschland installierten Computertomographen zusammen mit Wegener und Oeser bildeten die Grundlage für seine Habilitationsschrift 1976 und die Erteilung der Venia legendi mit Ernennung zum Privatdozenten an der FU Berlin.

Ein weiterer klinischer Schwerpunkt von Dietrich Banzer ist die Diagnostik und interventionelle Therapie von Gefäßkrankungen. Als leitender Oberarzt bei Felix führte er im Klinikum Charlottenburg der FU Berlin die digitale Subtraktionsangiographie mit zur klinischen Anwendungsreife. Nach Übernahme der Chefarztstelle im damaligen Städtischen Behringkrankenhaus engagierte er sich mit großem Einsatz bei der Planung

und Gestaltung des Neubaus einer modernen radiologischen Abteilung.

Dietrich Banzer ist Verfasser zahlreicher Publikationen und Mitglied internationaler und nationaler Fachgesellschaften und Gutachtergremien. Seine akademische Lehrtätigkeit ist ihm ein besonderes Anliegen ebenso wie das ehrenamtliche Engagement für die ärztliche Fort- und Weiterbildung und den Strahlenschutz in der Ärztekammer Berlin.

Seinen Schülern und Mitarbeitern hat er neben technisch-medizinischem Wissen vor allem die Bedeutung der ärztlichen Zuwendung zum Patienten vermittelt. Hierfür gebührt ihm unser Dank!

PD Dr. med. habil. Reimer Andresen



Foto: Archiv

Zum Tode von Rita Streich

Die Chefin der Abteilung für Anästhesie und Operative Intensivmedizin am Dominikus-Krankenhaus Berlin, Dr. med. Rita Streich, ist im Alter von 54 Jahren nach schwerer Krankheit verstorben. Ihr beruflicher Werdegang begann 1983 als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Klinik für Anästhesie und operative Intensivmedizin des Universitätsklinikums Rudolf Virchow. Im April 1990 wurde sie im Bereich der operativen Intensivstation mit Oberarztfunktion betraut, bevor sie im Oktober 1990 für acht Monate an das Children's Hospital, San Diego, Californien wechselte. Nach ihrer Rückkehr arbeitete Rita Streich wieder als Oberärztin im Be-

reich der Kinderanästhesie des Uniklinikums Rudolf Virchow und beim Aufbau eines Lebertransplantationsprogramms.

Sie befasste sich in dieser Zeit ausgiebig mit extrakorporalen Gasaustauschtechniken bei ansonsten therapierefraktärem, akutem Lungenversagen. Am 1. Mai 1999 wurde sie Chefin der Abteilung Anästhesie und operative Intensivmedizin am Dominikus-Krankenhaus Berlin/Hermsdorf, wo sie bis wenige Wochen vor ihrem Tod tätig war.

Rita Streich ist am Freitag, dem 13.8.2004, nach schwerer Krankheit in unserem Krankenhaus im Beisein ihrer

Familie ruhig eingeschlafen. Mit ihr verlieren wir eine Kämpferin mit Leib und Seele, die sich als Ärztin rastlos und unermüdlich für die ihr anvertrauten Patienten und als Chefin und Mensch für ihre Mitarbeiter eingesetzt hat. Auch wenn die Zeit mit ihr viel zu kurz war, so wird ihr freundlicher, positiver und stets motivierender Geist in unserem Haus weiter verweilen.



Foto: Dominikus-Khs.

Dr. med. Frank P. Job
Ärztlicher Direktor des
Dominikus-Krankenhauses Berlin

NATURHEILTAGE BERLIN

HERBSTKONGRESS 2004 – KURS IV

An zwei aufeinanderfolgenden Wochenenden:

Freitag bis Sonntag, 5. bis 7.11. und 19. bis 21.11.2004

Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ oder
zertifizierte Fortbildung zu Spezialgebieten der Naturheilverfahren

Veranstalter:	Ärztegesellschaft für Naturheilverfahren (Physiotherapie) Berlin-Brandenburg e.V.	
Inhalte:	Phytotherapie: in der Geriatrie, Pädiatrie, Gynäkologie, (6.11.) bei Hauterkrankungen, Perspektiven unter dem GMG, in der Kassenpraxis	8 P
	Neuraltherapie: Vegetatives Nervensystem, internistische Erkrankungen und Gynäkologie (21.11.)	4 P
	Ordnungstherapie: Umgang mit Alkoholkranken (19.11.)	2 P
	Ernährungstherapie: Metabolisches Syndrom und Ernährung, (20.11. vorm.) Krebsprävention durch Ernährung, sekundäre Pflanzenstoffe, Ernährungstherapie bei Osteoporose	4 P
	Schwerpunktthema: Magen-Darm-Erkrankungen (20.11. nachm.)	4 P
Anmeldung:	Vitanas Krankenhaus für Geriatrie, Senftenberger Ring 51, 13435 Berlin Tel. 030/40209 794, Fax 030/40209 795, E-Mail: r.heinzler@vitanas.de	
Veranstaltungsort:	St. Gertrauden Krankenhaus, Paretzer Str. 12, 10713 Berlin-Wilmersdorf	
Kursgebühren:	300 € für den gesamten Kurs IV Ermäßigungen werden unter bestimmten Voraussetzungen und bei entsprechendem Nachweis gewährt.	

Ausführliches Programm unter www.naturheiltage-berlin.de



Warum an Carus erinnern?

Wer sich gewöhnt, immerfort das „Mikroskop zu handhaben, wer an der lebendigen Welt nur mit Zirkel, Zollstab und Gewicht operiert..., von dem ist ganz natürlich, dass ihm nach und nach alles zur reinen Maschine ver-trocknet.“ Diese zeitlose Mah-nung ist genau hundertfünfzig Jahre alt und stammt aus der Gänsefeder von Carl Gustav Carus (1789 – 1869). Fast sechs Jahrzehnte lang war er medizinisch tätig: als Armenarzt in Leipzig, als Klinikchef, Hochschullehrer und Leibarzt der säch-sischen Könige in Dresden. Und immer war er um die „lebenvolle Totalität im Erfassen der Krankheiten“ bemüht.

Von „biopsychosozialer Sicht“ würden wir heute sprechen. Mit seinen medi-zintheoretischen und naturphilosophi-schen Schriften stand Carus dem Be-gründer der modernen Physiologie nahe, Johannes Müller, der den Men-schen als lebendes System sah, das sich seine Umwelt mit Hilfe seiner Sinnes-organe selbst schafft. Müllers Schüler aber setzten das Maschinenmodell des Menschen dagegen. Emil Du Bois-Reymond schrieb 1842: „Brücke und ich, wir haben uns verschworen, die Wahr-heit geltend zu machen, dass im Orga-nismus keine anderen Kräfte wirksam sind, als die gemeinen physikalisch-chemischen.“ Den „Vitalismus“, wie sie Johannes Müllers frühromantische Medizintheorie nannten, stießen sie damit für lange Zeit in den Orkus des Vergessens. „Das Maschinenparadigma wurde fast im Handstreich als offizielle Lehre der Medizin inthronisiert. Mit ihm brach die Verbindung zu den Anfängen einer Biologie als Lehre lebender Sys-teme abrupt ab“, schreiben Thure von Uexküll und Wolfgang Wesiack in ihrem Buch „Theorie der Humanmedizin – Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns“.

Carus wäre heute fast vergessen – außer als romantischer, Caspar David Friedrich nahe stehender Maler (dem Marianne Prause 1968 eine schöne Monographie samt Katalog aller be-

kannten Bilder widmete); vergessen, hätten nicht zwei Institutionen sich seinen Namen gewählt: Die Medizinische Fakultät der TU Dresden, deren DDR-Vorgängerin, die medizinische Akademie, sich schnell und subversiv nach Carus nannte, bevor man ihr irgend einen roten Patron verpasste; und die Carl Gustav Stiftung für psycho-somatische Forschung, gegründet 1987 in Zürich.

Ziel der Carus-Stiftung ist „die Förde-rung einer ärztlichen Verhaltensweise, die sich umfassend mit den körperli-chen Belangen der Menschen im Kon-text ihrer physischen und soziokulturel-len Umgebung und nicht nur mit ein-zelnen isolier-ten Krankheitsbildern be-fasst“. In Berlin trafen beide Institutio-nen beim 25. Europäischen Kongress für

psychosomatische Forschung zusam-men.

Albrecht Scholz, Direktor des medicin-historischen Instituts der Dresdner medizinischen Fakultät Carl Gustav Ca-rus, erinnerte in einem informativen Vortrag (aus dem dieser Beitrag einiges aufgreift) an Carus.

Scholz leitete damit die von der Stif-tung initiierte erste „Carus-Lecture“ ein. Redner war D. H. Novack, Studiendekan des Drexel University College of Medi-cine in Philadelphia, der ein Studien-reformkonzept des hoch renommierten amerikanischen Institute of Medicine vorstellte. Dessen Quintessenz: Im Curriculum müssen die Verhaltens- und Sozialwissenschaften eine weit größere Rolle spielen als bisher. – Eine Forde-rung ganz im Sinne von Carl Gustav Carus!

Rosemarie Stein

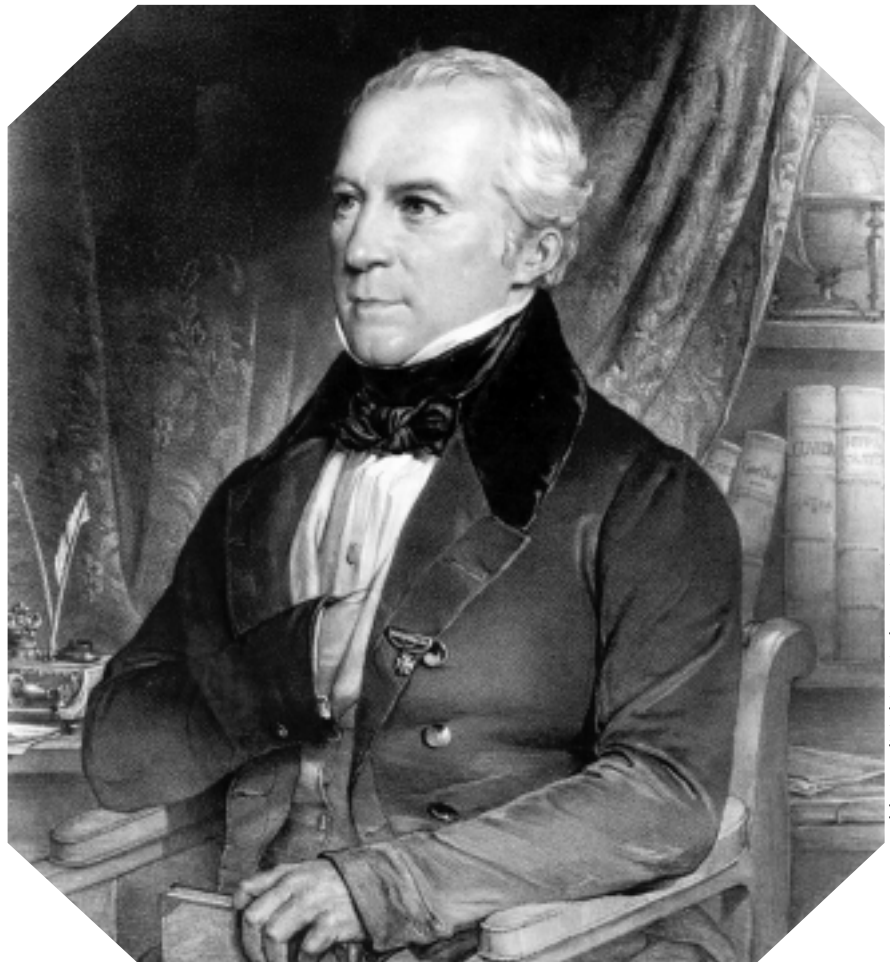


Abb.: Medizinhistorisches Institut