

Der nächste Schritt in die Verstaatlichung



Dr. med. Günther Jonitz (Chirurg)

Präsident der Ärztekammer Berlin

Die Strategie ist klar: Bestehende Strukturen und Institutionen im Gesundheitswesen sollen abgeschafft oder entmündigt werden. Dazu setzt man sie so lange und nachhaltig unter Druck, bis die Nerven blank liegen und Fehler gemacht werden – oder man legt sie mit faden-scheinigen Begründungen zusammen. So entsteht zum 1. 1. 2009 der Gesundheitsfonds, in den alle gesetzlichen Krankenkassen einzahlen und anschließend, gewichtet nach Sozial- und Krankheitsstruktur, Geld ausbezahlt bekommen. Der Beitragssatz wird für alle einheitlich von der Regierung festgelegt. Die Kasse, die mit diesem Geld nicht auskommt, muss ihren Versicherten zusätzliche Beiträge abverlangen, was diese mit hoher Wahrscheinlichkeit mit dem Wechsel der Kasse quittieren werden.

Damit sind die gesetzlichen Krankenkassen quasi entmündigt. Über 80% ihrer Leistungen legt die zentrale Einrichtung Spitzenverband Bund fest. Über ihre Beiträge entscheidet die Politik. Wer mit dem zugeteilten Geld („Zuteilungsmedizin, erster Schritt“) nicht klar kommt, riskiert den Bankrott durch Verlust an Mitgliedern. Ein Leistungsverhinderungswettbewerb, garniert mit einigen kleinen Modellprojekten, wird die Folge sein.

Den Kassenärztlichen Vereinigungen wird wie geplant weiter der Garaus gemacht. So sehr sich ein Verband über per Gesetz zugeschriebene Verhandlungsmacht freuen wird (§ 73b SGB V „haus-

arztzentrierte Versorgung“), so sehr ist den Beteiligten klar, dass eine solche Regelung juristisch angreifbar ist. Nur, bis die Gerichte gesprochen haben, sind die negativen Fakten für die KV bereits eingetreten. Ob es sinnvoll ist, solche „Geschenke“ anzunehmen, sei dahingestellt. Und wer wie die KV um die Existenz kämpft, hat es schwer, sich gleichzeitig gegen eine miese Politik zu wehren.

Im obersten inhaltlichen Steuergremium „Gemeinsamer Bundesausschuss“ (G-BA) entscheiden künftig Vertreter der Zahnheilkunde über humanmedizinische Leistungen – und umgekehrt Schulmediziner über Füllungen. In den Gremien zur Qualitätssicherung feiern alt-autoritäre Denkweisen fröhliche Urständ’ („wenn die Landesebene nicht das tut, was wir wollen, werden wir Ersatzvorhaben und Zwangsmaßnahmen einführen“).

Was wird die Folge sein: Ein bis zwei Jahre nach der nächsten Bundestagswahl wird die Regierung feststellen müssen, dass die gesetzlichen Krankenkassen offensichtlich ihr Versprechen, ihre Versicherten abzusichern, nicht einhalten, da überall gespart und Leistungen eingeschränkt sind. Der G-BA wird sich in Grabenkriegen festgefahren haben, was bis dahin aus den KVen geworden ist, ist offen.

Und das Bundesministerium? Das BMG ist inzwischen bar jeglicher parlamentari-

schen Kontrolle und somit Legislative, Exekutive und Partei in einer Institution. Es wird feststellen, dass das mit der Selbstverwaltung nicht funktioniert. Die Krankenkassen werden endgültig verstaatlicht, der G-BA zur Bundesoberbehörde. Der Systemwechsel zum staatlichen Primärarztsystem wäre erfolgreich vollzogen.

Ob es der Staat tatsächlich besser kann, möge anhand der Bereiche „Rente“, „Banken unter staatlicher Führung (KfW, IKB)“ und „Schulen“ beurteilt werden.

Schade, dass die Patientenvertreter noch nicht erkannt haben, dass ihnen von ganz anderer Seite Unheil droht als aus der, in die sie bisher schauen. Bislang hat wenigstens der individuell tätige Arzt seine persönliche Verantwortung und vor allem seine ärztliche Empathie. Künftig wird der Arzt durch die Institution ersetzt. Letzteres kann es manchem vor dem Burnout stehenden Kollegen leichter machen. Besser für die Patienten wird es nicht.

P.S. Übrigens: 2009 ist Wahljahr!!

Ihr



MEINUNG.....

Der nächste Schritt in die Verstaatlichung

Von Günther Jonitz.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*..... 6BERUFS- UND GESUND-
HEITSPOLITIK**Finanzkrise: Sicherheit der Renten und Anwartschaften gewährleistet**

Von Wolfgang Tabeling..... 22

Schrittweise Anhebung des Rentenalters beschlossen

Bericht von der Delegiertenversammlung am 24. September 2008

Von Sascha Rudat..... 23

Was determiniert die Gesundheit?

Bericht vom IPPNW-Kongress „Kultur des Friedens“

Von Rosemarie Stein..... 26

TITELTHEMA.....

Medizinische Versorgungszentren – eine Lösung oder ein Problem?

Die Meinung zu Medizinischen Versorgungszentren ist innerhalb der Ärzteschaft höchst unterschiedlich. Für die einen sind sie eine begrüßenswerte neue Versorgungsform, für die anderen droht durch MVZ die Einschränkung der Freiberuflichkeit. BERLINER ÄRZTE zeigt den Stand der Diskussion und die wichtigsten Problemfelder.

Von Angela Mißbeck..... 14

MVZ – Die Debatte.....16

MVZ – Die Entwicklung in Zahlen.....17

Interview mit Elmar Wille zur neuen Konkurrenz durch MVZ.....18

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen.....11

Fortbildungskalender

Fortbildungsveranstaltungen der Ärztekammer Berlin..... 20

BUCHBESPRECHUNGEN....

Ebert: Jüdische Hochschullehrer an preußischen Universitäten (1870-1924)..... 29

FEUILLETON.....

Johannes Müller (1801-1858) wiederentdeckt

Die besten Forscher der „Berliner Schule“ waren seine Schüler. Nur er selbst ist fast vergessen: Johannes Peter Müller.

Von Rosemarie Stein..... 28

Impressum.....38

Protest

Über 130.000 Menschen demonstrieren für Krankenhausfinanzierung in Berlin

Die Großdemonstration unter dem Motto „Lichter aus im Krankenhaus“ am 25. September in Berlin hat alle Erwartungen übertroffen. Statt der erwarteten 60.000 Teilnehmer kamen nach offiziellen Angaben mehr als doppelt so viele aus dem ganzen Bundesgebiet. Ärzte, Pflegekräfte, Klinikmitarbeiter – alle protestierten lautstark gegen die anhaltende Unterfinanzierung deutscher Kliniken.

Organisiert wurde der Protest von einem bis dato einzigartigen Bündnis, u.a. der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Deutschen Pflegerat, dem Marburger Bund,

ver.di und dem Deutschen Städtetag. Dessen Präsident, Münchens Oberbürgermeister Christian Ude, warnte: „Die Kliniken stehen vor einem Kollaps.“ DKG-Präsident Rudolf Kösters nannte die von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt angebotenen drei Milliarden Euro eine „Mogelpackung“. Notwendig seien im nächsten Jahr 6,7 Milliarden Euro, sonst drohe vielen Krankenhäusern das Aus. Weitere Personalkürzungen zu Lasten der Patienten seien zudem die Folge. Der Vizepräsident der Bundesärztekammer, Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, forderte die Abschaffung des Budgetdeckels und eine nachhal-



Foto S. Rudat

tige Finanzierung der Kliniken. Bund und Länder könnten sich nicht durch „Scheinkompromisse“ aus ihrer Verantwortung stellen.

800 Millionen Euro Investitionsstau

Besonders viele Klinikmitarbeiter aus Berlin waren zum Protest gekommen, zu dem auch die Ärztekammer Berlin aufgerufen hatte. Die Kammer sieht die medizinisch notwendige und humane Patientenbehandlung in Gefahr, sollten der Bund und das Land Berlin ihrer gesetzlich verankerten Verpflichtung zur Finanzierung der Berliner Kliniken nicht endlich nachkommen. „In vielen Berliner Kliniken sieht es düster aus. Besonders die Personalsituation ist inzwischen grenzwertig“, betont Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz. Die Kliniken könnten die aufgrund der berechtigten Tarifabschlüsse gestiegenen Personalkosten nicht umlegen. Weitere Personalkürzungen drohten. Überstunden müssten in die Dienstpläne immer noch zwingend eingebaut werden. Ohne den aufopferungsvollen Einsatz von Ärzten und Pflegepersonal würde die Patientenversorgung zusammenbrechen, warnt Jonitz.

Der Investitionsstau in Berliner Kliniken beläuft sich Schätzungen zufolge inzwischen auf rund 800 Millionen Euro. Die jährliche Unterdeckung beträgt rund 100 Millionen Euro. Die Folge sind immer weniger Personal, veraltete Ausstattungen und immer mehr bauliche Mängel.

Berlin belegt mit 58 Betten pro 10.000 Einwohner inzwischen bundesweit den letzten Platz. Auch die Zahl der im Krankenhaus Beschäftigten ist in den vergangenen 15 Jahren kontinuierlich gesunken. „Leidtragende sind die Patienten, die immer schlechter versorgt werden“, kritisiert Jonitz.

„Berlin kann seinem selbst gesetzten Ziel, das Gesundheitswesen zum Wirtschaftsmotor zu machen, nur gerecht werden, wenn es auch die Voraussetzungen dafür schafft“, unterstreicht Dr. med. Kilian Tegethoff, Vorsitzender des Krankenhausausschusses der Ärztekammer Berlin und Vorsitzender des Marburger Bund Landesverband Berlin-Brandenburg. Zugleich weist er darauf hin, dass das Gesundheitswesen in Berlin einer der wenigen Wirtschaftszweige in der Hauptstadt ist, der erkennbare Wachstums-

Modellprojekt

raten hat. „Die Politik tut gut daran, es nicht nur bei Lippenbekenntnissen zu belassen“, fügt Kammerpräsident Jonitz hinzu, „eine dauerhaft tragfähige Finanzierung ist längst überfällig.“ Bereits im Jahr 2001 hatte die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin in einer Resolution vor den fatalen Folgen der DRG-Einführung gewarnt. „Jetzt sehen wir die Auswirkungen dieser Politik“, erklärte Jonitz, der bereits 1998 auf dem Deutschen Ärztetag in Köln unter dem Titel „Arzt im Krankenhaus“ die dramatischen Konsequenzen einer falschen Sparpolitik für Patienten und Ärzte ausführlich dargelegt hatte.

(Siehe auch im Internet unter www.aekb.de/10_Aktuelles/20_VortraegePraes/index.html)

Gewalt gegen Frauen: Arztpraxen für Modellprojekt gesucht

Ärztinnen und Ärzte sind wichtige Ansprechpersonen für Patientinnen, die häusliche und/oder sexuelle Gewalt erlebt haben. Sie genießen ein hohes fachliches Ansehen und können Gewaltbetroffene auf der Suche nach Hilfe wirksam unterstützen. Wie dies angesichts knapper Ressourcen in einer Arztpraxis konkret umgesetzt werden kann, ist eine zentrale Fragestellung des Bundesmodellprojekts „Medizinische Intervention gegen Gewalt“. Zur Mitwirkung an diesem Forschungs- und Versorgungsprojekt werden 25 Berliner Arztpraxen gesucht. Angesprochen sind hausärztliche und gynäkologische Praxen sowie andere Facharztpraxen, die sich mit dem Problem konfrontiert sehen. Das Projekt wird am 10. Dezember 2008 von 17.00 – 20.30 Uhr im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung gemeinsam mit der Ärztekammer Berlin vorgestellt, zu der interessierte Ärztinnen und Ärzte herzlich eingeladen sind. Für weitere Auskünfte können Sie sich gerne ab sofort beim Projektteam melden.



Dr. med. Heike Mark, MPH
Hildegard Hellbernd, MPH

SIGNAL e.V.
Rungestr. 22- 24, 10179 Berlin
Tel: 030/246 30 579, Fax 030/275 95 366

E-Mail: mark@signal-intervention.de
E-Mail: hellbernd@signal-intervention.de
www.signal-intervention.de

ANZEIGE

Krankengeld

Pferdefuß im SGB V für selbstständige Ärztinnen und Ärzte

In § 44 (Krankengeld) des SGB V steht eindeutig: „Keinen Anspruch auf Krankengeld haben... hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige“. Dies ist gültig ab 1.1.2009!

Das heißt, alle freiwillig gesetzlich versicherten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte mit Krankengeldanspruch müssen sich schnellstmöglich um eine neue Absicherung bemühen, denn die – ggf. seit Jahren bestehende – Versicherung wird ihnen von Staats wegen entzogen. Unter Einbeziehung von selbstständigen Handwerksmeistern, Taxifahrern etc. dürfte diese Maßnahme von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt etwa 1,5 Millionen Bürgerinnen und Bürger treffen.

Das in § 53 SGB V den Kassen verordnete Kontrahierungsgebot ist nur ein schwacher, unvollkommener Trost für die aus der Krankengeldabsicherung zwangsweise Entlassenen. Denn die Höhe der neuen Tarife regelt das Gesetz nicht. Wer jetzt zwischen 50 und 65 Jahre alt und gar eine belastende Krankheitsgeschichte aufweist (etwa mehrfach Bandscheibenvorfall, Herzinfarkte, Multiple Sklerose) ist auf dem privaten Markt faktisch nicht versicherbar und Öffentliche dürften es nur zu erheblich höheren Prämien tun. Aber das war ja wohl auch der Grund, warum das Gesetz so verändert wurde.

Dr. med. Elmar Wille
Vizepräsident der Ärztekammer Berlin

Fortbildung

Nürnberger Fortbildungskongress



Mit zahlreichen Programmpunkten findet am 5. und 6. Dezember der 59. Nürnberger

Fortbildungskongress der Bayerischen Landesärztekammer statt. Schwerpunkte sind u.a. Innere Medizin (Kardiologie, Pulmologie, Hämatologie/Onkologie, Nephrologie, Rheumatologie, Gastroenterologie). Veranstaltungsort ist das CongressCenter (CCN) Ost. Alle weiteren Informationen finden Sie unter www.nfk-blaek.de

ANZEIGE

Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurde uns folgende Änderungen gemeldet:

Vivantes Klinikum Spandau

Prof. Dr. Jörg Müller, vormals tätig an der

Universitätsklinik für Neurologie der Medizinischen Universität Innsbruck, wird zum 1. Dezember die Chefarztstelle der Klinik für Neurologie übernehmen. Prof. Dr. Altenkirch wird in den Ruhestand verabschiedet werden.

St. Gertrauden Krankenhaus

Am 1. Oktober übernahm Dr. med.

Dr. rer. Kathrin Schlatterer-Krauter die Chefarztposition für die Abteilung des Zentrallabors. Sie trat damit die Nachfolge von Dr. Silke Heller an, die in den Ruhestand verabschiedet wurde. Dr. Schlatterer-Krauter war zuletzt als Oberärztin im Zentrallabor des St. Gertrauden Krankenhauses tätig.

St. Joseph Krankenhaus

PD Dr. med. Ute Schäfer-Graf, bisher im Vivantes

Klinikum Neukölln tätig, hat die Oberarztposition zur Leitung der Risikoambulanz der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe im St. Joseph Krankenhaus in Berlin-Tempelhof übernommen. Ihr Tätigkeitsschwerpunkt ist weiterhin die Betreuung von Schwangeren mit Diabetes. Hierzu wurde das Berliner Diabeteszentrum für Schwangere an der Klinik gegründet. www.schwangerschaft-und-diabetes.de

Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Chefarztpositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause.
Tel. 40 80 6-4100/-4101, Fax: -4199
E-Mail: e.piotter@aekb.de oder s.rudat@aekb.de

Fortbildung

Geänderte Prüfungszeiträume

Die Abschlussprüfungen im Winter 2008/2009 für Arzthelferinnen und Medizinische Fachangestellte finden an folgenden Tagen statt:

Schriftlicher Teil der Prüfung: 9. und 10. Dezember 2008

Der Zeitraum des Praktischen Teils der Prüfung ist um eine Woche verlängert worden. Neuer Prüfungszeitraum: 12. Januar 2009 (NEU!) bis 31. Januar 2009

Die vorgezogenen Abschlussprüfungen finden ebenfalls am 9. und 10. Dezember 2008 (Schriftlicher Teil der Prüfung) sowie vom 12. Januar (NEU!) bis 31. Januar 2009 (Praktischer Teil der Prüfung) statt.

Die Abschlussprüfungen und vorgezogenen Abschlussprüfungen werden in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin (Kreuzberg), abgenommen.

Nähere Informationen erhalten Sie unter der Rufnummer: 030/40 80 6 - 2626.

Informationen zur Zusatzbezeichnung Psychotherapie – fachgebunden –

Ärztinnen und Ärzte mit der neu eingeführten Zusatzbezeichnung „Psychotherapie – fachgebunden“ dürfen nach Angaben des Vorstandsmitgliedes und Vorsitzenden des Gemeinsamen Weiterbildungsausschusses der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Dietrich Bodenstein, in Zukunft die so genannten Richtlinienpsychotherapie erbringen. Dies betonte Bodenstein auf der Sitzung des Kammervorstandes im September. Durch einen Artikel im Deutschen Ärzteblatt Heft 30 Seite 1381 bis 1383 hatte die Verunsicherung von Ärztinnen und Ärzten in der Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie – fachgebunden“ deutlich zugenommen. Zum Hintergrund: Mit der Novellierung der Weiterbildungsordnung wurde die neue Zusatzbezeichnung „Psychotherapie – fachgebunden“ bundesweit eingeführt, in Berlin mit Inkrafttreten der Weiterbildungsordnung am 13.04.2006.

Fachgebunden steht für die Beschreibung des Fachgebietes, in dem ein Arzt seine (ursprüngliche) Facharztkompetenz erworben hat. Auch in der Vergangenheit war es ausschließlich möglich innerhalb seiner (erworbenen) Gebietsgrenzen tätig zu werden. Insofern relativiert sich die neue Begrifflichkeit, denn es handelt sich wie vor der Novellierung auch um eine Zusatzweiterbildung. Doch stellt sich die Zusatz-Weiterbildung „Psychotherapie – fachgebunden“ insofern differenzierter dar, als dass ein formaler Bezug zum Gebiet nicht immer abgrenzbar ist.

„Psychotherapie – fachgebunden“ umfasst als Zusatzweiterbildung in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung und psychotherapeutische indikationsbezogene

Behandlung von Erkrankungen des jeweiligen Gebiets, die durch psychosoziale Faktoren und Belastungsreaktionen mit bedingt sind.

Im März 2008 wurden die Richtlinien zur Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin geringfügig angepasst, so dass einer künftigen Leistungserbringung keine Gründe entgegenstehen. Eine entsprechende Änderung der Weiterbildungsordnung wird im kommenden Nachtrag zur Weiterbildungsordnung verankert. Derzeit befindet sich der 7. Nachtrag zur Weiterbildungsordnung zur Genehmigung bei der Aufsichtsbehörde.

Gegenüber der Fassung der Weiterbildungsordnung aus dem Jahr 2003 wurden die Anforderungen in der theoretischen Weiterbildung auf 120 Stunden angehoben. Verlangt werden jetzt zudem 100 Stunden Einzel- und Gruppenselbsterfahrung. Das gilt für beide Grundorien-



tierungen, sei es die psychodynamische/tiefenpsychologische Psychotherapie oder die Verhaltenstherapie.

Ebenso geändert wurde in Analogie zur Zusatz-Weiterbildung „Psychoanalyse“ die Übergangsfrist von 3 auf 7 Jahre nach der es also bis zum 12.04.2013 möglich ist, die Zusatzbezeichnung

„Psychotherapie“ nach der alten Weiterbildungsordnung zu erwerben. Wie bei allen anderen Fragen zu Ihrer Weiterbildung stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abteilung Weiterbildung/Ärztliche Berufsausübung telefonisch, persönlich oder per E-Mail zur Verfügung.

mpe

ANZEIGE

*Imatinib***Rhabdomyolyse**

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) berichtet über eine 25-jährige Patientin, bei der unter der Gabe von Imatinib (Glivec®), einem Tyrosinkinaseinhibitor, zunehmend Muskelschmerzen auftraten. Bei einem stationären Aufenthalt wurde ein starker Anstieg der Kreatinkinase (1.068 IU/L) und Myopathie festge-

stellt. Nach Absetzen von Imatinib normalisierten sich die Werte. Ein neuer Behandlungsversuch mit Zustimmung der Patientin führte zur gleichen Symptomatik, die nach Absetzen von Imatinib dauerhaft verschwand (sog. „postive rechalleng“).

*Insulinpens***Mechanisch-galenische „Defekte“**

Die Arzneimittelkommission der Apotheker (AMK) macht auf Besonderheiten der Anwendung von Insulinpens aufmerksam. Nicht durchgängige Injektionsnadeln treten bei mehrmaliger Benutzung der Einmalprodukte auf. Langsam wirkende Insulinanaloga (z.B. Lantus oder Levemir) haben eine erhöhte Verklebungstendenz. Durch unsachgemäße Lagerung der Fertigungs z.B. an der Rückwand des Kühlschranks besteht die Gefahr des Einfrierens: korrekte Lagerung im Gemüsefach! Insulinsuspensionen vor Anwendung ausreichend durchmischen durch Rollen

zwischen den Handflächen oder 20-maliges Schwenken. Starke Temperaturschwankungen können zum Ansaugen von Luft führen, zur Verlängerung des Injektionsvorganges und nicht ausreichender Verweilzeit der Nadel im Stichkanal.

Quellen: Dt. Ärztebl. 2008; 105: C 1440; Pharm.Ztg. 2008; 153:113

*Impfempfehlung***SSPE**

Ein aktuell publizierter Fall einer SSPE (subacute sclerosing panencephalitis, Masernenzephalitis) begann mit Myoklonie und Stürzen bei einem 18-jährigen chinesischen Studenten, der sich ungeimpft als Kleinkind mit Masern angesteckt hatte. Alle Therapieversuche versagten nach 10 Monaten. Die untypisch lange Inkubationszeit (17 Jahre, normal 6–8 Jahre) und der relativ schnelle Tod nach Diagnosestellung (normal 1–3 Jahre) weisen

auf die Schwere eines Krankheitsbildes, das nach einer von 25.000 Maserninfektionen auftritt und durch eine einfache Maßnahme (= Masernimpfung) hätte verhindert werden können. Dieser Fall und 5 weitere sind auf einen Masernausbruch in Hongkong im Jahr 1988 zurückzuführen. Sie können als Nachweis des Nutzens von Impfungen dienen.

Aktuelle Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut wurden am 25.7. 2008 publiziert (mit kleineren Änderungen im Vergleich zu 2007). Sie sind im Internet unter www.rki.de abrufbar oder können bis zu 3 Exemplaren kostenfrei nach Einsenden eines adressierten und mit 1,45 Euro frankierten Rückumschlages angefordert werden bei RKI, Kennwort „Stiko-Empfehlungen“, Nordufer 20, 13353 Berlin.

Quellen: Lancet 2008; 372; 418; Epidemiol. Bull. 2008; Nr. 30 und 31

Anregungen, Vorschläge und insbesondere kritische Anmerkungen aus der Praxis und Klinik zu den Artikeln dieser Serie sind ausdrücklich erwünscht. Telefon: 0211/4302-1560, Fax: 0211/4302-1588, E-Mail: dr.hopf@aekno.de Dr. Günter Hopf, ÄK Nordrhein, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf

DEGS: Neue bundesweite Studie zur Gesundheit Erwachsener als Komponente des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts

Mit dem Gesundheitsmonitoring etabliert das Robert Koch-Institut (RKI) erstmals eine umfassende und kontinuierliche Beobachtung der gesundheitlichen Lage der in Deutschland lebenden Bevölkerung. Das Monitoring umfasst drei Komponenten, in denen das RKI regelmäßig Daten erheben wird: Eine Komponente ist die bundesweite Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS), die im November vor Ort in Berlin und Brandenburg startet.



Das Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts

Das Gesundheitsmonitoring bezieht Personen aller Altersgruppen von 0 bis über 80 Jahren ein und sieht regelmäßige bundesweite Längsschnitt- und Querschnitterhebungen vor. Neben DEGS – der Studie zur Gesundheit Erwachsener – bilden die Fortsetzung des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) sowie regelmäßige telefonische Gesundheitsbefragungen mit dem Titel „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) die weiteren Komponenten des Gesundheitsmonitorings. Die Monitoring-Daten sollen bestehende regelmäßige Datenquellen wie amtliche Statistiken oder Prozessdaten der Krankenkassen um bundesweite repräsentative Daten zur Entwicklung des Krankheitsgeschehens, zum Gesundheits- und Risikoverhalten, zur Versorgung und zu den Lebensbedingungen verschiedener Bevölkerungsgruppen ergänzen. Die gewonnenen Informationen werden für die Gesundheitsberichterstattung, die Entwicklung von Gesundheitszielen und für die Vorbereitung gesundheitspolitischer Entscheidungen genutzt.

Der wesentliche Vorzug eines kontinuierlichen Gesundheitsmonitorings

besteht darüber hinaus darin, dass im Zeitverlauf die Erreichung von gesundheitspolitischen Zielen überprüft, Strategien evaluiert und gesundheitliche Trends festgestellt werden können.

DEGS: Die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland

In den drei Untersuchungsjahren von DEGS sollen insgesamt 7.500 Erwachsene in 180 Orten Deutschlands befragt und körperlich untersucht werden. In den Untersuchungszentren vor Ort werden sie gebeten, einen Fragebogen zu gesundheitsrelevanten Themen auszufüllen. Weiterhin fragt die Ärztin oder der Arzt sie, welche Krankheiten und gesundheitlichen Probleme sie bisher hatten oder gegenwärtig haben. Hinzu kommen verschiedene körperliche Untersuchungen und Tests. Zusätzlich wird um eine Blut- und Urinprobe gebeten, aus denen Laborwerte ermittelt werden, z.B. Risikofaktoren für Herz-/Kreislauf-Erkrankungen und Stoffwechselerkrankungen.

Der Vorteil für die Studienteilnehmer besteht darin, dass sie kostenlos einen umfassenden Überblick über ihren Gesundheitszustand erhalten. Einige Befunde (z. B. kleines Blutbild, Blutdruck) können den Teilnehmern bereits am Ende des Untersuchungstermins mitgeteilt werden, andere Befunde (z. B. Ergebnisse der Laboranalysen) folgen nach einer ärztlichen Bewertung etwa sechs Wochen später mit einer Erläuterung für Teilnehmer und Hausarzt. Nach Studienende werden die Teilnehmer über die bevölkerungsbezogenen Studienergebnisse informiert.

www.rki.de/degs

Zehn Jahre Neonatalerhebung – Fachszene diskutierte Ergebnisse



Die Säuglingssterblichkeit in Berlin ist in den vergangenen zehn Jahren von 4,4 auf 3,49 Promille und damit unter den Bundesdurchschnitt (3,9 Promille im Jahr 2007) gesunken. Dieser Erfolg geht zu einem großen Teil auf das Konto der Neonatalerhebung, deren Ergebnisse die Ärztekammer Berlin Anfang Oktober vorlegte und mit Experten aller beteiligten Kliniken diskutierte. An der Erhebung beteiligten sich seit Beginn der 90er Jahre alle neun (früher zehn) neonatologischen Abteilungen Berlins.

Erfasst werden unter anderem folgende Kriterien: Anzahl der Aufnahmen in die Neonatologie nach Schwangerschaftswoche und nach Geburtsgewicht, Dauer des stationären Aufenthaltes sehr untergewichtiger Neu- und Frühgeborener und deren Überlebensrate, Entlassungsgewichte, Häufigkeit von Hirnblutungen und Retinopathie.

Der Überblick über die vergangenen zehn Jahre zeigt, dass die Dauer der stationären Aufent-

halte für besonders unreife Frühgeborene (unter 1500 g) bis 2006 von 80 auf 70 Tage reduziert werden konnte. Zudem konnte bis 2006 über mehrere Jahre die Rate an Hirnblutungen gesenkt werden. Zugeschrieben wird dies einer vermehrten Gabe von Steroiden antenatal, einem raschen Einsatz von Surfactant bei einer notwendigen Intubation postnatal und einer besseren Temperaturkontrolle der Erstversorgungsräume zu, die mindestens 35 bis 37 Grad Celsius warm sein sollten.

Jede der beteiligten Kliniken erhält einmal jährlich eine anonymisierte Auswertung ihrer Ergebnisse und kann sie mit den anonymisierten Ergebnissen der Gesamtauswertung aller Kliniken vergleichen. In einem detaillierten Gespräch erörtert der Vorsitzende der Neonatalkommission dann mit jedem einzelnen Haus Auffälligkeiten und mögliche Ursachen. In der Regel können den beteiligten Kliniken immer

Bereiche angezeigt werden, in denen eine Optimierung der Behandlungsqualität möglich ist. Erfolgreiche Optimierungsstrategien einzelner Kliniken werden den anderen zur Kenntnis gegeben. Eine Ergebniskonferenz für alle gibt den teilnehmenden Krankenhäusern zudem Gelegenheit, Trends und Auffälligkeiten zu diskutieren und für bestimmte Problemlagen gemeinsam Standards zu entwickeln, die fortan in allen Häusern eingeführt werden.

Die Neonatalerhebung, die die Kammer bislang in Eigenregie durchführte, wird voraussichtlich ab 2010 in die bundesweite externe vergleichende Qualitätssicherung nach § 137 aufgenommen, wie dies schon bei der Perinatalerhebung der Fall ist. Man hofft, dass es dann endlich möglich wird, Erkenntnisse aus beiden Erhebungen miteinander zu verknüpfen.

Dank an Michael Obladen

Von Anbeginn arbeitete Prof. Dr. med. Michael Obladen (Foto links) an vorderster Front für die Neonatalerhebung in Berlin. Als Vorsitzender der Neonatalkommission führte er jährlich Gespräche mit allen daran beteiligten Kliniken und diskutierte mit ihnen Auffälligkeiten und Besonderheiten sowie nachahmenswerte Lösungen, die auch auf andere Häuser übertragen werden können. Im Namen der Ärztekammer Berlin würdigte Dr. med. Erich Fellmann als Vorsitzender des Qualitätssicherungsausschusses Obladens herausragendes Engagement.

Durchbruch bei den Befugnissen

Der Vorstand und die Vorsitzenden der Weiterbildungsausschüsse der Ärztekammer Berlin haben sich auf ein grundlegend neues Modell bei der Erteilung der Befugnisse verständigt. Der Vorstand hatte die Vorsitzenden der Weiterbildungsausschüsse und Fachvertreter zu einem Arbeitstreffen am 13. Oktober 2008 eingeladen. Erörtert werden sollte in erster Linie der Stand der Bearbeitung von Anträgen auf Befugnisse zur Leitung der Weiterbildung (früher Ermächtigung).

Vizepräsident Dr. med. Elmar Wille eröffnete die Sitzung und führte kurz zum Thema ein. Anschließend stellte Dr. med. Michael Peglau, Abteilungsleiter der Abteilung Weiterbildung/Ärztliche Berufsausübung, das im Sommer vom Vorstand beschlossene Verfahren vor und berichtete über den Bearbeitungsstand. Ausgehend von einer Anregung des Weiterbildungsausschusses I ist ein Verfahren entstanden, das sich von allen bisherigen grundsätzlich unterscheidet. Die immer größere Komplexität der Weiterbildungsordnung hatte ursprünglich die Idee von gemeinsamen und/oder Verbundbefugnissen entstehen lassen. In der Realität stellte sich jedoch rasch heraus, dass dieses Prinzip unter den heutigen Bedingungen nicht umsetzbar ist. Zu häufig änderten sich personelle Zuständigkeiten. Trägerwechsel und andere Änderungen in der Versorgungslandschaft führten innerhalb kurzer Zeit

zu einem Durcheinander bei den unterschiedlichsten Fachrichtungen. Die Weiterbildungsausschüsse hatten in der Vergangenheit die unterschiedlichsten Nachweise erbeten, um sich ein Bild über die jeweilige Weiterbildungssituation zu machen. All das zog die Verfahren enorm in die Länge.

Nun wurde mit dem neuen System nicht nur ein riesiger Schritt in Richtung kollegialen Vertrauens gemacht, es wurde zugleich ein transparentes Verfahren etabliert, das auch ein einheitliches Verwaltungshandeln ermöglicht.

Die Antragsteller für eine Befugnis stellen online einen Antrag. Dieser Antrag stellt dem Antragstellenden per Auswahlverfahren sofort die gewünschte Bezeichnung zur Verfügung und bietet ihm das entsprechende Weiterbildungsprogramm an. Dieses Weiterbildungsprogramm ist mit den geforderten Richtzahlen hinterlegt. Es muss vom Antragsteller ausgefüllt und an die Ärztekammer gesandt werden.

Die Verwaltung ermittelt anhand der angegebenen Werte einen Befugnisrahmen, der anschließend im zuständigen Weiterbildungsausschuss beraten wird. Dieser wird ihn in der Regel übernehmen, kann aber bei nachvollziehbaren und dokumentierten Sachverhalten durchaus nach oben oder unten abweichen. Die abschließende Empfehlung des zuständigen Weiterbildungsausschusses geht dem Vorstand der Ärztekammer zur Beschlussfassung zu. Dieser erteilt gemäß § 10 Abs.1 e) der Hauptsatzung der Ärztekammer Berlin die Befugnis.

Bei diesem Verfahren ist außerdem neu, dass es sich in jedem Fall um personenbezogene Einzelbefugnisse handelt und es den in der Weiterbildung engagierten Akteuren vorbehalten bleibt, fachlich sinnvolle Kooperationen einzugehen. So stellt das neue System die Qualität der Weiterbildung sicher und schafft zugleich einen wesentlich größeren Gestaltungsspielraum.

Zukünftig werden die Weiterbildungsausschüsse punktuelle Prüfungen der Angaben der Antragsteller veranlassen, was z.B. bedeuten kann, dass sich Mitglieder eines Weiterbildungsausschusses bei Antragstellern zu einem Besuch anmelden.

Die Vorsitzenden der Weiterbildungsausschüsse berichteten über ihre ersten Erfahrungen mit dem System und PD Dr. med. Maria Birnbaum erklärte, dass in der jüngsten Sitzung des Weiterbildungsausschusses 140 Anträge auf Befugnis beraten worden seien und sowohl die Ausschussmitglieder als auch sie selbst von dem neuen System überzeugt seien.

Zahl der Anträge stark gestiegen

Der Abteilungsleiter Weiterbildung/Ärztliche Berufsausübung berichtete den Anwesenden über den Gesamtarbeitungsstand. Waren in den zurückliegenden Jahren etwa 300-400 Anträge/Jahr auf Befugnis zu bearbeiten, so sind seit 2006 die Antragszahlen – nicht zuletzt wegen unzähliger neuer Bezeichnungen – sprunghaft angestiegen. In diesem Jahr sind bereits 691

Anträge vom Vorstand endgültig beschieden worden, 462 Anträge mussten in den letzten Wochen vom „alten“ auf das „neue“ Bearbeitungsverfahren umgestellt werden und befinden sich derzeit bei den Weiterbildungsausschüssen in der Beratung. Alle diese Antragsteller wurden vom Vizepräsidenten angeschrieben und mit der veränderten Bearbeitungsweise vertraut gemacht. 124 Antragsteller haben seit September bereits nach dem neuen System eine Befugnis beantragt.

Die Teilnehmer der Arbeitssitzung begrüßten das Verfahren. Dr. med. Erich Fellmann, Vorsitzender des Weiterbildungsausschusses III, sah in einigen Richtzahlen und ihrer Wichtung Korrekturbedarf und regte an, dass sich mit entsprechenden Änderungen der zuständige Weiterbildungsausschuss befassen wird. Dies fand breite Zustimmung.

Kongress

Die lebhafteste Diskussion war geprägt von dem Wunsch der Teilnehmer, eine hohe Qualität der Weiterbildung in allen Bereichen sicherzustellen. Ein Instrument sei die Benennung geeigneter Ärztinnen und Ärzte als Befugte. Dr. Wille dankte allen Beteiligten für ihre konstruktive Mitwirkung und verlieh seiner Überzeugung Ausdruck, dass nun ein Verfahren gefunden sei, dass den Bedürfnissen aller Beteiligten und den Erfordernissen der Versorgungslandschaft gerecht wird.

Zum Abschluss der Veranstaltung wurde über die Voraussetzungen zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumorthherapie diskutiert. Die Diskussion und Meinungsbildung scheinen hier noch nicht abgeschlossen zu sein. Zur Sprache kamen unterschiedliche Modelle zur Bewertung der tatsächlichen ärztlichen Tätigkeit in dieser Zusatzbezeichnung.

14. Kongress „Armut und Gesundheit“

Gesundheitsförderung von Menschen in sozialen Randlagen ist das Thema des 14. bundesweiten Kongresses „Armut und Gesundheit“. Er findet am Freitag, den 5. und Samstag den 6. Dezember 2008 ganztägig im Rathaus Schöneberg statt. Der Kongress diskutiert, wie das Wissen über die Entstehung und Beseitigung gesundheitlicher Ungleichheit verbessert werden kann und welche Strategien der Prävention bei sozial Benachteiligten heute schon erfolgreich sind.

Das Programm enthält eine Fülle von Workshops zu Themen, die sich derzeit auch sehr breiter Aufmerksamkeit der Medien erfreuen. So zum Beispiel die gezielte Gesundheitsförderung in Schulen und Kitas, die Gesundheitsförderung von Alleinerziehenden, mögliche Ansätze zur Gesundheitsförderung in Migrantenfamilien oder die Adipositas-Prävention und Frühförderung von Kindern in sozial hochbelasteten Familien. Unter www.armut-und-gesundheit.de finden Sie das Gesamtprogramm.

sygo

Medizinische Versorgungszentren – eine Lösung oder ein Problem?

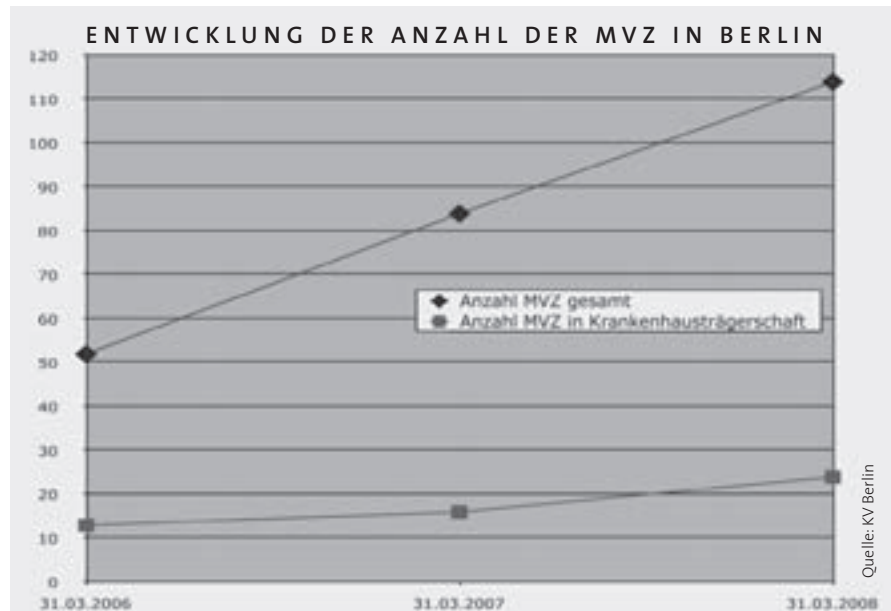
Für die einen sind sie die Lösung aller Probleme der sektoralen Gesundheitsversorgung. Als Einfallstor für Kapitalunternehmen in die ambulante Versorgung werden sie von den anderen misstrauisch beäugt. MVZ polarisieren. Auch die Ärzte vertreten hier keine einhellige Meinung. Die meisten angestellten Ärzte in den MVZ schätzen ihre neuen Arbeitsbedingungen. Dagegen kritisieren viele Niedergelassene die Abkehr von der Freiberuflichkeit. BERLINER ÄRZTE nimmt die Debatten unter die Lupe und wirft einen Blick auf die Entwicklung in Berlin.

Von Angela Mißbeck



Ärztennetze, Ärzthäuser, Praxisgemeinschaften, Gerätegemeinschaften, Gemeinschaftspraxen – ambulante ärztliche Kooperationen sind vielfältig. Vor allem in Berlin. Hier gibt es zusätzlich noch die ehemaligen Polikliniken, die aufgrund einer Sonderzulassung nach §311 SGB V an der ambulanten Versorgung teilnehmen. Sie standen Pate für die seit 2004 geschaffenen MVZ, deren sozialrechtliche Grundlagen in §95 SGB V geregelt sind. Heute stehen Vorbild und Nachahmermodell in Berlin in Konkurrenz zueinander. „Die Kollegen haben jetzt die Wahl, wo sie angestellt arbeiten. Wir merken die Konkurrenz bei der Rekrutierung von Ärzten“, sagt Dr. Bernd Köppl, Ärztlicher Leiter der als Sana Gesundheitszentren fortbestehenden Polikliniken und Delegierter der Ärztekammer Berlin.

Konkurrenz machen die MVZ auch den niedergelassenen und vor allem den niederlassungswilligen Ärzten bei einer Praxisübernahme. „Allein schon die gesteigerte Nachfrage aus dem ‚institutionellen Bereich‘ (Krankenhaus, Tochtergesellschaft einer Krankenkasse, nichtärztlicher Privatunternehmer, Apotheker, Sanitärfachhandel,...) hebt zwangsläufig den Preis“, so der Orthopäde Helmut Mälzer. Doch MVZ ist nicht gleich MVZ. Neben großen MVZ, die überwiegend mit angestellten Ärzten arbeiten, haben sich aus den Reihen der niedergelassenen Ärzte auch zahlreiche kleine MVZ entwickelt. So arbeitet auch Mälzer selbst in einem MVZ mit zwei Ärzten – freiberuflich und auf Augenhöhe, wie er betont. Politischer Wille war es jedoch, Ärzten im ambulanten Sektor die Angestelltentätigkeit zu ermöglichen. Nach Meinung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) haben MVZ in den vier Jahren seit ihrer Zulassung bewiesen, dass es kein Widerspruch ist, ambulant angestellt tätig zu sein. Das Ministerium nimmt zudem an, dass die neuen Einrichtungen die Versorgung verbessern und dabei wirtschaftlicher sind als Einzelpraxen.



Manche sehen das anders. Die anhaltenden Debatten zum Thema hat zuletzt ein Gesetzesvorstoß der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) angeheizt. Einen ähnlichen Änderungsantrag hatte das Land Bayern eingebracht. Der Vorschlag der KBV sah vor, dass MVZ nur noch von Ärzten gegründet werden können, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Alle anderen MVZ-Gründer hätten nach dem Willen der KBV eine Trägergesellschaft gründen müssen, die mehrere detaillierte Voraussetzungen erfüllen sollte: Sie sollten von einem Arzt verantwortlich geführt werden, Ärzte sollten die Stimm- und Kapitalmehrheit innehaben, und Gewinnabführungsverträge mit Minderheitsgesellschaftern wären unzulässig. Damit sollte gewährleistet werden, dass MVZ kein „Einfallstor für Kapitalgesellschaften“ werden, so der KBV-Dezernatsleiter Lothar Lieschke bei der Jahres-

tagung des Bundesverbands der MVZ (BMVZ) im September in Berlin. „Wenn es gelingt, die Gefahren, die damit verbunden sind, abzuwenden, ist die Entwicklung der MVZ durchaus begrüßenswert“, sagte Lieschke.

Zwar stand die endgültige Entscheidung des Bundestags bei Redaktionsschluss noch aus. Doch die Chancen für eine Gesetzesänderung standen von Anfang an eher schlecht. „Zu einem sozialrechtlichen Riegel, wie von der KBV gefordert, ist das Bundesgesundheitsministerium meiner Auffassung nach derzeit nicht bereit“, sagte der BMG-Abteilungsleiter für Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Franz Knieps, beim BMVZ-Kongress. Gesetzgeberischen Handlungsbedarf sähe er dann gegeben, wenn es zu einer Entwicklung käme, bei der kleinere MVZ verdrängt würden. Er signalisierte jedoch Gesprächsbereitschaft und schloss Neuregelungen unterhalb der Gesetzgebungsebene nicht aus. Denn in einem Punkt stimmt Knieps mit der KBV überein: „Wesentlich ist: Die ärztliche Unabhängigkeit darf nicht durch Juristen und Ökonomen eingeschränkt werden.“



Helmut Mälzer

Angela Mißlbeck
Fachjournalistin für Gesundheitspolitik

MVZ – Die Debatte

These: „MVZ ermöglichen eine bessere und effizientere Versorgung“



Dr. Ismail Tuncay

Pro „Diese Art, mehrere Ärzte institutionell zusammenzubringen, ist sinnvoll und effektiv“, sagt der niedergelassene Arzt Dr. Ismail Tuncay, Gründer des MVZ Poliklinisches Zentrum Berlin mit insgesamt elf Ärzten am Kottbusser Tor. Vor allem multimorbide Patienten profitieren. Diese Auffassung vertritt auch der Allgemeinmediziner Dr. med. Wolfram Otto, der mit dem Polikum Friedenau 2005 das größte deutsche MVZ gegründet hat. „Ein Groß-MVZ behandelt am besten chronisch und vielfach Kranke“, meint Otto. Das Polikum verzeichnet nach seinen Angaben die gleichen Fallzahlen aber eine höhere Morbidität als die Arztpraxen in Berlin. Die Polikum-Ärzte haben Zugriff auf eine gemeinsame, digitale Patientenakte. Das trifft nach



Dr. med. Wolfram Otto

einer Umfrage des BMVZ für fast vier von fünf MVZ zu. Je größer das MVZ, desto häufiger wird eine digitale gemeinsame Akte geführt. Laborbefunde und sonstige Untersuchungsergebnisse liegen jedem betreuenden Arzt vor. Jeder weiß, was der andere verschrieben hat. Das führt im Idealfall dazu, dass insgesamt weniger Medikamente verordnet und Doppeluntersuchungen vermieden werden. Das Polikum bietet zudem patientenfreundliche Öffnungszeiten von 8 bis 20 Uhr. Mit all diesen Kriterien ist es sozusagen das Lieblings-MVZ der Politik. Ein weiteres Argument, das auch für kleinere MVZ gilt: „Ärzte können Kosten sparen, weil sie Einrichtung und Personal teilen. Es gibt ein gemeinsames Marketing“. Das sind die Gründe für eine MVZ-Gründung, die Frank Bausch, Geschäftsführer der KV Nordrhein Consult, zuerst nennt.



Burkhard Bratzke

Contra „Als ein Problem bei den MVZ konstatieren wir, dass sie bezüglich der Leistungsanteile nicht die gleiche Effizienz aufweisen wie Gemeinschaftsbeziehungsweise Einzelpraxen mit freiberuflich tätigen Ärzten“, so die KV Berlin. Konkret heißt das, dass ein Arzt im MVZ durchschnittlich weniger Patienten

versorgt als außerhalb. Das gilt laut KV Berlin vor allem in der Anfangszeit nach der Übernahme neuer Arztsitze ins MVZ und für MVZ mit angestellten Ärzten. „Wenn ich jemanden anstelle, kann ich ihn nicht 60 Stunden pro Woche arbeiten lassen“, sagt Burkhard Bratzke, der mit seiner Frau, einer niedergelassenen Hausärztin, selbst ein kleines Freiberufler-MVZ führt. Sein Fazit: „Die Erwartung, dass ein MVZ mit angestellten Ärzten auf absehbare Zeit wirtschaftlicher arbeitet als eine Praxis, habe ich nicht.“ Dafür führt er mehrere Faktoren an: Die Leistungsfähigkeit sei geringer, weil vor allem ältere Ärzte ihren Sitz ins MVZ verlegen würden. Die Bezahlung der angestellten Ärzte nach Stunden sei wenig leistungsfördernd. Und schließlich seien die Arztgehälter in MVZ aufgrund des zunehmenden Wettbewerbs um Ärzte zu hoch, als dass ein Angestellten-MVZ kurzfristig schwarze Zahlen schreiben könnte. Ein weiteres Argument: Kosteneinsparungen sind auch bei anderen engen Kooperationsformen möglich. Der Vorteil, dass viele Ärzte an einem Ort versammelt sind, wird aus Sicht der KV Berlin mit dem Nachteil bezahlt, dass die Versorgungsstruktur sich zulasten der wohnortnahen Praxen konzentriert.

These: „Man kann auch als Angestellter ambulante Medizin machen“

(Franz Knieps, Abteilungsleiter Gesundheitsversorgung, Kranken- und Pflegeversicherung im Bundesgesundheitsministerium)

Pro „Ich persönlich fühle mich sehr viel freier in meiner Tätigkeit seit ich im MVZ arbeite, als vorher in der Niederlassung“, sagt die Berliner Augenärztin Dr. med. Ingeborg Kaffine. Sie ist nach langen Jahren der Niederlassung Anfang 2008 als angestellte Ärztin in das Polikum eingestiegen und froh darüber. Personalfragen, Praxisverwaltung, Probleme mit der Kassenärztlichen Vereinigung – all



Bernd Köppl

das regelt für Kaffine nun die zentrale Verwaltung des Polikum. Sie selbst kann sich auf die Patientenversorgung konzentrieren. Als große Bereicherung empfindet die Ärztin die interdisziplinäre Zusammenarbeit und den schnellen, unkomplizierten kollegialen Austausch. Medizinisch hat sie eigenen Angaben zufolge die gleichen Möglichkeiten wie in der freien Praxis, und auch finanziell steht sie mit einem Festgehalt und Umsatzbeteiligung nicht schlechter da. Es gilt als unumstritten: Die Angestelltentätigkeit bietet mehr Freiheit für das Familienleben und kommt so vor allem Ärztinnen entgegen. „Die Zukunft der MVZ ist weiblich“, meint Bernd Köppl. Teilzeitmodelle werden laut einer Umfrage des Bundesverbands der Medizinischen Versorgungszentren (BMVZ) in mehr als der Hälfte der MVZ angeboten. Im Durchschnitt teilen sich fünf Ärzte vier Zulassungen. Auch älteren Kollegen ermöglicht das, ihr Leistungsspektrum nach Wunsch und Kräften zu gestalten. Ein weiteres Argument: Jungen Ärzten erlaubt die Angestelltentätigkeit den Einstieg in die ambulante Medizin ohne große Anfangsinvestitionen. Und alle Kritiker müssen sich vom Leiter der Helios-Poliklinik in Berlin-Buch, Harald Katzberg, fragen lassen: „Auch in den Krankenhäusern arbeiten angestellte Ärzte – sind die auch alle schlecht?“

Contra „Der angestellte Arzt gibt im MVZ ein Stück Freiheit auf“, sagt der Vizepräsident der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Elmar Wille, im Interview mit BERLINER ÄRZTE. Nicht nur er fürchtet, dass die MVZ-Leitung Einfluss auf medizinische Entscheidungen des angestellten Arztes nimmt. Das wird dort gefährlich, wo finanzielle Interessen statt des Patientenwohls im Vordergrund stehen. Die KBV begründete ihren Gesetzesvorstoß im September mit einem „Trend zur Kapitalisierung der Versorgungseinrichtungen und einer Gewinnorientierung (...), durch den sich schädliche Einflüsse auf die Erhaltung einer unabhängigen und patientenorientierten Versorgungsstruktur bilden könnten – auch im Verhältnis des Wettbewerbs zu freiberuflich tätigen niedergelassenen Vertragsärzten“. Befürchtet werden ähnliche Konzentrationsprozesse wie im Bereich der Labore, zumal nun mehr

Geld in die ambulante Versorgung kommt. Besonders kritisch werden die MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern gesehen. Zwar zeigt die Entwicklung in Berlin bislang nicht die Tendenz, dass die Kliniken unter den MVZ-Trägern überhand nehmen würden (siehe Grafik Seite 15). Die Bedenken richten sich jedoch auch weniger auf die Anzahl, als auf die Wettbewerbsposition und Binnenstruktur der Klinik-MVZ: Kliniken hätten durch die duale Finanzierung Wettbewerbsvorteile gegenüber niedergelassenen Ärzten. Wenn sich das MVZ selbst nicht rechnet, so ermögliche es der Klinik doch stationäre Fallzahlsteigerungen. Umgekehrt könnten lukrative Patienten von der Klinik gezielt ins eigene MVZ geleitet und weniger gewinnbringende den Niedergelassenen überlassen werden. Wille sieht hier ganz neue Möglichkeiten der Patientensteuerung.

MVZ – Die Entwicklung in Zahlen

Das Polikum in Berlin Friedenau ist mit zuletzt rund 50 Ärzten bis heute mit Abstand das größte MVZ in Deutschland. Inzwischen gibt es zwei weitere Polikum MVZ in Berlin. Im Polikum Charlottenburg sind elf Ärzte tätig und im Polikum Fennpfuhl arbeiten bislang zehn Ärzte. Im Ärztehaus in Fennpfuhl sind weitere Praxen angesiedelt, die zum Teil mit dem Polikum kooperieren. Die Mehrzahl der MVZ in Berlin und bundes-

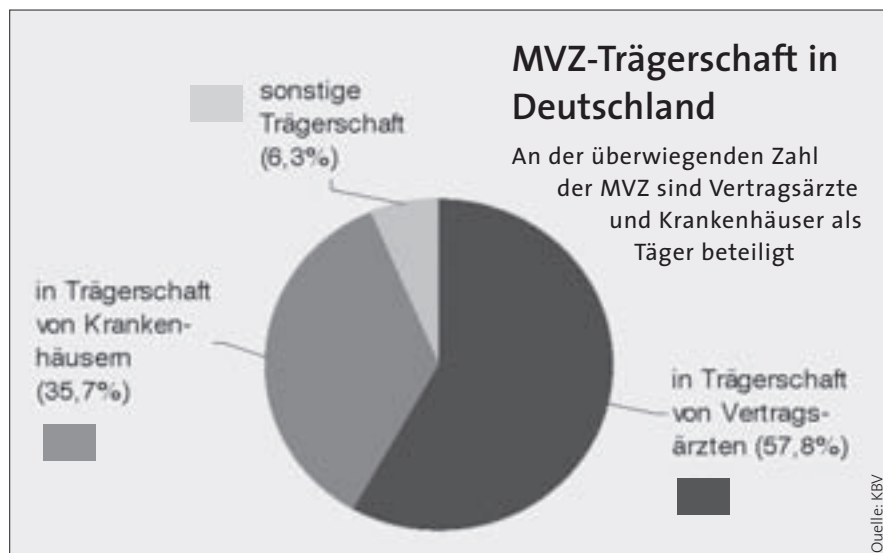


weit ist deutlich kleiner. Viele von ihnen sind aus Gemeinschaftspraxen hervorgegangen und umfassen nur zwei Ärzte verschiedener Fachrichtungen. Im Bundesdurchschnitt sind etwas mehr als vier Ärzte in einem MVZ tätig. Berlin liegt mit durchschnittlich rund fünf Ärzten etwas darüber.

Zwar bleiben Groß-MVZ die Ausnahme. Doch die Entwicklung ist dynamisch. In Berlin hat sich die Zahl der MVZ innerhalb von zwei Jahren verdoppelt (siehe Grafik S.15). Ende Juni zählte die Kassenärztliche Vereinigung Berlin 114 MVZ. Nicht mitgezählt sind die ehemaligen Polikliniken der DDR, von denen es in Berlin 74 gibt. Die meisten arbeiten als Sana Gesundheitszentren in der Trägerschaft des privaten Krankenhauskonzerns Sana weiter. Die Poliklinik in Berlin-Buch gehört nun zum Helios-Konzern. Alle zusammen beschäftigen laut KV Berlin 255 Ärzte und fünf Psychotherapeuten. In den neuen, seit 2004 gesetzlich möglichen MVZ in Berlin arbeiten den KV-Angaben zufolge 157 niedergelassene und 447 angestellte Ärzte. 67 Arztstühle in den Berliner MVZ werden von mehreren Ärzten geteilt. 43 Ärzte üben ihre MVZ-Tätigkeit mit einer Viertelstelle aus, 55 sind halbtags tätig und 38 Ärzte haben Dreiviertelstellen.

Von den 114 MVZ sind 22 in der Trägerschaft eines Krankenhauses. Die Führungsrolle teilen sich dabei der kommunale Vivantes Klinik Konzern mit sechs MVZ und 35 Ärzten und die Uniklinik Charité mit 45 Ärzten in vier MVZ. Jeweils drei MVZ betreiben die Alexianer Krankenhäuser (9 Ärzte) und die DRK-Kliniken (29 Ärzte). Eine nicht ganz unbedeutende Rolle in der Berliner MVZ-Landschaft spielt zudem die Firma „Orthex“, die in den Gebieten Sanitätsfachhandel, Orthopädie- und Rehabilitationstechnik beheimatet ist. Sie betreibt insgesamt fünf MVZ mit 18 Ärzten, das größte davon in Neukölln. Neu ist, dass auch die Techniker Krankenkasse mit ihrem Partner Atriomed zwei MVZ in Berlin einrichtet. Sie befinden sich noch im Aufbau.

Trotz dieser Entwicklungen ist die Mehrzahl der MVZ in Berlin wie bundesweit nach wie vor in der Trägerschaft von Vertragsärzten. Dem letzten MVZ-Survey der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zufolge stellten Vertragsärzte im März dieses Jahres 57,8 Prozent der MVZ-Träger (s. Grafik). Ende Juni gab es nach einer vorläufigen Hochrechnung der KBV bundesweit 1088 MVZ. Das waren 65 mehr als noch ein Vierteljahr zuvor. In ihnen arbeiteten laut KBV zuletzt 4.800 Ärzte. Dabei ist der Anteil angestellter Ärzte leicht gestiegen. Er beträgt nach den neuesten KBV-Angaben 75 Prozent und lag ein Quartal vorher bei 73 Prozent.



INTERVIEW

Eine prinzipiell positive Einstellung zu MVZ vertritt der Vizepräsident der Berliner Ärztekammer, Dr. med. Elmar Wille. Der niedergelassene Augenarzt hat jedoch auch einige Bedenken. Mit ihm sprach Angela Mißbeck.

BERLINER ÄRZTE: Herr Dr. Wille, wie schätzen Sie als Vizepräsident der Berliner Ärztekammer die rasante Entwicklung der MVZ in Berlin ein. Ist das zu begrüßen oder aus Sicht der Kammer bedenklich?

Wille: Prinzipiell ist nichts dagegen einzuwenden, dass es neben niedergelassenen Ärzten und ihren meist kleinen Gemeinschaftspraxen auch größere, fachübergreifende Strukturen in der ambulanten Versorgung gibt. Mit den ehemaligen Polikliniken, die hier in Berlin fortbestehen, hat diese Vielfalt in der Stadt schon Tradition. Wir müssen offen sein für neue Strukturen, wobei gesagt werden muss, dass viele der neuen MVZ lediglich umgewandelte Gemeinschaftspraxen sind, die keine echten strukturellen Neuerungen bringen.

BÄ: Und wie betrachten Sie persönlich als niedergelassener Arzt die Entwicklung?

Wille: Die niedergelassenen Ärzte haben mit den MVZ neue Konkurrenz bekommen. Dieser Konkurrenz stellen wir uns. Aber sie muss fair sein, und das ist sie aus meiner Sicht nicht immer. Problematisch ist es insbesondere, wenn Kranken-

„MVZ machen Niedergelassenen Konkurrenz, werden sie aber nicht verdrängen“

häuser MVZ eröffnen. Krankenhäuser erhalten Steuergelder, niedergelassene Ärzte nicht. Hier herrschen ungleiche Verhältnisse, solange die duale Krankenhausfinanzierung weiter besteht. Hinzu kommt ein Weiteres: Die Kliniken haben mit ihren MVZ völlig neue Möglichkeiten der Patientensteuerung. Wenn sie einen Patienten entlassen, können sie entscheiden, ob sie ihn gerne im MVZ weiterbehandeln würden oder ihn zum niedergelassenen Arzt zurückschicken. „Lukrative“ Patienten werden sie sicher gern selbst weiterbehandeln.

BÄ: Sie hätten den Vorschlag der KBV also begrüßt, das Gesetz dahin gehend zu ändern, dass gewinnorientierte Kapitalgesellschaften als MVZ-Träger nicht mehr zugelassen werden und immer ein Arzt verantwortlich zeichnen muss?

Wille: Das wäre sicher eine Möglichkeit. Dass ein Arzt für ein MVZ gerade stehen muss, käme auch den Patienten sehr zugute, weil Ärzte meines Erachtens näher am Patienten sind als alle anderen Berufsgruppen. Sie sind deshalb auch stärker in einer persönlichen Verantwortung für ihre Patienten als zum Beispiel der Verwaltungsleiter eines MVZ. Traurig wird es, wenn der Arzt im MVZ in verdeckte Abhängigkeiten gerät und nur noch die Medizin umsetzt, die die Verwaltungsleitung vorgibt.

BÄ: Besteht diese Gefahr denn aus Ihrer Sicht? Schließlich ist gesetzlich vorgeschrieben, dass jedes MVZ einen ärztlichen Leiter braucht.

Wille: Nehmen Sie die Klinik-MVZ: Ein Arzt in einem Klinik-MVZ wird seinen Patienten vermutlich immer in die dazugehörige Klinik einweisen und nicht in eine andere. Im Prinzip entspricht das aber der berufsrechtlich bedenklichen Praxis des Kickback. Nur kann die Kammer in diesem Fall nichts unternehmen. Den schwarzen Peter hätte immer nur der einzelne Arzt. Der Verwaltungsleiter des MVZ, der die Vorgaben macht, ist nicht an das Berufsrecht

der Ärzte gebunden. Nicht zuletzt gibt der Arzt auch ein Stück Freiheit auf, wenn er in ein MVZ geht.

BÄ: Viele Ärzte, die in MVZ tätig sind, schätzen es aber gerade, dass ihnen jemand die Verwaltungsarbeiten abnimmt.

Wille: Das kann ich gut nachvollziehen. Diese Arbeiten sind äußerst lästig. Das weiß ich aus meiner eigenen Praxis. Ich möchte MVZ auch nicht pauschal verurteilen. Problematisch sind aus meiner Sicht die Klinik-MVZ. Ansonsten bin ich der Meinung, dass MVZ durchaus auch Vorteile haben.

BÄ: Und die wären?

Wille: Chancen bieten sie sicher den Ärzten in Fachgruppen mit hohem Kapitalaufwand, wie zum Beispiel der Augenheilkunde. Teure Apparate rechnen sich in kooperativen Strukturen einfach besser. Außerdem ist nur zu begrüßen, dass es mit den MVZ nun auch mehr Gestaltungsmöglichkeiten für flexible und Teilzeitarbeitsmodelle in der ambulanten Versorgung gibt. Das ist sicher ein Vorteil, zumal der Anteil der Ärztinnen steigt. Auch manche Patienten können von der Versorgung in einem freien MVZ sicher profitieren, wenn es eine komplexe Versorgungsstruktur mit – ich sage mal – mindestens fünf Fachrichtungen und gemeinsamer Patientenakte vorhält. Besonders ältere, multimorbide Patienten finden dort im Idealfall alle nötigen Fachärzte an einem Ort und ihre Multi-Medikation wäre abgestimmt. Dem Patienten muss jedoch klar sein, dass er diese Vorteile nur hat, wenn er darauf verzichtet, auch Ärzte außerhalb des MVZ aufzusuchen und damit einen Teil seiner freien Arztwahl aufgibt.

BÄ: Denken Sie denn, dass MVZ langfristig die Einzelpraxen verdrängen werden?

Wille: Diese Gefahr besteht meines Erachtens nicht. Sicher wird der Anteil der MVZ an der ambulanten Versorgung noch zunehmen. Man muss abwarten, bei welchem Prozentsatz er sich einpendelt. Viel

in der ambulanten Versorgung ist aber daran geknüpft, dass der Patient seinem Arzt als Person vertraut. Eine Frau in den Wechseljahren wird nicht ihren niedergelassenen Gynäkologen verlassen, der sie seit 10 oder 20 Jahren betreut, auch wenn sie sich vom Internisten im MVZ behandeln lässt. Genauso wird ein Patient seinen Psychiater oder Psychotherapeuten nicht einfach wechseln. Deshalb wird es weiterhin Einzelpraxen und kleine Gemeinschaftspraxen geben.

BÄ: MVZ schildern in einer Umfrage des BMVZ ihr Verhältnis zu den niedergelassenen Ärzten überwiegend als positiv. Wie sehen Sie als niedergelassener Arzt denn ihr Verhältnis zu MVZ.

Wille: Das ist in der Praxis unterschiedlich. Ich habe mit MVZ zu tun, die einfach nur aus Gemeinschaftspraxen und Praxisgemeinschaften hervorgegangen sind. Da hat sich im Prinzip außer dem Namen nichts geändert. Wenn ich mit großen MVZ zu tun habe, stehe ich oft vor dem Problem, dass ich nicht weiß, wer der Ansprechpartner ist, wenn ich Rückfragen zu einem gemeinsamen Patienten habe. Es fällt mir deshalb auch schwer, Patienten dorthin zu überweisen. Gewöhnlich kenne ich die Kollegen in der Umgebung. Das ist bei MVZ nicht immer gewährleistet.

BÄ: Die Umfrage hat auch ergeben, dass viele MVZ in Berlin sich von der KV behindert fühlen.

Wille: Das wundert mich nicht. Wenn sie die Umfrage unter niedergelassenen Ärzten gemacht hätten, wäre vermutlich dasselbe Stimmungsbild herausgekommen. Doch für die Kritik an der KV ist nicht immer die KV verantwortlich. Oft sind es externe Faktoren, die ihr zulasten gelegt werden. Zudem kann ich mir nicht vorstellen, dass die KV ausgerechnet mit MVZ nicht nach den Regeln des Gesetzes verfährt, denn sie weiß, dass einige dieser Strukturen sehr professionell aufgestellt sind und sich besser wehren können als ein niedergelassener Arzt.

Die Ankündigungen auf diesen beiden Seiten geben einen Überblick über die ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen, die von der Ärztekammer Berlin veranstaltet werden oder in Kooperation mit ihr stattfinden. Alle weiteren Fortbildungsveranstaltungen, die bepunktet wurden, können im **Online-Veranstaltungskalender** auf der Homepage der Ärztekammer unter www.aerztekammer-berlin.de (im Kapitel „Fortbildung“, „Veranstaltungskalender“) recherchiert werden. Hier sind auch – soweit verfügbar – nähere Informationen zu Unterthemen

und Referenten sowie die Fortbildungspunktzahl und Kontaktdaten hinterlegt. Der Veranstaltungskalender ermöglicht eine Recherche nach Terminen, Fachbereichen oder auch nach freien Suchbegriffen. Damit bietet der Kalender in Abhängigkeit von der gewählten Suchstrategie sowohl einen umfassenden Überblick über sämtliche Fortbildungsveranstaltungen als auch eine an den individuellen Interessenschwerpunkten orientierte Veranstaltungsauswahl weit im Voraus.

Termine	Thema/ Referenten	Veranstaltungsort	Information/ Gebühr	Fortbildungspunkte
<ul style="list-style-type: none"> 05.12.-06.12.2008 (Teil B) 07.11.-08.11.2008 (Teil C) 16.01.-17.01.2009 (Teil D) 	Veranstaltungsreihe der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Suchtakademie Berlin Brandenburg Erwerb der Zusatzweiterbildung Suchtmedizinische Grundversorgung Teil B: Illegale Drogen Teil C: Alkohol, Nikotin und Medikamente Teil D: Motivierende Gesprächsführung	DRK Kliniken Mitte Haus E Drontheimer Str. 39-40 13359 Berlin	Information: Ärztekammer Berlin Tel.: 40806-1301 / -1303 Anmeldung erforderlich! Teilnahmegebühr: 130 € je Kursteil (Ermäßigung für arbeitslose Ärzte, PJ-ler und Arzthelferinnen möglich)	15 P pro Kursteil
<ul style="list-style-type: none"> 03.11.-12.11.2008 (Kursteil B1) 12.11.-21.11.2008 (Kursteil B2) 	Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: E-Mail: aag@aekb.de Telefon: 40806-1301 Anmeldung erforderlich! Gebühren: Kurs B gesamt: 920 € Kurse B1 und B2 getrennt: je 460 €	
<ul style="list-style-type: none"> 26.11.2008 18:00-20:30 Uhr 	Fortbildungsangebot der DRK Kliniken Berlin-Westend in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin Wie und wo können, sollen, wollen Menschen sterben?	DRK Kliniken Berlin Westend Hörsaal Spandauer Damm 130 14050 Berlin	Teilnahme kostenlos, Anmeldung nicht erforderlich. Information: Dr. med. Brigitte Schwalbe, MBA Leitende Ärztin/ Interdisziplinäre Rettungsstelle und Notaufnahme DRK Kliniken Berlin Westend	3 P
<ul style="list-style-type: none"> 26.11.2008 19:30-21:30 Uhr 	Moderierte Vortrags-/ Fortbildungsveranstaltung der Arzt-Apotheker-Kooperation Berlin Schädlicher Medikamentengebrauch und Medikamentabhängigkeit – (Weitere Informationen s. S. 21)	BITTE BEACHTEN: Charité – Campus Mitte Großer Hörsaal, Eingang Bettenhochhaus Luisenstr. 65 10117 Berlin	Information: Tel.: 40806-1207 E-Mail: fb-veranstaltungen@aekb.de Teilnahme kostenlos, Anmeldung nicht erforderlich	3 P
<ul style="list-style-type: none"> 01.-03.12.2008 	Grundkurs im Strahlenschutz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: E-Mail: aag@aekb.de Telefon: 40806-1301 Anmeldung erforderlich! Gebühren: Grundkurs: 230 €	21 P
<ul style="list-style-type: none"> 03.-05.12.2008: 05.12.2008: 	Spezialkurs im Strahlenschutz: – bei der Röntgendiagnostik – bei CT	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: E-Mail: aag@aekb.de Telefon: 40806-1301 Anmeldung erforderlich! Gebühren: Spezialkurs Röntgendiagnostik: 200 € Spezialkurs CT: 60 €	20 P (Spezialkurs Röntgendiagnostik) 5 P (Spezialkurs CT)
<ul style="list-style-type: none"> 3 Präsenzmodule: 16.-21.02.2009 20.-25.04.2008 15.-20.06.2008 	Weiterbildungskurs „Ärztliches Qualitätsmanagement“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge des Eingangs berücksichtigt.	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1400 E-Mail: QM-Kurs2009@aekb.de	50 P pro Modul

Gemeinsame Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin Schädlicher Medikamentengebrauch und Medikamentenabhängigkeit

Zahlreiche Arzneimittelgruppen haben ein Missbrauchspotenzial und können bei nicht sachgemäßer Anwendung zur Abhängigkeit führen. Dazu zählen Schlaf- und Beruhigungsmittel, Schmerzmittel, Psychostimulantien, Abführmittel, Grippemittel, alkoholhaltige Arzneimittel oder Nasentropfen. Bundesärztekammer und Bundesapothekerkammer warnen vor einem leichtfertigen Umgang mit diesen Arzneimitteln. Vor allem Benzodiazepine werden häufig über viele Jahre verordnet. Bundesweit geht man von 1,2 Millionen Benzodiazepinabhängigen aus.

Gerade durch die Zusammenarbeit von Apotheke und Arzt wird mit relativ geringem Zeitaufwand Patienten mit langjährigem Abusus die Entwöhnung erleichtert. In den Fortbildungsvorträgen werden Arzneimittelgruppen besprochen, die bei nicht sachgemäßer Anwendung in eine Abhängigkeit führen können, sowie Gegenstrategien und Hilfsmöglichkeiten aufgezeigt. Dabei wird besonderes Augenmerk auf die Gesprächsführung mit abhängigen Patienten gelegt.

Im Anschluss wird der gesamte Themenkomplex mit den Referenten diskutiert.

Referenten: Prof. Dr. med. Ulrich Schwantes,
Facharzt für Allgemeinmedizin – Psychotherapie,
Lehrstuhlinhaber am Institut für Allgemeinmedizin
Charité Universitätsmedizin Berlin – Campus Mitte, Berlin

Dr. rer. nat. Ernst Pallenbach,
Fachapotheker für Klinische Pharmazie,
Vorsitzender Arbeitskreis Sucht Landesapothekerkammer
Baden-Württemberg, Schwarzwald-Baar Klinikum
Villingen-Schwenningen GmbH

Moderation: Dr. med. Matthias Brockstedt,
Vorsitzender der Arzt-Apotheker-Kommission

Termin: 26.11.2008, 19.30 - 21.30 Uhr

Ort: Charité Campus Mitte, Großer Hörsaal,
Eingang Bettenhochhaus, Luisenstraße 65, 10117 Berlin

Die Veranstaltung ist mit 3 Fortbildungspunkten durch die Ärztekammer Berlin anerkannt. Die Teilnahme ist kostenlos, eine Anmeldung ist nicht erforderlich.

Die Veranstaltung ist ein gemeinsames Projekt der Apothekerkammer Berlin und der Ärztekammer Berlin zur Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit.

Weiterbildungskurs Allgemeinmedizin zum Facharzt für Allgemeinmedizin (nach WbO 1994-3)

Termine: jeweils mittwochs 19:00 - 21:15 Uhr
(05.11.08; 26.11.08; 10.12.08; 07.01.09; 21.01.09; 11.02.09;
25.02.09; 11.03.09; 25.03.09; 01.04.09; 22.04.09; 06.05.09;
20.05.09; 03.06.09)

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin,
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Gesamtgebühr: 128,- Euro

Information und Anmeldung:
Anmeldung erforderlich
Telefon: 030/40806-1203; E-Mail: fb-veranstaltungen@aekb.de

Impfungen in der Praxis Samstag, 6. Dezember 2008, 9:00 – 17:30 Uhr

Praxisrelevantes Tagesseminar zu den aktuellen STIKO-Empfehlungen und den allgemeinen Grundlagen: von Aufklärung bis Impfversager, Nutzen-Risikoabwägung in der Schwangerschaft, Reiseimpfungen und praxisrelevante Fragen.

Veranstalter: Dr. med. Christian Schönfeld (Leiter der Reisemedizinischen Abteilung, Institut für Tropenmedizin, Berliner Betrieb für Zentrale Gesundheitliche Aufgaben) in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin

Kursgebühr: 100 Euro (inkl. Verpflegung); Anmeldung erforderlich

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Information/Anmeldung: Ärztekammer Berlin, Abteilung Fortbildung
Tel.: 408 06-1215, Fax: 408 06 1399, E-Mail: fb-aag@aekb.de

Die Veranstaltung ist mit 10 Fortbildungspunkten durch die Ärztekammer Berlin anerkannt.

Fortbildungsveranstaltung für Humanmediziner und Zahnmediziner

Parodontitis und Diabetes mellitus: Etablierung einer notwendigen fachübergreifenden Zusammenarbeit

Mit der Auftaktveranstaltung „Interdisziplinäres Forum MED-DENT“ startet das Philipp-Pfaff-Institut eine Veranstaltungsreihe, die sich sowohl an Humanmediziner als auch Zahnmediziner richtet und deren interdisziplinäre Zusammenarbeit fördern und intensivieren möchte. Die Pilotveranstaltung wurde auf Anregung und in enger Zusammenarbeit mit der Zahnärztekammer Berlin und der Ärztekammer Berlin konzipiert und steht unter dem Thema „Parodontitis und Diabetes mellitus: Etablierung einer notwendigen fachübergreifenden Zusammenarbeit“.

Termin: 12.11.2008; 18:00 - 21:00 Uhr

Veranstaltungsort: Philipp-Pfaff-Institut / Aßmannshauser Str. 4-6,
14197 Berlin

Seit langem ist bekannt, dass Parodontitis sowie andere Erkrankungen des Zahnhalteapparates mit Diabetes mellitus assoziiert sind. Neuere Studien zeigen nun, dass die Parodontitis selbst einen Risikofaktor für die Entstehung des Typ 2 Diabetes darstellt. Darüber hinaus konnte durch weitere Studien belegt werden, dass durch periodontale Erkrankungen die Stoffwechselkontrolle von Typ 1 und Typ 2 Diabetikern verschlechtert wird und dass durch eine Behandlung der parodontalen Entzündung die Blutzuckerkontrolle verbessert und der HbA_{1c} gesenkt werden kann. Hieraus ergibt sich, dass eine engere interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Diabetologen und Zahnarzt notwendig ist und dass ein gesunder Zahnstatus zur erfolgreichen Behandlung eines Diabetikers angestrebt werden muss. In der Veranstaltung werden Prof. Dr. med. Dr. h. c. Hans Peter Meissner (Berlin) und PD Dr. med. dent. Stefan Hägewald (Berlin) die Problematik einer guten Diabeteskontrolle, die Bedeutung von parodontalen Erkrankungen in Hinblick auf die Stoffwechseleinstellung sowie die therapeutischen Möglichkeiten in einem interdisziplinären Forum darstellen und mit den Teilnehmern diskutieren.

Interessenten werden gebeten, sich zu dieser Veranstaltung beim Philipp-Pfaff-Institut schriftlich anzumelden.

Kontakt: Philipp-Pfaff-Institut, Fortbildungseinrichtung der
Landes Zahnärztekammern Berlin und Brandenburg GmbH
Aßmannshauser Str. 4-6, 14197 Berlin, Telefon: 030 / 414 725 – 40,
Fax: 030 / 414 89 67, E-Mail: info@ppfaff-berlin.de,
Kursbörse: www.pfaff-berlin.de

Die Teilnahme an der Veranstaltung ist für Ärzte mit 3 Fortbildungspunkten für das Fortbildungszertifikat der Ärztekammer Berlin anrechenbar.

Finanzkrise: Sicherheit der Renten und Anwartschaften gewährleistet

In der letzten Zeit erhält das Versorgungswerk verstärkt Anfragen von Mitgliedern, die sich Sorgen um die Sicherheit der Renten und Anwartschaften machen, da zum einen die Aktien an Wert verloren haben und bzgl. der Festverzinslichen Wertpapiere in einzelnen Medien verlautet wurde, dass insbesondere auch viele Versorgungswerke durch ihre Einlagen bei der Hypo Real Estate risikogefährdet seien. Eine solche pauschale Annahme halten wir für unseriös, da immer die konkrete Situation des einzelnen Versorgungswerkes zu betrachten ist. Aus diesem Grund möchten wir den Mitgliedern der Berliner Ärzteversorgung hier die Anlagestrategie und den aktuellen Stand vorstellen.

Für das Versorgungswerk der Berliner Ärztekammer lassen sich folgende Aussagen treffen:

- Der Aktienanteil wurde bereits in 2007 durch Beschluss des Verwaltungsausschusses auf 14,0% reduziert, um einen Teil der Kursreserven zu realisieren. Da in 2008 bewusst keine weiteren Investitionen in Aktien erfolgt sind, war der Aktienanteil am Gesamtvermögen weiter auf 11,5% gesunken. Darüber hinaus wurde hiervon ein Teil gegen Wertverfall abgesichert, so dass derzeit per Saldo nur noch ein geringer Teil des Gesamtvermögens den Wertschwankungen des Aktienmarktes unterliegt. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass nach den gesetzlichen Vorschriften ein Aktienanteil von bis zu 35% zulässig ist, der von anderen Versorgungswerken auch deutlich stärker in Anspruch genommen wird.
- Der Großteil des Vermögens ist in anderen Asset-Klassen angelegt. Der Schwerpunkt der Vermögensanlagen lag dabei immer im Bereich der festverzinslichen Wertpapiere. Dies schon deshalb, weil die Vermögensanlagen beim vom Versorgungswerk angewandten Kapitaldeckungsverfahren dazu dienen, die Rentenverpflichtungen in der Zukunft zu decken und insofern der Sicherheit größte Priorität zukommt, weshalb die investierten

Gelder breit gestreut werden. Dabei handelt es sich überwiegend um Emissionen hoher Bonität, die von Staaten der Europäischen Gemeinschaft, dem Bund und Ländern sowie von Kreditinstituten in Form von öffentlichen Pfandbriefen und Schuld-scheindarlehen ausgegeben wurden. Diese Emissionen lauten ausschließlich auf Euro bzw. auf die Vorgängervährungen, um so dem Grundsatz der Sicherheit Rechnung zu tragen.

- Da die in den Medien genannten Unternehmen wie Lehmann Brothers oder Hypo Real Estate immer erste Adressen waren und über ein hohes Rating verfügten, sind diese Papiere in geringem Umfang auch im Portfolio der Berliner Ärzteversorgung enthalten, wobei sich im Direktbestand lediglich ein unwesentlicher Anteil an den durch Realwerte gesicherten Pfandbriefen der Hypo Real Estate befindet. Allerdings sind für diese Papiere derzeit trotz der Probleme keine Totalausfälle bekannt.
- Auch in der Vergangenheit gab es immer wieder Turbulenzen an den Kapitalmärkten und infolgedessen das eine oder andere nicht ganz so gute Jahr für das Versorgungswerk, aber letztlich ist es entscheidend, dass die Vermögensanlage im Sinne der Rentabilität einen nachhaltigen Ertrag erzielt. Insofern wurde beispielsweise

auch die Krise 2002 ohne negative Auswirkungen für die Mitglieder gemeistert. Zum Ausgleich einzelner schlechterer Jahre hat das Versorgungswerk darüber hinaus seit 2003 eine so genannte Zinsschwankungsreserve gebildet, die dazu dient, kurzfristige Kapitalmarktschwankungen auszugleichen.

- Zusammenfassend lässt sich sagen, dass dem vom Gesetzgeber in § 54 Abs. 1 VAG bewusst an erster Stelle genannten Gebot der möglichst großen Sicherheit der Vermögensanlage höchste Priorität zukommt, um die Erfüllbarkeit der zugesagten Leistungen zu garantieren. Dabei sei auch nochmal darauf hingewiesen, dass die zugesagten Leistungen bereits einen Rechnungszins von 4% beinhalten und dieser nach derzeitigem Stand auch für 2008 bilanziell dargestellt werden kann.
- Unabhängig von der aktuellen Kapitalmarktsituation waren bereits die letzten Jahre durch das unverändert niedrige Zinsniveau und zum Teil volatile Aktienmärkte geprägt, so dass einige Versorgungswerke den Rechnungszins bereits auf 3,5% gesenkt haben. Insofern ist die Sicherung des Rechnungszinses von 4,0% eines der zentralen Themen der zukünftigen Entwicklung des Versorgungswerkes, wobei die Erwirtschaftung von Überschüssen zur Dynamisierung der Leistungen unter diesen Rahmenbedingungen entsprechend schwieriger wird.

Diplom-Ökonom Wolfgang Tabeling
Geschäftsführer VGV
Verwaltungsgesellschaft für
Versorgungswerke mbH

Schrittweise Anhebung des Rentenalters beschlossen

Bericht von der Delegiertenversammlung am 24. September 2008

Die Delegierten hatten es in ihrer Sitzung am 24. September nicht einfach. Mussten Sie doch erstmals in der 40-jährigen Geschichte der Berliner Ärzteversorgung (BÄV) über Änderungen des Leistungsumfanges entscheiden. Diese sind notwendig geworden, um die jetzt belegte stark gestiegene Lebenserwartung der Berliner Ärztinnen und Ärzte solide abzudecken. Einstimmig beschlossen die Ärztevertreter schließlich ein Maßnahmenpaket, das unter anderem eine schrittweise Anhebung des Renteneintrittsalters von 65 auf 67 Jahre vorsieht. Betroffen sind Ärztinnen und Ärzte ab Jahrgang 1950. Daneben wird es moderate Kürzungen bei künftigen Berufsunfähigkeits- und Witwenrenten sowie einen modifizierten versicherungsmathematischen Abschlag bei vorgezogenen Altersrenten geben. Der Kinderzuschlag zur Altersrente fällt für neu gewährte Renten ab dem Jahr 2010 weg. Bestehende Renten sind von den Maßnahmen nicht betroffen. Eine Anhebung der Renten und der Anwartschaften für 2009 lehnten die Delegierten ab.

Von Sascha Rudat

Die Zahlen, die der Vorsitzende des BÄV-Verwaltungsausschusses, Kammervizepräsident Elmar Wille, den Delegierten präsentierte, waren ebenso ummissverständlich wie einleuchtend. Zunächst die erfreuliche Nachricht: Berliner Ärztinnen und Ärzte leben immer länger – und zwar analog zu anderen Freiberuflern länger als der Bundesdurchschnitt. Das belegen die jetzt vorliegenden Sterbetafeln für die Mitglieder der berufsständischen Versorgungswerke. Während eine 60-jährige Freiberuflerin im Jahr 1991 eine Lebenserwartung von 84,9 Jahren hatte, so waren es im Jahr 2002 bereits 87,1 Jahre. Bei männlichen Freiberuflern stieg die Lebenserwartung in diesem Zeitraum von 80,5 auf 83,9 Jahre. Prognosen für das Jahr 2050 gehen sogar von einer Lebenserwartung von 92,9 Jahren (Frauen) und 90,2 Jahren (Männer) aus.

Den finanziellen Mehraufwand durch die sich daraus ergebenden längeren Rentenbezugsdauern beziffert der BÄV-Versicherungsmathematiker nach Angaben von Elmar Wille auf rund 730 Millionen Euro. 307 Millionen Euro konn-

ten bereits durch Gewinnrückstellungen angespart werden. Bleibt eine Lücke von über 400 Millionen Euro. Diese durch Kapitalerträge zu schließen, sei angesichts der dramatischen Situation an den Finanzmärkten kaum möglich, erklärte Wille. Für eine solide Finanzierung blieben deshalb nur Eingriffe bei den Leistungen. „Wir haben verschiedene Varianten durchgerechnet“, sagte Wille, „Ziel war es, das hohe Niveau der Rentenanwartschaften beizubehalten und den Rechnungszins nicht anzutasten.“ Dabei wollte man verantwortlich handeln und keine Probleme in die Zukunft verschieben. Man habe sich deshalb für ein Maßnahmenpaket mit moderaten Einschnitten entschieden.

Mehr Rente mit 67

Ein wesentlicher Punkt des Paketes ist die schrittweise Anhebung des Renteneintrittsalters von 65 auf 67 Jahre. Ab dem Geburtsjahrgang 1950 wird das Eintrittsalter in Zwei-Monats-Schritten angehoben. Mit den Jahrgängen 1961/62 ist die Anhebung dann abgeschlossen. Dabei bleibt die Möglichkeit der Vorziehung der Altersrente um maximal 60 Monate erhalten, das heißt, die Vorziehungsgrenze wandert schrittweise vom 60. auf das 62. Lebensjahr mit. Wie Wille betonte, steigt durch die längere Beitragszeit auch die Altersrente, wie folgendes Beispiel zeigt:

„Beispiel“-Rentner
(Eintritt in das Versorgungswerk im Jahr 2008 mit Eintrittsalter 27.
Beitragsdurchschnitt i.H.v. 76,46%
der Höchstabgabe):

*Altersrente mit 65 Jahren
(alte Satzung): 3.800 Euro*

*Altersrente mit 67 Jahren
(neue Satzung): 4.000 Euro*

„Wer länger arbeitet, bekommt also auch mehr Rente“, unterstrich Wille, „das ist nicht überall so“. Es sei außerdem politisch künftig nicht durchsetzbar, dass Ärzte mit 65 Jahren in Rente gingen, während Krankenschwestern und medizinische Fachangestellte zwei Jahre länger arbeiten müssten.

Reduzierte BU-Renten

Ein weiterer Punkt des Maßnahmenpaketes ist die stufenweise Reduzierung

ANZEIGE

der künftigen Berufsunfähigkeitsrenten von derzeit 76% auf 70% der Rentenanwartschaften. Dabei soll die Reduzierung von 0,1%-Punkte pro Monat für eine Übergangsfrist von 5 Jahren erfolgen. Bei Neuzugängen ab dem 1. Januar 2009 beträgt der BU-Schutz sofort 70% der Rentenanwartschaft. Laufende BU-Renten bleiben unangetastet. Wie der BÄV-Vorsitzende erläuterte, steigt mit dem späteren Renteneintrittsalter auch die Rentenanwartschaft, so dass die Reduzierung der BU-Renten moderater ausfällt als es auf den ersten Blick scheint. Ein Beispiel macht das deutlich:

„Beispiel“-Rentner (Eintritt in das Versorgungswerk im Jahr 2008 mit Eintrittsalter 27. Beitragsdurchschnitt i.H.v. 76,46% der Höchstabgabe):

BU-Rente nach alter Satzung:
76% von 3.800 Euro = 2.888 Euro

BU-Rente nach neuer Satzung:
70% von 4.000 Euro = 2.800 Euro (nach Ablauf der 5-jährigen Übergangsfrist)

Höhere Abschläge bei vorgezogener Rente

Daneben ist eine Anhebung der Abschläge bei der Vorziehung des Rentenbeginns vorgesehen. Mit Wirkung ab dem 1. Januar 2010 erfolgt für neu beantragte vorgezogene Altersrenten die Anhebung der Abschläge von 0,4 auf 0,5% pro Vorziehungsmonat. Alle zwischen dem 60. und dem 65. Lebensjahr können 2009 noch zu den bisherigen Konditionen die vorgezogene Altersrente beantragen.

Witwen- und Waisenrenten sinken moderat

Die Witwen- und Waisenrenten sollen für eine Übergangszeit von 5 Jahren von derzeit 60% auf 55% der bezogenen Rente oder der Anwartschaft auf Altersrente sinken. Berechnungsgrundlage bleibt dabei aber – im Gegensatz zu vielen anderen Versorgungswerken, wie Wille hervorhob – die Altersrente bzw. die Anwart-

schaft. Andere Werke stellten teilweise auf die niedrigere BU-Anwartschaft ab.

Ein Beispiel:

„Beispiel“-Rentner (Eintritt in das Versorgungswerk mit Eintrittsalter 27 Jahre. Beitragsdurchschnitt i.H.v. 76,46% der Höchstabgabe). Bei Todeseintritt im Anwartschaftsstadium:

Witwen-/Waisenrente nach alter Satzung:
60% von 3.800 Euro = 2.280 Euro

Witwen-/Waisenrente nach neuer Satzung:
55% von 4.000 Euro = 2.200 Euro

Wegfall der Kinderzuschüsse für künftige Altersrenten ab 2010

Die Kinderzuschüsse für Altersrenten werden künftig wegfallen. Bei der Deutschen Rente Bund sei dies bereits vor 24 Jahren geschehen, wie Elmar Wille erklärte. Anspruch auf Kinderzuschuss bestand bisher für Altersrentner, die noch Kinder in Ausbildung bis längstens zum 27. Lebensjahr hatten. Da aus biologischen Gründen ohnehin zu 95% Männer die Begünstigten dieser Zuschüsse sind und neben dem Kindergeld auch die Kindererziehungszeiten in der Deutschen Rentenversicherung Bund inzwischen systematisch erfasst würden, sei diese zusätzliche Leistung im Versorgungswerk nicht mehr zwingend notwendig, sagte Wille. Für laufende Renten und Rentenbeginn im Jahr 2009 besteht Vertrauensschutz. Die Kinderzuschüsse für BU-Renten bleiben außerdem erhalten.

Wie Wille abschließend erklärte, würden von dem Maßnahmenpaket nur die künftigen Rentner betroffen. „Die jetzigen Rentner sind die Begünstigten, da auch sie länger leben, als ursprünglich für die Finanzierung der Renten kalkuliert.“ Mit rund 120 Millionen Euro würden die aktuellen Rentner von denen profitieren, die eine Anwartschaft haben, rechnete Wille vor.

Nachdem der BÄV-Vorsitzende die Zahlen und das Maßnahmenpaket anschaulich vorgestellt hatte, fiel die folgende Diskussion sehr einmütig aus. Eva Müller-Dannecker (Fraktion Gesundheit) sagte: „Ich habe mich erstmal furchtbar aufgeregt, aber wir können uns von den allgemeinen Entwicklungen nicht entkoppeln.“ Einige Elemente, die solidarisch seien, würden abgeschafft, aber aus ihrer Sicht sei es selbstverständlich, dass die Lasten, die auf die Ärztinnen und Ärzte zukommen, gemeinsam getragen würden. „Ich erwarte, dass die bestehenden Rentner das verstehen.“

Julian Veelken (Fraktion Gesundheit) fügte hinzu: „Das ist sauber durchgerechnet. Wir müssen in den sauren Apfel beißen, aber wir sind mit unserer guten Versorgung durch die Berliner Ärzteversorgung immer noch privilegiert.“

Das Maßnahmenpaket, sprich eine umfassende Satzungsänderung, wurde schließlich von den Delegierten aller Fraktionen einstimmig (bei einer Enthaltung) verabschiedet. Ebenfalls einstimmig (bei zwei Enthaltungen) wurde ein Antrag der Fraktion Gesundheit angenommen, der vorsieht, dass die aktuellen Rentner künftig an der Finanzierung angemessen beteiligt werden. Dazu soll in Betracht gezogen werden, bei möglichen Erhöhungen die bestehenden Renten und die Anwartschaften zu splitten, um „eine aktuelle entstehende Ungleichverteilung unter den Generationen in den Folgejahren schrittweise“ auszugleichen. In der Vergangenheit waren die Renten und die Anwartschaften immer in gleichem Umfang erhöht worden.

2009 keine Rentenerhöhung

Gegen eine Erhöhung der Renten und der Anwartschaften für das kommende Jahr sprachen sich die Delegierten aus. Angesichts des Finanzbedarfs durch die Längerlebigkeit der BÄV-Mitglieder sei eine vollständige Rückstellung der Gewinne aus dem Jahr 2007 in Höhe von rund 121 Millionen Euro sinnvoll und not-

wendig, sagte Wille. Das sahen auch die Delegierten so und votierten mit einer Gegenstimme für diesen Weg. Damit und den Gewinnrückstellungen aus den Geschäftsjahren 2004 bis 2006 beläuft sich die Gesamtrückstellung auf rund 307 Millionen Euro. Eine Summe, die komplett für die Längerlebigkeit der Mitglieder verwendet wird.

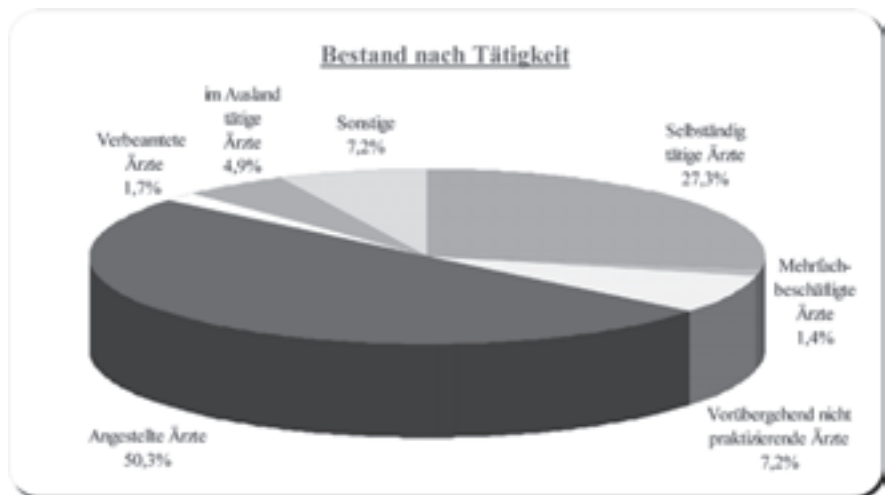
Gesunde Finanzen

Daneben stellte Wille den Jahresabschluss des Geschäftsjahres 2007 der Ärztevorsorgung vor. Die Zahl der Mitglieder ist im Vergleich zum Vorjahr von 22.525 auf 23.085 gestiegen, davon waren 12.030 männlich und 11.055 weiblich. Die Mehrheit der jüngeren Mitglieder (unter 40 Jahre) ist weiblich und dieser Trend wird sich fortsetzen. Weitere Verschiebungen gibt es bei der Beschäftigungsstruktur der Mitglieder: Der Anteil angestellter Ärzte beträgt jetzt 50,3 Prozent, selbstständig sind noch 27,3%. „Der Beruf verändert seinen Charakter etwas“, sagte Wille mit Blick auf die sinkende Zahl der selbstständigen Ärzte. Die Überleitungsstatistik verläuft derzeit immer noch positiv – 384 Herleitungen standen 261 Wegleitungen der Beiträge zu anderen Versorgungswerken gegenüber.

Die Beitragseinnahmen stiegen 2007 um beachtliche 7,3% (Vorjahr 2,3%). Als Grund für diesen Anstieg nannte Wille die Zunahme von freiwilligen Beiträgen, da die Mitglieder zunehmend den Sonderausgabenabzug von Rentenbeiträgen nach dem Alterseinkünftegesetz in Anspruch nehmen. „Es gibt ein großes Vertrauen der Kollegen, freiwillig Beiträge zu zahlen“, kommentierte Wille.

Gleichzeitig kletterte die Anzahl der Versorgungsleistungen um 10,7% auf 5.004. Daneben stieg auch die Zahl von vorgezogenen Altersrenten, von den 387 Renteneinweisungen waren 269 vorgezogen.

Erfreulich ist nach Ansicht von Elmar Wille die Entwicklung des Kapitalanlagebestandes der um 9,1% auf rund 4,6 Milliarden Euro kletterte. Das Ver-



mögen des Versorgungswerkes dient der Deckung der bereits bestehenden und künftigen Rentenverpflichtungen. Gleichzeitig sank im vergangenen Jahr die Durchschnittsverzinsung von 4,21 auf 4,05%. Die Durchschnittsverzinsung kommt damit dem Rechnungszins von 4,0%, auf dem die Berechnung der Renten und Anwartschaften basiert, gefährlich nahe. „Wenn der Durchschnittszins an den Rechnungszins herankommt, wird es kritisch“, warnte Wille. Durch den Verkauf von Teilen des Aktienbestandes zu einem sehr guten Zeitpunkt Ende 2007 konnte der Nettozinsin 2007 auf 5,59% geschraubt werden. Solche positiven Effekte könnten aber nicht jedes Jahr wiederholt werden.

Positiv sei der gleichbleibend niedrige Verwaltungskostensatz von 1,61%.

Insgesamt sei 2007 ein solides Geschäftsjahr mit einigen Sondereffekten gewesen, fasste Wille zusammen. Das sahen auch die Wirtschaftsprüfer von Susat & Partner so. Dem folgten die Delegierten und verabschiedeten den Jahresabschluss 2007 einstimmig, BÄV-Verwaltungs- und Aufsichtsausschuss wurden ebenfalls einstimmig entlastet.

srd

ANZEIGEN

ANZEIGENSCHLUSS

Ausgabe 12/2008: 06. November 2008

Was determiniert die Gesundheit?

Nicht die Medizin hat den größten Einfluss auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung, vielmehr wird er im Wesentlichen von den sozioökonomischen Verhältnissen bestimmt. Dieses kränkende Faktum zu verdrängen schaffen nicht alle Ärzte, und manche versuchen sogar, praktische Konsequenzen daraus zu ziehen. Nicht nur Krieg, vor allem Atomkrieg ist äußerst ungesund, sagten sich die in der IPPNW zusammengeschlossenen Ärzte – und erweiterten für Deutschland den Namen „Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkriegs“ um den Zusatz „Ärzte in sozialer Verantwortung“. Wie ernst es ihnen damit ist, zeigte sich jetzt wieder auf ihrer Tagung in der Urania (die auch von der Ärztekammer Berlin gefördert wurde.) Wir greifen zwei der Veranstaltungen heraus.

Moderne Medizin, das ist etwas für eine kleine Minderheit. Die große Mehrheit der Weltbevölkerung braucht vor allem Lebensbedingungen, die Gesundheit ermöglichen. Das betrifft nicht nur die 3. Welt, sondern auch unsere eigene Vergangenheit und – ja – auch die europäische Gegenwart. Andreas Wulf, medizinischer Projektleiter von „medico international“, erinnerte an die Schlesienreise des jungen Virchow, auf der er erkannte, dass die elenden Verhältnisse die Wurzel des Seuchen-Übels waren.

Und Wulf wies auf die gesundheitliche Ungleichheit selbst in den heutigen europäischen Städten hin. Er nannte ein extremes Beispiel: Glasgow. Ein Junge, der im armen Stadtteil Carlton geboren wird, hat eine Lebenserwartung von nur 54 Jahren. Im feinen Vorort Lenzie hingegen kann der Neugeborene 82 werden. Eine so eklatante Differenz, wie man sie sonst nur zwischen unserer vergleichsweise reichen Region und den ärmsten Entwicklungsländern erwartet.

Gesundheit für alle als Menschenrecht: Nach Wulf bedeutet dieses Postulat: Die ökosozialen Grundbedingungen müssen so gestaltet werden, dass jeder den bestmöglichen Gesundheitszustand erreichen kann. Also Bildung, Ernährung, Wohnen, Wasserversorgung, sanitäre Einrichtungen, gute Arbeitsbedingungen, soziale Integration, Schutz vor Gewalt und Diskriminierung, Frieden – das sind die Determinanten von Gesundheit. Zu fordern ist schließlich auch Zugang zur medizinischen Versorgung, wobei das Schwergewicht auf der Prävention liegt.

Teufelskreis Armut-Krankheit-Armut

Medizin allein kann nicht nachhaltig wirken. Ein überzeugendes Beispiel dafür ist die Behandlung von Patienten, die durch Landminen verletzt wurden. Medico international begnügte sich nicht mit der Therapie, sondern setzte sich angesichts immer neuer Verletzungen in einer Kampagne für das Verbot von Landminen ein, wofür die Ärzteorganisation mit dem Friedensnobelpreis geehrt wurde (der auch IPPNW verliehen worden ist).

Wulf erinnerte an das schon 1978 entwickelte Primary Health Care-Konzept der WHO, das alle Forderungen nach gesunden Lebensbedingungen enthält – eine multisektorale Aufgabe (also keineswegs nur Sache der Gesundheitsressors), die nur mit Partizipation der Betroffenen lösbar sein kann. Das Gesamtkonzept wurde aber im Laufe der Jahre immer weniger verfolgt. Im Zeichen des Neoliberalismus zog der Staat sich überall zurück. Man griff nur noch selektiv ein und konzentrierte sich auf „Killerkrankheiten“ wie AIDS, Tuberkulose und Malaria.

Die Zunahme der „Global Private Public Partnerships“ nannte Wulf fragwürdig, weil die Wirtschaft schließlich Profit ma-

chen will. So setzen sich nur solche Gesundheitsleistungen durch, die wirtschaftlich erfolgreich sind. Die Armen fallen aus der Gesundheitsversorgung heraus, denn sie können sich die Behandlung nicht leisten oder verarmen erst durch die teure Therapie. Armut-Krankheit-Armut – ein Teufelskreis

Der WHO auf die Sprünge geholfen

Vor kurzem begann aber die Wiederbelebung des Primary Health Care-Konzeptes. Das ist nicht zuletzt dem Druck von unten zu verdanken, nämlich den verschiedenen Gesundheitsbewegungen. David McCoy (Center for International Health and Development, University College London) gehört zum Leitungsgremium des „Peoples' Health Movement“ und ist Mitherausgeber des „Global Health Watch“ (www.zedbooks.co.uk).

Dieser kurz nach dem IPPNW-Kongress zum zweiten Male erschienene alternative Gesundheitsbericht (den medico international auszugsweise übersetzen will) ist ein ausgesprochen politisches Buch, sagte McCoy auf der Berliner Tagung. Es findet sich darin wenig über Krankheitsbehandlung und viel über die sozialen und politischen Determinanten von Gesundheit und Krankheit. Zielgruppe des Buchs sind alle, die mit Gesundheit befasst sind. Es will sie informieren, sensibilisieren und mobilisieren.

Die Probleme sind riesig. Die Zahl der Armen in der Welt nimmt zwar etwas ab, aber wenn das so langsam weitergeht wie bisher, wird sie erst in mehr als 200 Jahren halbiert sein. Der Global Health Watch nimmt auch die großen, immer mehr bürokratisierten internationalen Gesundheitsinstitutionen ins Visier, wie Weltbank, Gates Foundation und auch die WHO. Die Letztere zollt jetzt der Gesundheitsbewegung Anerkennung und befasst sich wieder selbst intensiv mit den sozialen Voraussetzungen der Gesundheit. Im Pharma-Brief (7/3008), dem Rundbrief der BUKO-Pharma-Kampagne, wird der Bericht der „Commission on Social

Determinants of Health“ zusammengefasst. Die WHO hatte die Kommission vor drei Jahren eingesetzt und zahlreiche Wissenschaftler und Gruppen eingebunden.

Diese Kommission ließ das Konzept der Basis-Gesundheitsversorgung wieder aufleben, das Gesundheit als politische Querschnittsaufgabe begreift, heißt es im Pharma-Brief. Das unabhängige Blatt plädiert seit langem für eine bessere Gesundheitsversorgung der Entwicklungsländer, auch für den Zugang zu bezahlbaren Medikamenten – ebenfalls ein Thema des IPPNW-Kongresses. Die beiden Berliner Psychiater Hans-Joachim Both und Dieter Lehmkuhl leiteten einen Workshop darüber.

Bezahlbare Arzneimittel entwickeln

Die Lage ist verzweifelt: Erstens werden für viele Krankheiten der 3. Welt keine Arzneimittel entwickelt, weil die Industrie am „Markt der Armen“ kein Interesse hat. (Von den fast 1400 zwischen 1975 und 1999 entwickelten Medikamenten waren nur 13 zur Therapie von Tropenkrankheiten bestimmt.) Und zweitens können die meisten Bewohner der Entwicklungsländer diejenigen Produkte, die auf dem Markt sind, nicht bezahlen. Der mindestens zwei Jahrzehnte geltende Patentschutz führt zu astronomischen Preisen, weil die Konkurrenz ausgeschaltet ist. Ein Beispiel sind die retroviralen HIV-Mittel.

„Unbezahlbare lebensnotwendige Medikamente bedeuten den Tod von schätzungsweise 13 Millionen Menschen jährlich“ – so zitierte Both die WHO. Seit 2001 dürfen zwar die ärmsten Länder (zunächst nur bis 2016) Zwangslizenzen zur Herstellung oder zum Import von Generica eines noch patentgeschützten Präparates erteilen; aber viele Firmen hintertreiben das mit allen Mitteln und verstoßen damit gegen international geltendes Recht, sagte Both. Zum besseren Verständnis dieser schwierigen Materie empfahl er das Büchlein „Patienten, Patente und Profite – Globale

Gesundheit und geistiges Eigentum“ (medico-report 27, Mai 2008, 152 S., 12 Euro).

„Wir machen unsere Geschäfte nicht, um Leben zu retten, sondern um Geld zu verdienen. Leben zu retten, geht uns nichts an.“

So zitiert der Pharma-Brief Nr. 8/08 Urs Flueckinger, Südkoreanischer Direktor von Roche, zu der Forderung, den Preis eines AIDS-Medikamentes zu senken.

Die Länder der 3. Welt tragen 80 Prozent der Krankheitslast, aber sie haben praktisch keinen Zugang zu neuen Medikamenten. Das betrifft vierfünftel der Menschheit. Diesen absurden Zustand zu ändern, versuchen Grassroot-Initiativen seit vielen Jahren. Wie Lehmkuhl berichtete, gibt es endlich auch auf höchster Ebene eine Gegenbewegung. Eine von der WHO eingesetzte unabhängige Kommission legte im Mai 2006 ihren Bericht vor: „Public Health, Innovation and Intellectual Property Rights“. Auf Grund der Empfehlung dieses „CPIH-Reports“ beauftragte die Weltgesundheitsversammlung eine WHO-Arbeitsgruppe mit der Entwicklung eines Konzepts zur Förderung der notwendigen Arzneimittelforschung. Im Mai 2008 hat die Weltgesundheitsversammlung das Strategiedokument dieses Gremiums verabschiedet und beschlossen, einen globalen Aktionsplan für Forschung und Entwicklung zu erarbeiten, um die 3. Welt künftig mit lebenswichtigen Medikamenten versorgen zu können.

Der Plan ist noch in statu nascendi; auf die Details können wir hier nicht eingehen, aber Lehmkuhls Einschätzung zitieren: „Der größte Erfolg war die Diskussion an sich. Sie wurde ermöglicht durch das grundlegende Eingeständnis: Wir haben ein Problem mit der gewinnorientierten Pharmaforschung, weil sie wesentliche Teile der Weltbevölkerung sträflich vernachlässigt – und wir müssen neue Wege beschreiten, um dieses Problem zu lösen.“ Ein Durchbruch?

Rosemarie Stein

Johannes Müller (1801-1858) – wiederentdeckt

Er begründete die moderne Physiologie, und er ist einer der Väter der „Berliner Schule“ – Weltspitze in der medizinischen Forschung des 19. Jahrhunderts. Die besten Köpfe waren seine Schüler, Virchow und Helmholtz zum Beispiel, Du Bois-Reymond und Brücke. Sie sind noch heute berühmt. Und Johannes Peter Müller? Seit 150 Jahren tot und beinahe vergessen.

Warum? Wegen der allzu großen Vielfalt seiner Forschungsgebiete, meinte Jochen Brüning, Direktor des Hermann von Helmholtz-Zentrums für Kulturtechnik der Humboldt-Universität (HU). Tatsächlich deswegen? Das könnte die Johannes-Müller-Ausstellung nahelegen, die das Helmholtz-Zentrum (zusammen mit dem Berliner Medizinhistorischen Museum und einem halben Dutzend anderer Partner) jetzt im endlich restaurierten überglasten Lichthof des HU-Hauptgebäudes gestaltet hat.

Erstmals zu sehen sind da auch Dinge aus dem Nachlass wie Zeichnungen und Notizbücher, die kürzlich die Müller-Nachkommen dem HU-Archiv schenkten. Und neben Portraits und Büchern wie dem international rasch berühmt gewordenen „Handbuch der Physiologie des Menschen“, neben seiner Bestallungsurkunde (er wurde 1833 auf den Berliner Lehrstuhl für Physiologie und vergleichende Anatomie berufen) sieht man da zum Beispiel historische Präparate aus Müllers Anatomisch-Zoatomischem Museum im Universitäts-Hauptgebäude, für das er die besten Stücke aus anderen Sammlungen, wie derjenigen der Charité, requirierte. Bei seinem Tod umfasste es 19 000 Objekte.

Dem Pionier der Meeresbiologie, der Müller auch war, sind mehrere Vitrinien gewidmet. Allein über Stachelhäuter (z.B. Seeigel) publizierte er 60 Arbeiten.

Besonderes Interesse verdient die Vitrine zur Sinnesphysiologie, nicht nur, weil Müller mit diesen Forschungen bekannt



Johannes Müller, Lithographie, nach 1830

wurde. Sein „Gesetz der spezifischen Sinnesenergie“ nämlich macht verständlich, warum er länger als ein Jahrhundert fast vergessen war und warum sich selbst seine Schüler schnell von ihm abwandten, bei aller Anerkennung dessen, was sie von ihm gelernt hatten: Genau Beobachten, Vergleichen, Experimentieren. Was er aber über die „Sinnesenergie“ sagte, schrieben sie seiner Herkunft aus der Naturphilosophie zu und hielten ihn für rückständig genug, noch an eine diffuse „Lebenskraft“ zu glauben.

In Wahrheit war Müller aber seiner Zeit so weit voraus, dass sie ihn noch nicht verstand. Sein Gesetz lautet: „Die Sinnesempfindung ist nicht die Leitung einer Qualität oder eines Zustandes der äußeren Körper zum Bewusstsein, sondern die Leitung einer Qualität, eines Zustandes eines Sinnesnerven zum Bewusstsein, veranlasst durch eine äußere Ursache, und diese Qualitäten sind in den verschiedenen Sinnesnerven verschieden, die Sinnesenergien.“

Diesen schwierigen Satz interpretierte ein Jahrhundert später der Biologe Jakob von Uexküll so: „Erst durch die Einschaltung des beobachtenden Subjekts mit seinen

spezifischen Sinnesenergien erhalten die Gegenstände ihre Eigenschaften. So wird auch der Beobachter zum integrierenden Teil der von ihm beobachteten Natur, und die angestrebte Sonderung des Objekts vom Subjekt erweist sich als unmöglich. Das Subjekt zwingt die es umgebenden Dinge der Natur unter das Joch seiner Energien.“

Müllers Prinzip konnten seine Schüler wohl deshalb nicht verstehen, weil sie mit aller Kraft einem neuen Paradigma folgten: Sie erklärten den Organismus allein mit den Mitteln der klassischen Physik. Dieses „Maschinenmodell“ des Menschen hat der Psychosomatiker und Medizinthoretiker Thure von Uexküll (Sohn Jakobs), scharfsinnig kritisiert. In vielen Publikationen weist er dabei immer wieder auf den innovativen Denkansatz Johannes Müllers hin, wie auch darauf, dass seit Mitte des 20. Jahrhunderts selbst die Physik die Abhängigkeit aller wissenschaftlichen Beobachtungen vom Beobachter erkannt hat.

Und die Medizin? Wirkt da nicht zum Teil noch immer der alte naive Reduktionismus mit seinen negativen Folgen für die Patienten fort? „Alle Vorgänge, auch die organischen, müssen sich auf letztlich mechanisch zerlegbare Bewegungen reduzieren lassen“, sagte Du Bois-Reymond. Er distanzierte sich bereits in seiner Gedenkrede von Müller. Virchow hingegen hatte ein differenzierteres Verhältnis zu seinem Lehrer, das der Direktor des Berliner Medizinhistorischen Museums, Thomas Schnalke, in dem nach der Vernissage beginnenden Müller-Symposiums erläuterte.

Das hieß „Müllers-Vision“ und folgte den *geistigen* Spuren des großen Forschers. Anders als eine Projektgruppe von HU-Studierenden, die Interessierte mit einem gut gelungenen kleinen Führer, *topographisch* „auf Müllers Spuren“ durch Berlins Mitte leiten.

Die Ausstellung „Das Müller-Prinzip“ ist noch bis zum 15. November im Lichthof des HU-Hauptgebäudes Unter den Linden zu sehen, Mo-Fr 11-19, Sa 10-17 Uhr.

Rosemarie Stein

Kein Lehrstuhl!

Andreas D. Ebert: Jüdische Hochschullehrer an preußischen Universitäten (1870-1924). Eine quantitative Untersuchung mit biografischen Skizzen. Mabuse-Verlag Frankfurt/Main 2008. 673 Seiten, geb. 68 Euro.

Wilhelm Alexander Freund, 1833 als Sohn eines schlesischen Arztes geboren, durfte als Jude nicht Architektur studieren, aber Medizin. Mit 27 habilitierte er sich in Breslau, eröffnete eine gynäkologische Privatklinik, wurde zum renommiertesten Frauenarzt seiner Zeit. (Seine Methode der Hysterektomie wird im Prinzip noch heute angewandt.) Aber seine Karriere stagnierte, weil er sich weigerte zu konvertieren. Erst 1879 wurde er – in Straßburg – doch noch Lehrstuhlinhaber, die absolute Ausnahme.

Der Autor dieses verdienstvollen Buches, der Historiker und Mediziner Andreas D.

Ebert (jetzt Gynäkologie-Chef im Humboldt-Klinikum), fand bei ausgiebigen Archivstudien heraus: Trotz gesetzlicher Gleichstellung im Kaiserreich blieben jüdische Gelehrte (wie auch noch in der liberalen Weimarer Republik) an preußischen Hochschulen meist Privatdozenten, wurden allenfalls Honorar- oder außerordentliche Professoren, aber äußerst selten Ordinarien. Führungspositionen waren Juden auf allen Gebieten verwehrt. 1870 zum Beispiel waren unter den insgesamt 76 preußischen Lehrstuhlinhabern nur ein Jude und zwei Katholiken (und natürlich keine einzige Frau). 1880 waren die Ordinarien der Berliner Medizinischen Fakultät durchweg Protestanten, obwohl zum 81-köpfigen Lehrkörper 26 Juden gehörten.

Die jüdischen Wissenschaftler lebten und arbeiteten „im Spannungsfeld zwischen

akademischer Zurücksetzung und wissenschaftlicher Anerkennung“, schreibt Ebert. Nicht einmal die Leopoldina-Mitgliedschaft oder gar der Nobelpreis verhalf ihnen zum Ordinariat, nur die Taufe – für Intellektuelle meist nichts als ein Anpassungsritual. Aber nach 1933 auch sie nicht mehr, ebenso wenig Patriotismus und deutschnationale Gesinnung.

Das zeigt der Autor am Beispiel des Berliner Gynäkologen Paul Ferdinand Strassmann. Noch im Dezember 1933 erhielt er von der NSDAP ein Dankschreiben für die kostenlose Entbindung und Wochenpflege von zehn Frauen im Rahmen des Winterhilfswerks. 1933 entzog man dem Extraordinarius die Lehrbefugnis, 1936 wurde seine Klinik in der Schumannstraße 18 verstaatlicht. (In DDR-Zeiten wurde das schöne Jugendstilhaus zum Lehrgebäude für Medizinalberufe.) 1938 starb Paul Strassmann in der Schweiz.

R. Stein

— VERLAGSVERÖFFENTLICHUNG —

BERLINER ÄRZTE

11/2008 45. JAHRGANG

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin,
Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Herausgeber:

Ärztekammer Berlin
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-0
E-Mail: presse@aekb.de

Redaktion:

Dipl.-Jour. Sascha Rudat (v.i.S.d.P.)
Dipl.-Pol. Sybille Golkowski
Eveline Piötter (Redaktionsassistentin)

Redaktionsbeirat:

Dr. med. Günther Jonitz
Dr. med. Elmar Wille
Prof. Dr. med. Vittoria Braun
Dr. med. Daniel Sagebiel MPH

Anschrift der Redaktion:

Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-4100/-4101, -4102, FAX -4199
Titelgestaltung: Sehstern/Berlin

Für die Richtigkeit der Darstellung der auf den vorstehenden Seiten veröffentlichten Zuschriften wissenschaftlicher und standespolitischer Art kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die darin geäußerten Ansichten decken sich nicht immer mit denen der Herausgeber der Zeitschrift. Sie dienen dem freien Meinungsaustausch unter der Ärzteschaft und ihr nahestehender Kreise. Nachdruck nur mit Genehmigung. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zulässigen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar.

Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruner-Straße 62,
04107 Leipzig

Telefon 0341 710039-90, FAX -99
Internet: www.l-va.de
E-Mail: mb@l-va.de

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Melanie Bölsdorff
Anzeigenverwaltung Berlin/Brandenburg:
Götz & Klaus Kneiseler, Uhlandstraße 161, 10719 Berlin
Telefon 030 88682873, Telefax 030 88682874
Druck und Weiterverarbeitung: Druckhaus Dresden GmbH,
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Die Zeitschrift erscheint 12mal im Jahr jeweils am 1. des Monats. Sie wird von allen Berliner Ärzten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft zur Ärztekammer bezogen. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedspreis abgegolten. Nichtmitglieder können die Zeitschrift beim Verlag abonnieren. Der Jahresbezugspreis (12 Ausgaben) beträgt im Inland € 64,50 (einschließlich Versand), Patenschaftsabonnement Berlin-Brandenburg € 43,00 (einschließlich Versand). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 4,40 zzgl. € 2,50 Versandkosten.
Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 8 vom 01.01.2008.

Die Leipziger Verlagsanstalt GmbH ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse Medizinischer Zeitschriften e.V.

ISSN: 0939-5784

Hier könnte Ihre Anzeige stehen!