

# Von Rechten und Pflichten



**Sonja Barth**

*ist persönliche Referentin des  
Kammerpräsidenten*

Gemeinhin darf angenommen werden, dass diejenigen, die von „Rechten“ sprechen eher das Positive einer Sache im Blick haben. Diejenigen hingegen, die sich mit „Pflichten“ befassen, scheinen eher geneigt, von halbleeren statt von halbvollen Gläsern zu reden. Auch das Begriffspaar „Sicherheit“ und „Risiko“ weckt ähnliche Assoziationen: Zwei Seiten einer Medaille werden in Augenschein genommen, wobei die eine stärker die positiven, die andere eher die negativen Aspekte betont.

Wie sieht es nun aus, wenn von Patientenrechten und von Patientensicherheit gesprochen wird? Kann hier beruhigt davon ausgegangen werden, dass stets „dem Guten“ das Wort geführt wird? Fest steht, dass niemand – kein Arzt, kein Patient und kein Politiker GEGEN Patientenrechte und Patientensicherheit ist. Alle treten FÜR den Respekt der Patientenrechte und die maximale Steigerung der Behandlungssicherheit ein. Klar ist aber auch, dass die Antwort danach, **wie** „das Gute“ erreicht werden kann – also wie das Selbstbestimmungsrecht, die Wahrung der Würde, Integrität und Privatheit von Patienten, als auch die Verhinderung von vermeidbaren Risiken zu verwirklichen ist – je nach Profession, Funktion, Rolle und Standpunkt variieren dürfte. Erst wenn man dem Gedanken Rechnung trägt, dass es „das Gute an sich“ nicht gibt, sondern sich je nach Blickwinkel unterschiedliche Präferenzen für Wege und Ziele abbilden, wird man sich vielleicht am ehesten dem Kern des gemeinsamen Anliegens nähern können.

In Bezug auf das Thema Patientensicherheit ist man in Deutschland ein gutes Stück des Weges in diesem Sinne gegangen. Hier ist es gelungen, die Betroffenen in einem Bündnis zusammen zu führen, um gemeinsam aktiv und auf gleicher Augenhöhe an der Entwicklung und Umsetzung von konkreten Problemlösungen zu arbeiten. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) verzeichnet zwischenzeitlich über 260 Mitglieder aus allen Bereichen des Gesundheitswesens und hat bereits zu zentralen Themen Handlungsempfehlungen zur freien Verfügung ins Netz gestellt ([www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de](http://www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de)). Die Arbeitsgruppen des APS stehen allen Interessierten – nicht nur APS-Mitgliedern – offen. Die Vorgehensweise des APS hat auch auf internationaler Ebene überzeugt: Im Rahmen des von der EU-Kommission geförderten Projektes EUNetPaS (European Union Network for Patient Safety, [www.eunet-pas.eu](http://www.eunet-pas.eu)) etwa wird angeregt, in den 27 beteiligten EU-Mitgliedsländern solche Netzwerkorganisationen zu etablieren. Die Ärzteschaft, aber gerade auch die Ärztekammer Berlin nimmt beim Thema Patientensicherheit ganz bewusst eine Führungsrolle ein: die Ausschreibung des Berliner Gesundheitspreises bereits im Jahr 2002, die öffentliche Positionierung des Präsidenten auf dem 108. deutschen Ärztetag in Berlin, die Unterstüt-

zung bei der Gründung des APS (2005) sowie die Mitgliedschaft und aktive Mitwirkung in diesem Bündnis, als auch die inhaltliche Beteiligung am oben genannten Projekt EUNetPaS – die ÄKB versucht hier bei der Definition von so genannten Kernkompetenzen im Bereich Patientensicherheit Einfluss zu nehmen – sind einige markante Meilensteine. Der Ausbau von Fortbildungsaktivitäten – im Herbst findet das Intensivseminar „Fallanalyse“ zum zweiten Mal in diesem Jahr statt – und die Etablierung des für die Berliner Krankenhäuser konzipierten Netzwerkes von Fehlermeldesystemen ([www.cirs-berlin.de](http://www.cirs-berlin.de)) gehören dabei zu den Hausaufgaben der Kammer.

Es ist ein Leichtes – da eine Selbstverständlichkeit – sich ganz allgemein FÜR Patientenrechte und FÜR Patientensicherheit auszusprechen. Schwieriger ist es hingegen, stets gleichberechtigt auch die Kehrseiten der Medaillen, also Pflichten und Risiken, Voraussetzungen und Einschränkungen, Verantwortlichkeiten und Bedürfnisse, Handlungswillen und Gestaltungsmacht mitzuführen. Nur so wird transparent, dass pauschal vorgetragene Forderungen in ganz konkrete Aufgaben zu übersetzen sind, denen sich auch alle Beteiligten stellen müssen. Mit dem im politischen Alltag häufig erhobenen Fingerzeig auf andere kommt man dagegen nicht weit.

*Signaturen: J. Barth, B. J.*



## TITELTHEMA

**Gesundheitsstadt Berlin –  
Was ist an dem  
Schlagwort dran?**

Die Hauptstadt wird gerne als  
Gesundheitsschwerpunkt propagiert.  
BERLINER ÄRZTE ist der Frage nachgegangen,  
wie stark die Gesundheitswirtschaft  
wirklich ist.

*Von Angela Mißlbeck und Hubert Beyerle.....14*

## EDITORIAL.....

**Von Rechten und Pflichten**

*Von Sonja Barth..... 3*

## NACHRICHTEN.....

**Aktuelles..... 6**BERUFS- UND GESUND-  
HEITSPOLITIK .....**Ärzteversorgung: Delegierte  
lehnen Wahlordnung erneut ab**

Bericht von der Delegiertenversamm-  
lung am 8. Juli 2009

*Von Sascha Rudat..... 20*

**Der aufwändige Weg zur guten  
Ausbildung**

Die Neuerungen bei den Prüfungen für  
Medizinische Fachangestellte und bei  
der Überbetrieblichen Ausbildung

..... 24

**„Typische Ausbildungsdefizite  
werden beseitigt“**

Interview mit der Vorsitzenden des  
Berufsbildungsausschusses, Regine  
Held..... 28

**Medizinische Behandlungsfehler  
– kein Tabuthema mehr**

Bericht von einer Tagung in der  
Evangelischen Akademie.

*Von Ulrike Hempel..... 30*

## FORTBILDUNG.....

**Sicherer verordnen.....10**

**Der Veranstaltungskalender der  
Ärztekammer Berlin..... 22**

## PERSONALIEN.....

**Dieter Scheffner zum Gedenken  
..... 32**

## FEUILLETON.....

**Das mediomusikalische Wunder  
von Berlin**

*Von Rosemarie Stein..... 33*



## Wieder Anspruch auf Krankengeld für Selbstständige in der GKV

Gesetzlich Versicherte Selbstständige haben ab 1. August 2009 wieder Anspruch auf Krankengeld ab der siebten Krankheitswoche. Allerdings müssen sie dafür den normalen Kassenbeitrag von derzeit 14,9 % zahlen. Eine entsprechende Änderung des SGB V wurde auf die neueste AMG-Novelle aufgesattelt und passierte am 18. Juni 2009 den Deutschen Bundestag.

Selbstständige sowie Arbeitnehmer mit Kurzzeitverträgen hatten mit der Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 ihren Anspruch auf Krankengeld verloren. Sie mussten die Leistung durch eine private Krankentage-

geldversicherung oder einen sogenannten Wahltarif bei ihrer Gesetzlichen Krankenkasse abdecken. Ein teures Vergnügen. Zwar wurde den Selbstständigen im Gegenzug ein ermäßigter Beitragssatz von 14,3 % eingeräumt. Aber vor allem für ältere Selbstständige oder solche mit Vorerkrankungen war der zusätzliche Versicherungsschutz teuer.

Nach Protesten der Betroffenen hat der Gesetzgeber in dieser Frage nachgebessert. Im Omnibus-Gesetzgebungsverfahren der 15. AMG-Novelle wurde § 44 Abs. 2 SGB V entsprechend korrigiert. Selbstständige, die freiwillig in der GKV versichert sind, haben beim

Krankengeld künftig eine Wahloption. Sie können sich neben den derzeit bestehenden Wahlтарifen nun auch wieder für ein gesetzliches Krankengeld als Regelleistung entscheiden. Geben sie gegenüber ihrer Kasse eine entsprechende Wahlerklärung ab, haben sie einen Krankengeldanspruch ab der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit, müssen dann aber den neu festgelegten allgemeinen Beitragssatz von 14,9 % bezahlen. Die zur Abdeckung der Versicherungslücke bei den Selbstständigen zunächst angebotenen Wahlтарifverträge in der GKV hat der Gesetzgeber zum 31.7.2009 einheitlich enden lassen.

Wer zur Abdeckung der bisherigen Versicherungslücke eine private Tagegeldversicherung abgeschlossen hat und diese aus Anlass der gesetzlichen Neuregelungen nun wieder aufgeben möchte, muss die gesetzlichen Kündigungsfristen einhalten. Nur einige Un-

ternehmen der PKV haben angekündigt, über verkürzte Kündigungsfristen aus Kulanz nach zudenken. Versicherte müssen dies im Einzelfall selbst abfragen; der Branchenverband hatte hierüber keine verbindlichen Informationen.

Für freiwillig in der GKV versicherte Selbstständige bestehen zur Abdeckung ihres Krankheitsrisikos nun folgende Optionen:

- Verzicht auf Krankengeld, dafür ermäßigter Beitragssatz von 14,3 %,
- Krankengeld ab der 7. Woche zum gesetzlichen Beitragssatz von 14,9 %,
- Krankengeld ab einem anderen Zeitpunkt durch Absicherung in einem Wahlтарif ab 1.8.2009 (die neuen Verträge dürfen im Gegensatz zu früher keine Alterstaffelungen mehr enthalten),
- Verzicht auf Krankengeld, dafür ermäßigter Beitragssatz und parallel Abschluss einer privaten Krankentagegeldversicherung.

sygo



GKV-Stadort Bonn

ANZEIGE

## Preisgekrönte Kommunikations-Projekte

Preisgekrönt wurden jetzt in Berlin ein paar vorbildliche Aufklärungsprojekte: Die erste deutsche Patientenuniversität, daneben die Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE), ein Schul-Projekt zur Information über psychische Störungen und das Reformstudiengang-Projekt „Kommunikation am Lebensende“ – alles neuartige Ansätze zu einer besseren Kommunikation.



Ärzte raufen sich die Haare, weil sie den Patienten doch alles erklärt haben – und die haben nichts begriffen. Patienten wiederum klagen in sämtlichen Befragungen vor allem über Informations- und Kommunikationsmängel. Deshalb ist die im Jahr 2000 gegründete „Bleib Gesund Stiftung“ hoch zu loben, weil sie Studien und praktische Projekte prämiert, die neue

Wege in der patientenorientierten Gesundheitskommunikation gehen. Geschaffen wurde hierfür der mit 12.800 Euro dotierte Oskar-Kuhn-Preis ([www.oskar-kuhn-preis.de](http://www.oskar-kuhn-preis.de)).

In einem mit dem 1. Preis ausgezeichneten Vorhaben der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) werden Laien befähigt, Medizin besser zu verstehen, sagte Norbert Schmacke (Universität Bremen), der die Preisträger vorstellte. Die Idee der „Patientenuniversität“ hat Friedrich Wilhelm Schwartz (gerade in den Ruhestand gehender Leiter der MHH-Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung) aus den USA mitgebracht und gemeinsam mit den anderen Mitgliedern des Leitungsgremiums, Marie-Luise Dierks und Gebriele Seidel, weiterentwickelt.

Mit der Auszeichnung für die 2006 gegründete Patientenuniversität ([www.patienten.universitaet.de](http://www.patienten.universitaet.de)) wurde gewürdigt, dass diese unabhängige Bildungseinrichtung an der MHH „die Position von medizinischen Laien als Partner in der gesundheitlichen Versorgung verbessert und diese als wichtige Zielgruppe der

Gesundheitskommunikation direkt anspricht“, urteilte die Jury. Denn nach Schmacke „tut die Medizin sich sehr schwer, eine andere Haltung zu entwickeln und den mündigen Patienten als Chance zu begreifen“.

An diesem Projekt beteiligen sich 240 Experten aus 49 Kliniken, und die Ergebnisse sind ermutigend. Die behandelnden Ärzte der teilnehmenden Patienten äußern sich ganz überwiegend positiv, weil sie sich jetzt viel besser mit ihnen verständigen können. Die Patientenuniversität vermittelt nicht nur Kenntnisse über den menschlichen Körper, die Strukturen des Gesundheitswesens und neuere medizinische Forschungsergebnisse, sie unterstützt auch Patienten und Angehörige im Umgang mit Krankheit. Friedrich Wilhelm Schwartz hofft, dass auch andere Uni-Kliniken „für die Gesundheit ihrer Region Verantwortung übernehmen“.

Marie-Luise Dierks wünscht sich auch eine „rollende Patientenuniversität“, die zum Beispiel in den Schulen aktiv würde – wie es dem Bonner Angehörigen-Verband „Hilfe für psychisch Kranke“ ([www.hfpg.de](http://www.hfpg.de)) gelang, der von



### Hilfe für psychisch Kranke e.V.

der Stiftung eine „lobende Anerkennung“ erhielt; für seine Aktion „psychische Erkrankungen bei jungen Menschen – Ein Informationsprojekt an Schulen“. Dazu Schmacke: „Erfahrene Angehörige haben es mit großer Hartnäckigkeit geschafft, die Schulen für Aufklärung zu gewinnen, und sie haben Seminare und eine Broschüre entwickelt.“

Gleichfalls eine lobende Anerkennung fand das Projekt „Kommunikation am Lebensende“, ein Curriculum-Baustein für die Schulung von Studierenden im Umgang mit Sterbenden, entwickelt vom „Institut für Ethik und Kommunikation im Gesundheitswesen“ der Universität Witten-Herdecke. (E-Mail: [schnell@uni-wh.de](mailto:schnell@uni-wh.de)). Und mit dem neu geschaffenen Ehrenpreis wurde die ACHSE ausgezeichnet, die bewährte „Allianz chronischer seltener Krankheiten“. Dieses Netzwerk von über 90 Verbänden bietet Betroffenen und Ärzten mit [www.achse.info](http://www.achse.info) alle verfügbaren Informationen über seltene Krankheiten. RSt

## BÄK legt aktuelle Statistik vor

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat zum dritten Mal eine Statistik aus den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen vorgelegt. Die Statistik gibt Auskunft über Häufigkeiten von Behandlungsfehlern und Fehlervorwür-

fen. Insgesamt 7133 Vorwürfe haben die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen im vergangenen Jahr bearbeitet. Bei 29 Prozent der Vorwürfe haben die Einrichtungen einen Behandlungs- oder Risikoaufklärungsfeh-

ler bestätigt. Knapp 1.700 Mal leitete sich daraus ein Entschädigungsanspruch für den Patienten ab, weil ein Zusammenhang zwischen dem Fehler und einer Gesundheitsschädigung nachgewiesen wurde. Nach BÄK-Angaben treffen die Entscheidungen der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen auf eine hohe Akzeptanz: In 90 Prozent der Fälle waren beide Parteien damit einverstanden. Ärzte haben die Entscheidungen überhaupt nicht angezweifelt.

Im vergangenen Jahr gingen mit insgesamt 10.967 rund fünf Prozent mehr Begutachtungsanträge ein als 2007. Die kammereigenen Einrichtungen bearbeiten nach BÄK-Angaben pro Jahr rund ein Viertel der aktenkundigen Behandlungsfehlervorwürfe. Der Rest werde vor Gerichten, bei Krankenkassen und Haftpflichtversicherungen verhandelt.

Zu Behandlungsfehlervorwürfen bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen führten am häufigsten die Diagnosen Hüft- und Kniegelenksarthrose sowie Knochenbrüche. Das ist auch der Häufigkeit der Eingriffe geschuldet: Insgesamt 150.000 Hüftgelenke wurden 2008 eingesetzt. 234 Begutachtungsanträge zu dieser Diagnose sind bei den Kammereinrichtungen eingegangen. 64 Fehler wurden bestätigt.

Die mit Abstand meisten Fehler vermuten Patienten bei Operationen. Deutlich zugenommen haben aber auch die Fehlervorwürfe in Sachen Anamnese und körperliche Untersuchung. „Hier heißt es oft, dass die körperliche



Untersuchung nicht oder nicht ausreichend vorgenommen wurde“, erläutert Rechtsanwalt Johannes Neu, Geschäftsführer der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern, zu denen auch die Ärztekammer Berlin zählt. Klassische Felder von Fehlervorwürfen sind auch die bildgebende Diagnostik und die postoperative Therapie. Nach Fachgebieten werden in der Klinik am häufigsten Unfall- und Allgemeinchirurgen sowie Orthopäden mit Fehlervorwürfen konfrontiert. Im ambulanten Bereich richten sich die meisten Vorwürfe gegen Hausärzte, gefolgt von Orthopäden und Allgemeinchirurgen. Die Statistik über die bestätigten Behandlungsfehler soll dagegen dazu dienen, Fehlerhäufigkeiten in einzelnen Fachgebieten und risikobehaftete Diagnosen zu identifizieren. In der Fehlerstatistik für die Kliniken belegen Gelenkarthrosen und Knochenbrüche die ersten sieben Plätze. Gallensteinleiden, Appendizitis und Uterus myomatosus folgen. In den Arztpraxen passieren die meisten Fehler bei der Behandlung von Brustkrebs. Auch für die ambulante Rückenschmerzbehandlung wurden viele Fehler festgestellt. An dritter Stelle folgt bereits die Blinddarmentzündung, gefolgt von Gonarthrose und Prostatakrebs. Die Ergebnisse der Fehlerstatistik sollen zur ärztlichen Fortbildung genutzt werden.

A. Mißlbeck

ANZEIGEN



## Menschen mit Behinderung

### Arztbesuch ohne Barrieren

Für Menschen mit Behinderungen, ältere und chronisch kranke Patientinnen und Patienten sind Arztbesuche oftmals durch bauliche, aber auch kommunikative Barrieren erschwert – die freie Arztwahl ist dadurch eingeschränkt. Eine optimale medizinische Versorgung schwerbehinderter Menschen ist nicht immer gewährleistet.

Was heißt barrierefreie Nutzbarkeit von Arztpraxen für Menschen im Rollstuhl, für Sehbehinderte, für Blinde, für Gehörlose oder für Menschen mit Lernschwierigkeiten? Gibt es „Barrieren“ für Ärzte, die es ihnen erschweren, ihre medizinischen Leistungen barrierefrei anzubie-

ten? Wie können diese Barrieren überwunden werden? Welche Schritte können wir gemeinsam in Berlin gehen, um die gegenwärtige Situation zu verbessern?

Nach Vorträgen über diese Fragen möchten wir mit Ihnen ins Gespräch kommen. Die Ärztekammer Berlin und der Arbeitskreis „Barrierefreies Gesundheitswesen“ laden Ärztinnen und Ärzte sowie Interessierte anderer Professionen des Gesundheitswesens ein zur Veranstaltung

**„Arztbesuch ohne Barrieren“**

**am 9. September 2009  
um 19.30 Uhr**

**in der Ärztekammer Berlin,  
Friedrichstr. 16, 10969 Berlin.**

## Charité

### Projekt gegen Kinderpornografie

Das Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité hat kürzlich ein Projekt zur präventiven Behandlung von Kinderpornografienutzern gestartet. Bereits seit 2005 werden am Institut im Rahmen des Forschungsprojekts „Prävention von sexuellem Missbrauch im Dunkelfeld“ Therapieplätze für Betroffene angeboten.

Das neue Projekt, zu dessen Beirat unter anderem Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz gehört, richtet sich gezielt an Männer, die den Wunsch verspüren, kinderpornografisches Material zu nutzen oder dies bereits tun. Diesen Männern bietet das Institut kostenlos und schweigepflichtgeschützt eine diagnostische Einordnung ihres Problems und therapeutische Unterstützung an.

„Um sexuellen Missbrauch von Kindern durch Kinderpornografie zu verringern, machen wir den Konsumenten von Kinderpornografie ein konkretes Hilfsangebot“, erklärte der Direktor des Instituts, Professor Dr. Dr. Klaus M. Beier. Das Programm wird vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unterstützt.

ANZEIGE

*Deferipron*

## Zerebellare Syndrome

Bei zwei Kindern (7 und 9 Jahre alt), die wegen Eisenüberladung bei Thalassämie den Chelatbildner Deferipron (Ferriprox®) wegen geringer Ansprechrate in hohen Dosierungen über längere Zeit einnahmen, entwickelten sich nach 2 bzw. 16 Monaten zerebellare Syndrome (z.B. Dystonie, Nystagmus, Diplopie, motorische Koordinationsstörungen). Nach Stopp der Therapie verschwanden die Symptome nach einem Monat bzw. innerhalb eines Jahres. Da der Arzneistoff die Blut-Hirnschranke überwinden kann (das Auftreten von Hör- und Sehstörungen ist bereits bekannt), diskutieren die Autoren einen direkten toxischen Effekt oder einen Verlust der als enzymatische Kofaktoren notwendigen Metallionen wie Cu, Zn, Al, Ga durch die Chelatbildung.

Auch andere Chelatbildner wie Na-EDTA können in unterschiedlichem Ausmaß zweiwertige Me-

tallionen binden. Ein „alternativer“ Einsatz dieser Stoffe z.B. zur Bindung von Kalziumionen bei Arterienverkalkung kann Patienten schädigen. Abgesehen von der medizinisch sinnlosen Indikation.

Aktuell warnt die amerikanische Überwachungsbehörde FDA vor UAW eines anderen Chelatbildners: Deferasirox (Exjade®) verursache Leberversagen (auch fatale!) und Arzneimittelinteraktionen.

Quelle: Brit.med.J. 2009; 338: 653

*Resolutionen des  
Deutschen Ärztetages 2009*

## zu Arzneimitteln

Die Delegierten des 112. Deutschen Ärztetages verabschiedeten einige Resolutionen, die Arzneimitteltherapien betrafen, so z.B.

- über **Versorgungsforschung:** Forderungen nach einer Offenlegung von Interessenskonflikten der Autoren (auch bei Vorträgen bei ärztlichen Fortbildungsveran-

staltungen), nach Mitteln der öffentlichen Hand für eine angemessene Forschungstätigkeit, nach Fortbildungsmaßnahmen für die Forschenden, nach ungehindertem Zugriff auf Daten der europäischen Arzneimittelbehörde und – etwas optimistisch – nach einer Selbstverpflichtung der pharmazeutischen Industrie, ihre Zahlungen an Leistungserbringer nach außen zu kommunizieren.

- über **Arzneimitteltherapiesicherheit:** Forderungen nach einem verbesserten Zugang zu aktuellen Informationen über Risiken und unerwünschte Wirkungen von Arzneimitteln und nach verstärkter Forschung über die praktische Therapie mit Arzneimitteln, insbesondere bei Kindern.

- über **Doping:** nicht nur im Leistungssport, sondern zunehmend auch im Breitensport werden Dopingmittel bei Wettkämpfen,

aber auch zur Verbesserung des Trainingserfolges angewandt. Die Delegierten unterstützen die Ausführungen der zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (siehe Dt. Ärztebl. 2009; 106: A 360 ff) und verweisen auf das Arzneimittelgesetz, das in § 6a Abs. 1 die Anwendung von Arzneimitteln zu Dopingzwecken verbietet.

- über **Psychopharmaka:** keine nicht-ärztlichen Heilberufsgruppen, sondern nur Ärztinnen und Ärzten haben die Kompetenz, verschreibungspflichtige Psychopharmaka (und andere verschreibungspflichtige Arzneistoffe) zu verordnen und ihren Einsatz in einem Gesamtbehandlungsplan einzubetten.

Es bleibt die Hoffnung, dass diese Resolutionen von der Politik (und von Ärztinnen und Ärzten) aufgenommen und umgesetzt werden.

Quelle: Dt. Ärztebl. 2009; 106(22): C 943

**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

ANZEIGE



## Leserbrief

zu „Schwierige Unabhängigkeit“ (MEZIS e.V.-Initiative)  
von Ulrike Hempel in BERLINER ÄRZTE, 5 / 2009, Seite 26  
und zu Leserbriefen in 6 / 2009, S. 6 und in 7 / 2009, S. 7

Ich unterstütze die MEZIS-Initiative, bin aber kein Mitglied des Vereins. Bis auf Punkt 7 der Forderungen in dem Artikel von Frau Hempel bin ich mit allen anderen Zielen einverstanden. Wenn in Fortbildungsveranstaltungen der Veranstalter nicht die Pharmafirma selbst ist und die veranstaltenden Kollegen auf die Produkt-Neutralität der Vortragenden achten, sollte eine Mit-Finanzierung der zertifizierten Veranstaltung durch eine Pharmafirma möglich sein.

Ich habe kürzlich den Jahreskongress der Endocrine Society (nordamerikanische Gesellschaft für klinische Endokrinologie und Hormonforschung) in Washington besucht. Während dort früher Poster-Parties und von einzelnen Firmen initiierte Veranstaltungen immer mit reichlichen Buffets oder Menus aus Pharma-Mitteln garniert waren, musste man sich in diesem Jahr alles selbst kaufen. Auf dieser Ebene greifen die Regulierungen in den USA offenbar besser als bei uns. Auf der anderen Seite ist es verheerend, im US-Fernsehen der Bewerbung von verschreibungspflichtigen Mitteln sehen zu müssen, die meist in der Aufforderung gipfeln: „Ask your doctor to prescribe this wonderful new drug“. Möglicherweise droht uns diese unethische Praxis demnächst auch in Europa.

Die Kritik des Kollegen Fahimi in Heft 6 der „Berliner Ärzte“ an der MEZIS-Initiative übersieht die unbewussten Effekte

der Pharmawerbung durch Arztbesucher, Annoncen und Ärztemuster. Letzteres trifft auch für den Brief von Dr. Richter im Heft 7 zu. Mit der Weitergabe von Ärztemustern meist erst kürzlich eingeführter Medikamente an Patienten wird oft eine Wiederverschreibungs-Welle in Gang gesetzt, ganz im Sinne der Herstellerfirmen. Wie anders wäre sonst beispielsweise die häufige Verschreibung von Ezetimib erklärbar, das nach bisher vorliegenden Befunden ein Cholesterinsenker ist, der nicht zur Verbesserung klinischer Endpunkte geführt hat. Oder die häufige Verschreibung des

teuren Rasilez in Kombination mit Kalziumantagonisten, während eine Kombination von ACE-Hemmern mit Hydrochlorothiazid wirksamer und viel billiger ist. Das Mitleid von Dr. Richter mit eventuell durch Entlassung gefährdeten Ärztebesuchern/innen kann ich auch nicht verstehen. Schließlich bezahlen deren hohe Gehälter indirekt unsere Patienten, und auch die Vergütung der Ärzte leidet unter der Umlage dieser Kosten auf die Arzneimittelpreise.

*Prof. Dr. Wolfgang Oelkers  
14109 Berlin*

## Leserbrief

zu „Feminisierung in der Medizin“  
in BERLINER ÄRZTE 7/2009, S. 6

Dem Artikel von Ulrike Hempel habe ich mit einigem Erstaunen entnommen, dass ich meine Patienten schlechter behandle, als meine Kolleginnen dies tun. Die Ursache für meine Mängel liegt demnach allein in der Tatsache begründet, dass ich ein Mann bin. Immerhin wird mir zugestanden, dass ich in der Medizin über eine vergleichbare Kompetenz wie eine Ärztin verfüge. Vielleicht ist das ja schon mehr, als ich eigentlich erwarten darf in einem gesellschaftlichen Mainstream, in dem sich der Reflex weiblich = gut, männlich = schlecht allzu oft und schnell Bahn bricht. In der Zeitschrift einer Institution, in der ich Pflichtmitglied bin, hätte ich eine derartige pauschale diskriminierende Aussage allerdings nicht vermutet, da ich davon ausgegangen war, eine gleichberechtigte Interessenvertretung erwarten zu können. (...) Laut Ihrem Artikel ist die Feminisierung der Medizin Realität und kein Desaster, dem kann man nur zustimmen. Ein Desaster ist aber die allgemeine Darstellung der Arbeit von Ärzten, die sich undifferenziert an platten Klischees feministischen Ursprungs orientiert. Die täglichen Erfahrungen in meinem Umfeld zeigen hoch engagierte männliche Kollegen, die sich zeitaufwendig und einfühlsam um ihre Patienten kümmern. (...)

*Dr. med. Jürgen Schmidt  
13507 Berlin*



Obdachlosenhilfe

## MUT feiert doppeltes Jubiläum

Die Obdachlosenpraxen der Kammertochter MUT Gesellschaft für Gesundheit haben am 17. Juni ein doppeltes Jubiläum gefeiert. Seit 15 Jahren gibt es die Arztpraxen und seit 10 Jahren die Zahnarztpraxen am Ostbahnhof und in Lichtenberg, die von vielen der rund 7000 Obdachlosen in Berlin genutzt werden. Aus diesem Anlass hatte die MUT zu einer Feier in ihre Tagesstätte für Obdachlose an den Stralauer Platz gegenüber des Ostbahnhofs eingeladen. „Dieses Angebot wird von den obdachlosen Menschen in Berlin gebraucht“, unterstrich Dr. med. Dittmar Kruska, Vorstandsmitglied der Ärztekammer, in seiner Rede. Er dankte den Ärzten, Zahnärzten, Pflegekräften und Mitarbeitern der MUT, „die durch tatkräftiges und selbstloses Engagement diese großartige menschliche Hilfe erst möglich gemacht haben“. Kruska sagte mit Blick auf die anwesende Senatorin für Integration, Arbeit und Soziales, Dr. Heidi Knake-Werner (Linke), dass in



Dr. med. Dittmar Kruska, Dr. Heidi Knake-Werner und MUT-Geschäftsführerin Bettina Lange (v.li.n.re.)

den Praxen und den Tagesstätten ein großes Stück weit staatliche Aufgaben übernommen wurden. „Der Staat steht damit also auch in der Verantwortung für diese Projekte“, betonte Kruska. Die Kammer werde ihrer Verantwortung auch weiterhin nachkommen.

Dr. med. Gertrud Gumlich, eine Ärztin der ersten Stunde, ließ in einer anschaulichen Rede die vergangenen 15 Jahre Revue passieren – von den bescheidenen Anfängen in einem fensterlosen Raum im Ostbahnhof hin zu zwei Tagesstätten, die wesentlich mehr

bieten als „nur“ ärztliche und zahnärztliche Hilfe. Es habe sich viel zum Positiven gewandelt. Es gebe inzwischen eine gewachsene Sensibilität für das Problem Obdachlosigkeit. „Arme-Leute-Medizin darf keine schlechte Medizin sein“, hob Gertrud Gumlich hervor.

Weiterbildung

## EVA-Fragebögen zur Ansicht im Internet

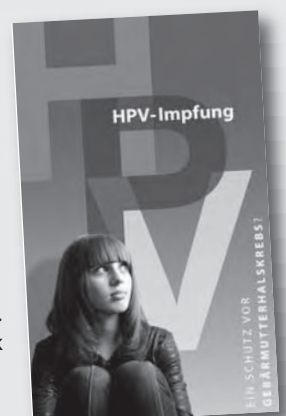
Die bundesweite Evaluation der Weiterbildung (EVA) ist in vollem Gange. Auf der Homepage der Ärztekammer Berlin haben interessierte Ärztinnen und Ärzte jetzt die Möglichkeit, sich vorab die Fragebögen für Weiterbilder und Ärzte in Weiterbildung anzuschauen. Bei diesen Fragebögen im PDF-Format handelt es sich um reine Ansichtsexemplare. Zum eigentlichen Beantworten der Fragebögen müssen sich die betroffenen Ärztinnen und Ärzte allerdings mit ihren persönlichen Codes über die Kammer-Homepage einloggen (s. dazu BERLINER ÄRZTE 4/2009). Die Ärztekammer Berlin ruft in diesem Zusammenhang erneut zu einer regen Beteiligung an diesem wichtigen Projekt auf. Nur so können aussagekräftige Ergebnisse zustande kommen, die zur Verbesserung der ärztlichen Weiterbildung in Deutschland genutzt werden sollen.

Die Fragebögen zur Ansicht sind zu finden unter [www.aerztekammer-berlin.de](http://www.aerztekammer-berlin.de) Rubrik Ärzte/Weiterbildung/Evaluation/Weitere Informationen zum Download.

Gebärmutterhalskrebs

## Neue Informationen zu HPV-Impfungen

Das Thema HPV-Impfung bleibt weiter aktuell. Die Ärztekammer Berlin aktualisiert dazu laufend ihre Homepage, so dass sich junge Frauen und deren Eltern sowie Experten dazu umfassend über den aktuellen Diskussionsstand informieren können. Stellvertretend sei hier auf einen Link der AOK hingewiesen: [www.hpv-entscheidungshilfe.de](http://www.hpv-entscheidungshilfe.de)



Die Informationen wurden im Auftrag der AOK vom Ludwig Boltzmann Institut for Health Technology Assessment (LBI-HTA) in Wien nach evidenzbasierten Kriterien erarbeitet.

## Krankenunterlagen: Patienten haben Recht auf Einsicht

Patienten haben das Recht, in ihre Krankenunterlagen Einsicht zu nehmen. Darauf weist die Ärztekammer Berlin ihre Mitglieder hin. Das Einsichtsrecht darf nur unter besonderen Voraussetzungen eingeschränkt werden. Ein besonderes Interesse muss die Patientin oder der Patient nicht darlegen.

Das Einsichtsrecht erstreckt sich grundsätzlich auf den sogenannten objektiven Teil der Unterlagen, das heißt nicht auf den Teil der Dokumentation, der rein subjektive Eindrücke und Wahrnehmungen des Arztes enthält. Sollten sich Eintragungen in der Krankenakte befinden, die vom Einsichtsrecht nicht umfasst sind, so braucht der Arzt diese dem Patienten nicht zugänglich zu machen, sondern kann solche Vermerke beim Kopieren abdecken. Dieses wiederum hat zweckmäßigerweise so zu geschehen, dass die Abdeckung als solche erkennbar bleibt. Patienten können ihr Einsichtsrecht auch wahrnehmen, indem sie einen Arzt oder eine sonstige Person ihres Vertrauens mit der Einsicht beauftragen. Es können auch Kopien der Dokumentation von dem behandelnden Arzt erbeten werden. Es besteht jedoch grundsätzlich kein Anspruch auf Zusendung, wohl aber darauf, dass die Unterlagen bzw. Kopien zur Abholung bereitgehalten werden. In der Regel muss der Patient die anfallenden Kopierkosten tragen. Pro Seite können für die ersten 50 Blatt 0,50 € in Rechnung gestellt werden (für jedes weitere Blatt sind 0,15 € angemessen). Ein Recht auf Überlassung der Originalunterlagen besteht nicht.

Es stünde im Widerspruch zur ärztlichen Dokumentationspflicht. Eine zeitweise Überlassung der Originalunterlagen zur Einsicht ist aber unter Umständen möglich und in bestimmten Fällen auch verpflichtend.

### Besonderheiten bei psychiatrischen Patienten

Grundsätzlich gilt, dass Patienten auch in psychiatrische Unterlagen Einsicht nehmen können. Entscheidend ist aber, ob die Einsichtnahme medizinisch zu verantworten ist. Allerdings darf der Arzt auch nach einer psychiatrischen Behandlung das Einsichtsrecht in die Krankenunterlagen nicht pauschal unter Hinweis auf ärztliche Bedenken verweigern. Er hat die entgegenstehenden therapeutischen Gründe vielmehr nach Art und Richtung näher zu kennzeichnen, allerdings ohne die Verpflichtung, dabei ins Detail zu gehen. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes ist stets eine Abwägung im Einzelfall unter Berücksichtigung der konkreten Umstände zu treffen, und zwar auch hinsichtlich der nicht objektivierten Befunde einer psychiatrischen Behandlung. Der Arzt hat sich dabei an den Schutzinteressen des Patienten zu orientieren. Solche Schutzinteressen sind insbesondere gegeben, wenn infolge der Einsicht in die gesamte Behandlungsakte eine Selbstgefährdung des Patienten droht.

### Einsicht in die Unterlagen Verstorbener

Die ärztliche Schweigepflicht gilt über den Tod des Patienten hinaus. Eine Einsichtnahme in die Patientenunterlagen

des Verstorbenen durch Erben, Angehörige oder Dritte ist deshalb nur unter bestimmten Voraussetzungen zulässig. Die Erteilung von Auskünften aus oder die Herausgabe von Krankenunterlagen Verstorbener ist nur dann zulässig, wenn der Verstorbene vor seinem Tod seine Einwilligung hierzu erklärt hat, wenn es eine gesetzliche Grundlage hierfür gibt (zum Beispiel Meldepflichten nach dem Infektionsschutzgesetz) oder der Arzt nach gewissenhafter Überprüfung zu dem Ergebnis kommt, dass die Offenbarung des Patientengeheimnisses im mutmaßlichen Interesse des Verstorbenen liegt. Bei der Beantwortung dieser Frage, hat der Arzt gewissenhaft zu prüfen, ob Anhaltspunkte dafür bestehen, dass

der Verstorbene die Offenlegung der Krankenunterlagen ganz oder teilweise oder gegenüber einer bestimmten Person missbilligt haben würde. Dabei wird auch das Anliegen der die Einsicht begehrenden Person (Geltendmachung von Ansprüchen, Wahrung nachwirkender Persönlichkeitsbelange des Verstorbenen, Klärung der Testierfähigkeit des Verstorbenen) eine entscheidende Rolle spielen müssen. Unerheblich ist dabei die Frage, ob die betroffene Person Erbe ist. Über die Berechtigung zur Einsichtnahme entscheidet der Arzt „in letzter Instanz“ selbst. Allerdings muss die Verweigerung der Einsichtnahme zumindest unter Angabe der Art der Einwände allgemein begründet werden.

### Personalie

## 18 Jahre im Dienst der Kammer



Die Delegiertenversammlung hat sich in ihrer Sitzung am 8. Juli bei Dr. med. Maria Birnbaum für ihre langjährige ehrenamtliche Tätigkeit bedankt. 18 Jahre lang war die Internistin Vorsitzende des Weiterbildungsausschusses I. Dieses Amt übergibt sie jetzt an Professor Dr. med. Wulf Martin Pankow, der die Lungenklinik Neukölln leitet. Außerdem gehörte sie über 16 Jahre hinweg der Delegiertenversammlung an. Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz würdigte Maria Birnbaum für ihren unermüdlichen Einsatz für ein eigenständiges Fach Innere Medizin. „Sie hat damit bundesweit Maßstäbe gesetzt“, sagte Jonitz.

# „Gesundheitsstadt Berlin“ –

Gesundheit verursacht Kosten, schafft aber auch Arbeitsplätze und Innovationen.

Was hat eine Stadt wie Berlin von einer starken Gesundheitswirtschaft?

Wie schwer ist sie von der gegenwärtigen Krise betroffen?

Und wie stark ist die Branche in Berlin überhaupt?

Acht Antworten auf acht Fragen.

*Von Angela Mißlbeck und Hubert Beyerle*





# Was ist an dem Schlagwort dran?

## Frage: Ist die Gesundheitswirtschaft in der Krise?

**Antwort:** Jein. Viele Akteure behaupten, das Gesundheitswesen stecke seit Beginn der 90er Jahre in einer Dauerkrise. Seit dem ersten Kostendämpfungsgesetz für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) werden vor allem Ärzte und ihre Verbände nicht müde, auf eine wachsende Unterfinanzierung hinzuweisen. Auf dem 112. Deutschen Ärztetag im Mai machte Bundesärztekammerpräsident Professor Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe erneut klar, dass der medizinische Fortschritt und die zunehmende Alterung der Bevölkerung nicht nur eine Chance für die Gesundheitswirtschaft darstellen, sondern zugleich die größte Herausforderung für die Finanzierbarkeit des solidarischen Krankenversicherungssystems. Von den 252,8 Milliarden Euro, die das Statistische Bundesamt als Gesundheitsausgaben für 2007 beziffert, entfielen 145,4 Milliarden auf die GKV. Das entspricht einem Anteil von 57,5 Prozent. Deshalb ist eine Bedrohung für das GKV-System auch eine Gefahr für die Gesundheitswirtschaft. Zum Vergleich: Der Anteil der Privaten Krankenversicherung an den Gesundheitsausgaben 2007 lag laut Statistik bei 9,3 Prozent. 13,5 Prozent entfielen auf Privathaushalte und private Organisationen ohne Erwerbszweck.

Angesichts der weltweiten Finanzkrise macht sich die deutsche Gesundheitswirtschaft derzeit aber wie ein Fels in der Brandung aus. Im Gegensatz zu anderen Branchen ist sie vom Exporteinbruch kaum betroffen. Angebot und Nachfrage sind weitgehend stand-

ortgebunden. Deshalb können auch Arbeitsplätze in der Gesundheitswirtschaft kaum in Billiglohnländer ausgelagert werden. „Hinzu kommt, dass die Nachfrage in diesem Sektor vom Staat dominiert wird. Konjunkturelle Schwankungen werden deshalb abgeschwächt, da Gesundheitsausgaben maßgeblich über Zwangsabgaben finanziert werden“, so der Gesundheitsökonom Professor Bert Rürup. Er kommt zu dem Schluss, dass das seit der Einführung des Gesundheitsfonds noch deutlicher gilt, weil nun Bundesdarlehen für die GKV Konjunkturschwankungen vorübergehend abfedern. „Das Gesundheitssystem ist ein gesamtwirtschaftlicher Stabilisator“, meint Rürup. Zuletzt rechnete er auf dem Hauptstadtkongress vor, dass das Wachstum in der deutschen Gesundheitswirtschaft von 1996 bis 2007 deutlich stärker ausfiel als in allen anderen Wirtschaftsbereichen. Die Bruttowertschöpfung wuchs mit insgesamt 38 Prozent um 18 Prozentpunkte stärker als in den restlichen Wirtschaftsbereichen, die Beschäftigung mit 14 Prozent um rund acht Prozentpunkte stärker.

## Frage: Was ist die Gesundheitswirtschaft?

**Antwort:** Die Gesundheitswirtschaft wird gern mit einer Zwiebel verglichen. Der dicke Kern in diesem Bild ist das Gesundheits- und Sozialwesen. Dazu zählen die ambulante und stationäre Versorgung mit Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen, Arzt-, Zahnarzt-, Physiotherapie- und Ergotherapiepraxen, Pflegeheimen und Pflegediensten. Die zweite Schicht ist der Handel, also der pharmazeutische, medizinische und orthopädische Groß- und Einzelhandel mit Apotheken und Sanitäts-

häusern, aber auch OP-Bedarfslieferanten. Die dritte Schicht bildet das verarbeitende Gewerbe. Dazu zählen vor allem die Arzneimittelhersteller, medizintechnische und biotechnische Unternehmen. Schließlich folgt ein großer und schwer zu umreisender Bereich mit weiteren Einrichtungen: private und öffentliche Krankenversicherungen, Teile der Renten- und Unfallversicherung, die öffentliche Verwaltung im Gesundheitswesen, medizinische Forschung und Entwicklung und nicht zuletzt die unzähligen Verbände und Organisationen von Ärzten, Patienten und sonstigen Akteuren im Gesundheitswesen. „Die Gesundheitswirtschaft ist somit deutlich größer als der über staatliche Zwangsabgaben finanzierte Bereich – auch eine Trivialität, die gelegentlich verdrängt wird“, so Rürup.

Als entscheidend gilt bei Gesundheitsökonomien und -politikern, dass in der Gesundheitswirtschaft von allem etwas dabei ist. In der Fachsprache heißt das, dass die gesamte Wertschöpfungskette abgedeckt ist. Sind alle Schichten der Zwiebel konzentriert an einem Ort, sprechen Experten von einem „Cluster“. Die Idee dahinter: Eine ausreichende kritische Masse von Unternehmen, Forschungseinrichtungen und Nutzern konzentrieren sich in einer Stadt oder einer Region. Gemeinsam sind sie stärker als einzeln. So können sich Konkurrenten beflügeln, etwa indem sie Unternehmen oder Forschungseinrichtungen anlocken, für die sich die Ansiedlung erst lohnt, wenn mehrere Kunden oder Geschäftspartner vor Ort sind. „In Berlin bietet sich durch die Kombination von Forschungslandschaft, großen Gesundheitseinrichtungen sowie einer Vielzahl von

großen und kleinen Unternehmen ein Gesundheits-Cluster, das die gesamte Wertschöpfungskette abdeckt“, sagte Heike Schöning von der Industrie- und Handelskammer (IHK) Berlin. „Hier sind alle Player an einem Ort konzentriert. Je mehr wichtige Unternehmen Berlin vorweisen kann, umso attraktiver wird es für neue.“

## Frage: Wie viele Menschen arbeiten in der Berliner Gesundheitswirtschaft?

Antwort: Die Gesundheitswirtschaft ist, gemessen an den Jobs, der wichtigste Wirtschaftszweig in Berlin. 2007 beschäftigte er in der Stadt rund 214.000 Menschen, das sind 13 Prozent aller in Berlin Beschäftigten. Das liegt leicht über dem bundesdeutschen Schnitt von 12 Prozent. Der Trend weist hier deutlich nach oben. 1996 lag die Zahl der Beschäftigten bei 200.000. Nach Prognosen der Arbeitsgruppe von Bert Rürup an der TU Darmstadt im Auftrag des Berliner Netzwerks Health Capital dürfte sie bei anhaltenden Trends auf 231.000 im Jahr 2030 ansteigen.

Hinzu kommen nach Angaben des Statistischen Amtes Berlin-Brandenburg aktuell etwa 6.000 Auszubildende bei Ärzten, Zahnärzten und sonstigen Gesundheitsberufen, und etwa 9.000 Studenten der Human- und Zahnmedizin und der Gesundheitswissenschaften an den Berliner Hochschulen.

Allerdings hat es in den vergangenen Jahren deutliche Verschiebungen gegeben. So wurden in den Krankenhäusern tausende Jobs abgebaut. Bei Heimen und anderen Einrichtungen des Sozialwesens, sowie in einigen Branchen des verarbeitenden Gewerbes gab es hingegen Zuwächse.

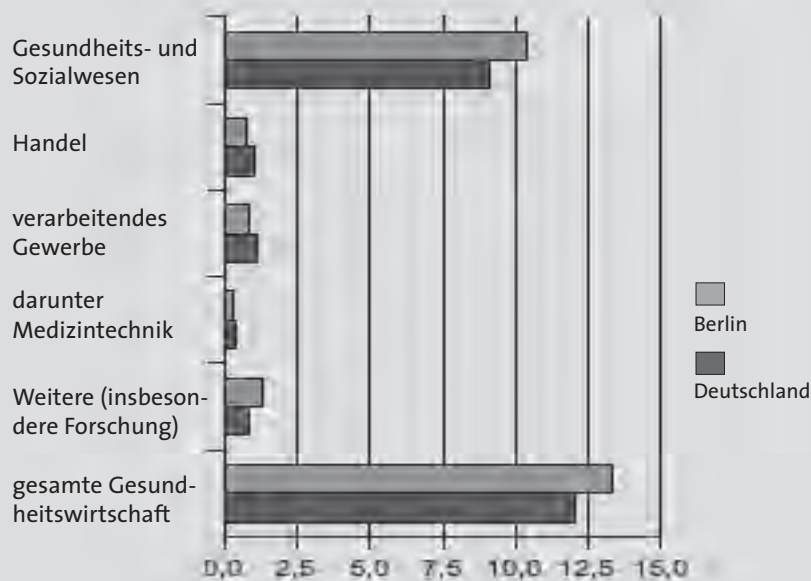
Insgesamt arbeiten hier, im „Kern der Zwiebel“ in Berlin 168.000 Menschen – fast ein Zehntel davon übrigens allein an der Charité Universitätsklinik – nach der Bahn der zweitgrößte Arbeitgeber Berlins. In den vergangenen zehn Jahren entstanden in diesem Bereich rund 16.000 Jobs. Die Sparte teilt sich weiter recht gleichmäßig auf: In den Krankenhäusern arbeiten 56.000, in Arzt- und Zahnarztpraxen 47.000 und im Sozialwesen 50.000 Beschäftigte. Das Ge-

sundheits- und Sozialwesen ist sozusagen das Herzstück des „Beschäftigungsmotors“ Gesundheitswirtschaft. „Dieser Bereich ist personalintensiv und kaum anfällig für den Verlagerungsdruck der Globalisierung“, sagt Dennis Alexander Ostwald von der Uni Darmstadt. „In Krisenzeiten wie derzeit ist das Gesundheits- und Sozialwesen besonders wichtig, weil es die Beschäftigung stabilisiert. Allerdings ist hier auch in guten Zeiten keine große wirtschaftliche Dynamik zu erwarten, weil es grundsätzlich kaum möglich ist, die Arbeitsproduktivität zu steigern.“

In der nächsten Schicht der Zwiebel finden sich unter anderem der Handel mit 12.000 Beschäftigten, darunter allein 6.000 in den Apotheken. Im verarbeitenden Gewerbe der Gesundheitswirtschaft sind in Berlin 13.000 Menschen beschäftigt. Diese Zahl ist in den vergangenen zehn Jahren relativ konstant geblieben.

Hinzu kommen viele Institutionen, wo Berlin von seiner Hauptstadtfunktion profitieren kann. Insgesamt arbeiten in allen weiteren Einrichtungen 21.000 Menschen, darunter 3.000 in der Wissenschaft, etwa 1.000 bei privaten Versicherern und 9.000 bei der Sozialversicherung. Bei den Lobby-Gruppen, kirchlichen Vereinen etc. arbeiten noch einmal 3.000 Menschen. Im Gefolge der Bundesregierung sind fast alle Interessenvertretungsverbände nach Berlin gezogen. Einige Beispiele: Der AOK Bundesverband mit dem Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WiO) beschäftigt in der Hauptstadt derzeit rund 350 Mitarbeiter. Bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sind 230 Mitarbeiter tätig, bei der Bundesärztekammer 105. Zu den kleineren Verbänden zählt der Bundesverband Medizintechnologie (BVMed) mit 17 Mitarbeitern. Von den gut 500 Planstellen des Bundesgesundheitsministeriums sind etwa ein Viertel, also rund 125 in Berlin angesiedelt, der Rest in Bonn.

### Erwerbstätige, Anteil an Gesamtwirtschaft in %



Quelle: Health Capital/Uni Darmstadt



## Frage: Wie produktiv ist die Berliner Gesundheitswirtschaft verglichen mit anderen Branchen und dem deutschen Durchschnitt?

**Antwort:** Beschäftigung ist nur ein, wenn auch wichtiges wirtschaftliches Ziel. Ein anderes ist Produktivität. Laut den Berechnungen der TU Darmstadt erwirtschaftete die Berliner Gesundheitswirtschaft 2007 eine Bruttowertschöpfung von 9,2 Milliarden Euro. Das sind 13 Prozent der gesamten Berliner Wertschöpfung – der gleiche Prozentsatz wie bei der Beschäftigung. Unter Bruttowertschöpfung wird der Wert der Produktion der Branche abzüglich der eingekauften Vorleistungen verstanden. Bei den personalintensiven Krankenhäusern oder Verwaltungen sind das zum großen Teil die Löhne und Gehälter, abzüglich etwa medizinischer Geräte.

Im Schnitt erwirtschaftet ein Erwerbstätiger in Berlin eine Bruttowertschöpfung von 43.000 Euro. Seine Produktivität liegt damit etwas unter dem deut-

schen Schnitt von 47.000 Euro, was sich unter anderem mit den niedrigeren Gehältern in Berlin erklären dürfte. Im verarbeitenden Gewerbe ist die Produktivität traditionell sehr viel höher: In Berlin beträgt sie 120.000 Euro je Beschäftigtem, im deutschen Schnitt immerhin 115.000 Euro. Tatsächlich sind also die gewerblichen Unternehmen der Berliner Gesundheitswirtschaft produktiver als ihre Konkurrenten im Rest Deutschlands – ganz im Gegensatz zur Gesamtwirtschaft. Besonders produktiv ist nach den Berechnungen der Rürup-Gruppe die Chemie- und Pharmabranche. Statistisch erwirtschaftet jeder hier Beschäftigte in Berlin 149.000 Euro. Auch hier liegt Berlin damit über dem deutschen Schnitt von 142.000 Euro.

Daraus lässt sich ablesen: Die Berliner Unternehmen der Pharmaindustrie und der Medizintechnik sind überdurchschnittlich produktiv. Plausibel erscheint die Erklärung, dass diese überdurchschnittlich innovativ sind, gut bezahlte Spitzenforschung betreiben und in ihren Nischen Spitzenleistungen erbringen, die auf dem Weltmarkt gut bezahlt werden. Laut einer Studie der Deutsche

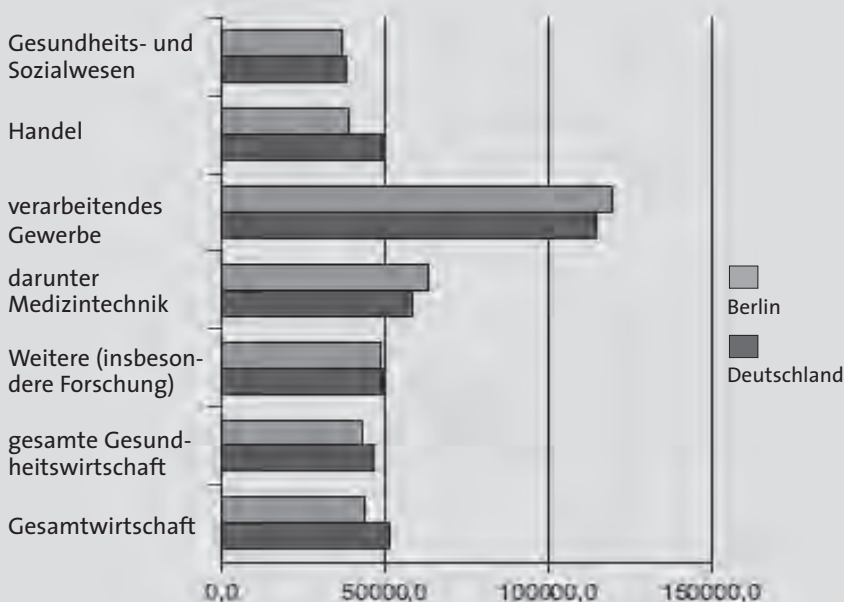
Bank Research ist Berlin „einer der führenden Standorte der Medizintechnik in Deutschland“. Die Stadt reife zu einem bedeutenden Absatz- und Testmarkt für technologische Innovationen heran. „Viele Unternehmen der Medizintechnik wählen Berlin als Standort, weil sie sich bei ihren Forschungsaktivitäten Synergien mit den zahlreichen Berliner Gesundheitseinrichtungen versprechen“, so Uwe Perlitz von DB Research, Autor der Studie. Bei produktiven Unternehmen ist in der Regel kein Stellenabbau zu erwarten, eher ein Zuwachs. Ihre Innovationsfähigkeit strahlt zudem oft aus auf andere Unternehmen wie Lieferanten und Kunden.

## Frage: Welches Steueraufkommen gewinnt Berlin aus der Gesundheitswirtschaft?

**Antwort:** Das weiß keiner so genau. Weder der Wirtschafts- noch der Finanzsenator erheben diese Daten. Hinzu kommt, dass die Besteuerung im Gesundheitswesen ein sehr unübersichtliches Feld ist. Viele Unternehmen und Leistungen sind aufgrund von Gemeinnützigkeit von Körperschafts-, Gewerbe- oder Umsatzsteuer befreit. Und selbst diese Angaben lassen sich kaum kategorisieren, „weil die Entstehung einer jeweiligen Steuer vom jeweiligen Sachverhalt im Einzelfall abhängig ist“, wie die Senatswirtschaftsverwaltung erläutert.

Einige Beispiele: Arztpraxen sind als freiberufliche Unternehmen prinzipiell gewerbesteuerbefreit. Ärztliche Leistungen sind zudem im Allgemeinen auch von der Umsatzsteuer befreit. Für manche Leistungen wird dennoch Umsatzsteuer fällig, so zum Beispiel für Schönheitsoperationen und Verjüngungskuren. Dasselbe gilt für die Leistungen von Zahnarzt- und anderen Praxen und von Krankenhäusern. Kliniken müssten als GmbHs normalerweise Körperschaftssteuer entrichten, können aber

### Produktivität (Wertschöpfung je Beschäftigten in €)



Quelle: Health Capital/Uni Darmstadt

wegen Gemeinnützigkeit davon befreit sein. Auch bei den oft als Vereinen organisierten Verbänden fällt Körperschaftsteuer nur dann an, wenn sie nicht gemeinnützig sind. Körperschaften des öffentlichen Rechts, zu denen Krankenkassen, die Ärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zählen, sind für ihre hoheitlichen Aufgaben von allen Steuerarten befreit, nicht aber zum Beispiel für den Betrieb einer Kantine.

Wegen dieser zahlreichen Steuerbefreiungen ist der Anteil der Gesundheitswirtschaft am Steueraufkommen aus der gesamten Berliner Wirtschaft wohl niedriger als ihr Anteil an Wertschöpfung und Beschäftigung. Gewerbesteuer, die überwiegend dem Land zugute kommt, fällt nur im Bereich von Handel und Industrie an, also bei der Herstellung und dem Verkauf von Arzneimitteln und Medizinprodukten. Hier werden auch Umsatz- und Körperschaftssteuern fällig. Wächst dieser Bereich weiter, so ist auch von einem wachsenden Steueraufkommen der Berliner Gesundheitswirtschaft auszugehen.

Ein spürbarer Beitrag zum Berliner Steueraufkommen dürfte damit vor allem von den Lohn- und Einkommensteuern der in der Gesundheitsbranche Beschäftigten herkommen. Im vergangenen Jahr lagen die Steuereinnahmen für den Berliner Haushalt bei 10,7 Milliarden Euro. Davon kamen 3,4 Milliarden aus dem Aufkommen an Lohn- und Einkommensteuer. Unterstellt man, ein Beschäftigter in der Berliner Gesundheitswirtschaft verdient im Schnitt auch den Berliner Durchschnitt, so kommt man ungefähr auf 13 Prozent des Lohn- und Einkommensteueraufkommens, oder etwa 420 Millionen Euro.

### Frage: Wie entwickelte sich die Berliner Gesundheitswirtschaft in jüngster Zeit?

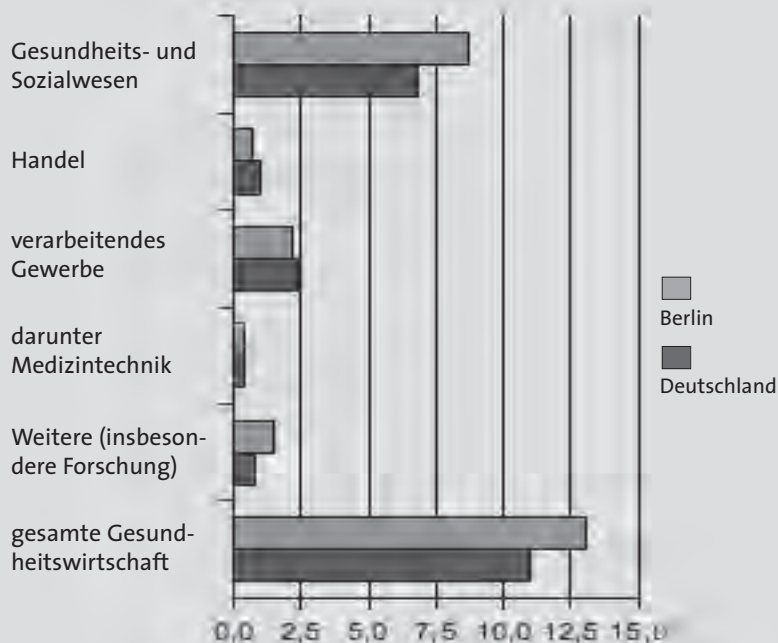
Antwort: Der Trend geht klar nach oben. Den umfassenden Daten der Studie der Uni Darmstadt für Health Capital zufolge nahm die Bruttowertschöpfung der

Gesundheitswirtschaft von 2004 bis 2007 um 8,6 Prozent zu – während die Berliner Wirtschaft insgesamt lediglich um 4,9 Prozent wuchs. Auch die Beschäftigung stieg, wobei die Zahl der Erwerbstätigen mit 3,7 Prozent etwas schwächer zugelegt hat als in der Gesamtwirtschaft mit 4,4 Prozent. Damit stieg auch die Produktivität der Beschäftigten von 41.000 Euro auf 43.000 Euro an. Über die jüngsten zwei Jahre gibt es noch keine statistische Auswertung. Die gute Konjunktur dürfte jedoch auch in der Berliner Gesundheitswirtschaft zu steigenden Umsätzen und steigender Beschäftigung geführt haben.

Vor allem von den produzierenden Unternehmen der Branche gab es zuletzt gute Nachrichten. Berlin wird als Standort für Forschung und Erprobung von Medikamenten immer wichtiger. Mit Pfizer hat ein Welt-Pharma-Unternehmen seinen Deutschland-Sitz nach Berlin verlegt. Mit Bayer-Schering und Berlin-Chemie gibt es hier zwei weitere wichtige Pharma-Unternehmen von internationaler Bedeutung. Auch die Übernahme der Berliner Biotech-Firma Jerini durch das britische Unternehmen Shire kann als Beleg für die steigende Bedeutung Berlins als Forschungs- und Unternehmensstandort gewertet werden.

Wie groß die Opfer sein werden, die die Finanz- und Wirtschaftskrise hier fordert, hängt davon ab, wie schwer und lange sie ausfällt. Bei vielen kleineren Biotech-Unternehmen, wie sie etwa in den Forschungs- und Technologieparks Adlershof oder Berlin-Buch angesiedelt sind, dürfte zudem die künftige Politik gegenüber öffentlichen Venture-Capital-Gebern eine Schlüsselrolle spielen. Der Vorstandsvorsitzende von Bayer-Schering, Andreas Fibig, sagte kürzlich dem Tagesspiegel: „Berlin kann Pharmahauptstadt werden.“ Entscheidend dafür sei es, dass eine kritische Masse an kleinen Unternehmen entstehe.

### Wertschöpfung, Anteil an Gesamtwirtschaft in %



Quelle: Health Capital/Uni Darmstadt

Schon jetzt arbeite Bayer-Schering mit vielen akademischen Einrichtungen und Unternehmen zusammen.

## Frage: Was sind die wichtigsten Unternehmen der Gesundheitswirtschaft in Berlin?

**Antwort:** Größter Arbeitgeber im Berliner Gesundheitswesen ist die Charité Universitätsmedizin mit ihren rund 15.000 Mitarbeitern auf 10.400 Stellen. Ihr Jahresumsatz beläuft sich auf rund 1,1 Milliarden Euro. Zuletzt schrieb sie ein Defizit von 56 Millionen Euro, das im laufenden Jahr auf 19 Millionen verringert werden soll. Für Forschungen hat die Uniklinik 2008 Drittmittel von knapp 130 Millionen Euro eingeworben, mit denen laut Vorstandschef Karl Max Einhüpl 2.900 Mitarbeiter finanziert wurden. Der kommunale Klinikkonzern Vivantes beschäftigt gut 12.000 Mitarbeiter und schrieb 2008 ein leichtes Plus von 2,4 Millionen Euro bei einem Jahresumsatz von 742 Millionen.

Mit Abstand der wichtigste Arbeitgeber im gewerblichen Bereich ist Bayer-Schering Pharma mit über 5.000 Mitarbeitern in Berlin. Die Bayer-Tochter erlöste im vergangenen Jahr 10,7 Milliarden Euro Jahresumsatz, etwa ein Drittel des Konzernumsatzes. Gefolgt wird Bayer-Schering von Berlin Chemie, die zur italienischen Menarini Group gehört. Von deren 4.300 Mitarbeitern weltweit arbeiten 1.200 in Berlin. Berlin-Chemie ist besonders in Osteuropa umsatzstark. Hinzu kommen rund 670 Mitarbeiter bei Pfizer, 600 bei Sanofi-Aventis, 700 bei Dr. Mann/Bausch & Lomb und 400 bei Nycomed. Obwohl die Wertschöpfung der Pharma-Industrie 2004 bis 2007 um 33,2 Prozent gestiegen ist, sank die Beschäftigung um 4,2 Prozent. Das ist allerdings ein bundesdeutscher Trend. Außerdem hat die Medizintechnik in Berlin einen guten Stand. In Berlin-Brandenburg gibt es in dieser Branche rund 180 Unternehmen. Dazu zählen

Unternehmen wie Biotronik, vor 40 Jahren Hersteller des ersten Herzschrittmachers, mit weltweit 4.500 Mitarbeitern. Oder Eckert & Ziegler, Hersteller von Strahlen- und Medizintechnik, mit knapp 400 Mitarbeitern und einem Umsatz von 71,6 Millionen Euro, ein Plus von 32 Prozent zum Vorjahr.

Als dritte Teilbranche ist Biotech zu nennen: Diese Unternehmen sind meist sehr klein, aber auch sehr innovativ. Hervorzuheben sind hier Firmen wie Brahms in Hennigsdorf mit einem Umsatz von 75 Millionen Euro. Über die Hälfte der weltweit mehr als 400 Mitarbeiter arbeiten in Hennigsdorf. Jerini, 2008 vom britischen Unternehmen Shire gekauft, erzielte einen Umsatz von 4,4 Millionen Euro. Ein weiteres Beispiel ist Epigenomics mit zwei Millionen Euro Umsatz und 68 Mitarbeitern.

## Frage: Welche Bedeutung hat die Gesundheitswirtschaft für Berlin insgesamt?

**Antwort:** Die Gesundheitswirtschaft ist mit 214.000 Beschäftigten und 13 Prozent der Wertschöpfung der größte Wirtschaftszweig in Berlin. Sie ist zudem eine Branche mit Zukunft. Mit steigendem Wohlstand und steigendem Durchschnittsalter der Bevölkerung steigen generell auch die Ausgaben für Gesundheit. Wirtschaftlich ist das vor allem deshalb wichtig, weil damit auch steigende Wertschöpfung verbunden ist. Der wichtigste Grund dafür ist der technische Fortschritt. Er kann Kosten im Gesundheitswesen senken, aber auch ganz neue Behandlungsformen erschließen. Ökonomisch profitieren davon die Hersteller von Geräten und Medikamenten. Vor allem Firmen mit einem hohen Exportanteil ermöglichen es, Kaufkraft aus anderen Gegenden der Welt nach Berlin zu

bringen und hier Arbeitsplätze und Einkommen zu schaffen. Das Kapital der Berliner Gesundheitswirtschaft sieht der Präsident der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften und Sprecher des Unternehmensnetzwerks Health Capital, Professor Günter Stock, vor allem in der ausgedehnten Krankenhauslandschaft. Sie sei der Grund für die überdurchschnittliche Produktivität der Berliner Pharma- und Medizintechnik-Industrie. Aus Stocks Sicht hat sie auch die Ansiedlung von Bioforschung in der Hauptstadtregion begünstigt. Die Länder Berlin und Brandenburg haben diese Entwicklung zusätzlich gefördert. Freilich sind sie damit keine Ausnahme, denn auch andere Regionen setzen auf Gesundheitswirtschaft. Stock appelliert daher an die Politik, aktiv zu bleiben. „Andere schlafen nicht“, sagt er. Besondere Bedeutung im Cluster misst er der Charité zu. „Sie ist im Gesundheitswesen der Leuchtturm schlechthin. Sie ist eine so wertvolle Marke, dass man behutsam mit ihr umgehen muss“, so Stock. Daher warnt er auch vor einer übertriebenen Sparpolitik des Berliner Senats im Bereich der Biowissenschaften. „Die Charité muss im Endeffekt gestärkt werden“, lautet seine Forderung.

Die kommenden Jahre werden nicht einfach. Das hat zuletzt der Senatsbeschluss zur Investitionsfinanzierung für die Charité gezeigt. Die Sparzwänge der Finanzpolitik werden eher noch schlimmer werden, die öffentlichen Haushalte und die Krankenversicherungen insgesamt müssen Einnahmeausfälle aufgrund der Wirtschaftskrise befürchten und viele Unternehmen werden vom eingebrochenen Weltmarkt getroffen werden. Doch Krisen ist man in Berlin gewohnt. Vielleicht zahlt sich das dann aus.

*Verfasser:*

Angela Mißbeck (Fachjournalistin für Gesundheitspolitik)  
Hubert Beyerle (Wirtschaftsjournalist)

# Ärzteversorgung: Delegierte lehnen Wahlordnung erneut ab

Bericht von der Delegiertenversammlung am 8. Juli 2009

In der letzten Delegiertenversammlung vor der Sommerpause hat die Delegiertenversammlung ein Dauerbrenner erwartet: So hatte das Ärzteparlament erneut über eine Ordnung zur Wahl der Vertreterversammlung der Berliner Ärzteversorgung (BÄV) zu entscheiden. Diese eigenständige Vertreterversammlung war durch eine Novelle des Berliner Kammergesetzes notwendig geworden. Gegen Teile dieser Novelle hatten mehrere betroffene Mitglieder des Kammervorstandes geklagt. Der Berliner Verfassungsgerichtshof teilte diese Bedenken in einem im März gefällten Urteil nicht. Die nun eingebrachte Wahlordnung stieß aber erneut auf wenig Gegenliebe der meisten Delegierten und wurde mehrheitlich abgelehnt.

Von Sascha Rudat

Die eigenständige Vertreterversammlung für die BÄV beschäftigt die Delegierten schon länger. Bereits im November 2006 wurde eine vom Kammervorstand vorgelegte Wahlordnung von der DV verabschiedet. Diese Wahlordnung befand die Senatsverwaltung aber nicht für genehmigungsfähig. Eine auf Weisung der Senatsverwaltung vom Vorstand vorgelegte Wahlordnung wurde im Januar 2007 jedoch mehrheitlich von den Delegierten abgelehnt. Die Klage mehrerer Kammervorstandsmitglieder brachte das Verfahren erst einmal zum Erliegen. Nach dem Verfassungsgerichtsurteil vom März muss das neue Kammergesetz nun umgesetzt werden. Die jetzt vom Kammervorstand eingebrachte Version der Wahlordnung entsprach den Vorstellungen der Aufsichtsbehörde und wurde vom Vorstand unkommentiert in die Delegiertenversammlung eingebracht, um die Delegierten nicht zu beeinflussen. Das Ergebnis der geheimen Wahl fiel mit 24 Nein- zu 14 Ja-Stimmen eindeutig aus. Ebenso wie die prompte Reaktion der anwesenden Vertreterin der Senatsverwaltung, Carmen Music: „Die Aufsichtsbehörde wird zeitnah alle aufsichtsrechtlichen Mittel gegen diese Entscheidung ergreifen.“

In der anschließenden Diskussion kochten die Emotionen hoch. Vertreter der Opposition warfen der Koalition vor, „ein mieses Spiel“ zu betreiben. Andreas Grüneisen,

Sprecher der Fraktion Gesundheit, erklärte: „Wir machen uns als DV mehr als lächerlich, wenn wir zum dritten Mal eine Wahlordnung ablehnen.“ Eva Müller-Dannecker (ebenfalls Fraktion Gesundheit) ergänzte, sie finde es bedenklich, wenn Gesetze ignoriert würden. Dem entgegnete Vizepräsident Elmar Wille (Liste Allianz): „Wir haben das vorgelegt, was der Senat für genehmigungsfähig hält, und der Souverän hat entschieden. Das muss man klar sagen, wir haben nur über die Wahlordnung entschieden und über sonst nichts. Und diese Wahlordnung ist grottenschlecht.“ Es könne zudem nicht sein, dass der DV eine Wahlordnung vorgelegt werde, über die nur mit Ja abgestimmt werden könne. „Wir sind doch keine Volkskammer“, fügte der Vorsitzende des BÄV-Verwaltungsausschusses hinzu (siehe Kasten).

Einigkeit herrschte offenbar bei den Mitgliedern der Fraktion Gesundheit, dass sie ebenfalls die neu zu schaffende Vertreterversammlung ablehnen. Ihnen sei es vielmehr um die Abschaffung der „Ämterkollision“ in Kammervorstand und BÄV-Ausschüssen gegangen. „Ich halte den Zustand der Ämterkollision für unhygienisch“, betonte Grüneisen und bekam Unterstützung von Julian Veelken und Eva Müller-Dannecker. Kammerpräsident Günther Jonitz (Marburger Bund) entgegnete: „Wenn Sie möchten, dass das Versorgungswerk funktioniert, dann müssen

gerade höchstrangige Kammerverehrer in den Aufsichtsgremien sitzen, da diesen mit Sicherheit genau auf die Finger geguckt wird.“ Die Kammergesetznovelle löse Probleme aus, die sie zu lösen vorgebe. Die DV hätte sich Vieles erspart, wenn drei Mitglieder der Fraktion Gesundheit nicht einen Brief an die Senatsverwaltung geschrieben hätten, in dem sie die vermeintliche Ämterkollision moniert hätten, erinnerte Jonitz.

Der Vizepräsident betonte, dass der Delegiertenversammlung mit der vorgelegten Wahlordnung die Hälfte ihrer Kompetenzen entzogen wird. Eine Wahlordnung, die der Vorstand gewollt hätte, hätte anders ausgesehen. Gerade deshalb sei es notwendig, eine Wahlordnung zu verabschieden, die von den Mitgliedern der Delegiertenversammlung auch getragen wird. Beispielsweise habe die Senatsverwaltung die vorgesehene Regelung, wonach der Vorsitzende der Vertreterversammlung von der DV gewählt würde, als nicht genehmigungsfähig bewertet. Mit dem gleichen Tenor sei danach auch der Vorschlag, nach dem Mitglieder der Vertreterversammlung immer auch DV-Mitglieder sein sollten, von der Senatsverwaltung abgelehnt worden.

Helmut Mälzer (Allianz) gab zu bedenken, dass der Senat gut beraten sei, auf die Gründe für die Ablehnung der Delegierten einzugehen, anstatt alles auf juristischem Wege durchzusetzen zu wollen.

Entscheidend wird jetzt sein, wie die Aufsichtsbehörde weiter vorgehen wird. Für die Arbeit des Versorgungswerkes ändert sich erst einmal nichts. Verwaltungs- und Aufsichtsausschuss arbeiten in gewohnter Art und Weise nach altem Recht weiter.

## Neu im Aufsichtsausschuss

Vor der Abstimmung über die Wahlordnung mussten die Delegierten bereits über eine Personalie im Aufsichtsausschuss der Ärzteversorgung entscheiden. Durch den Rücktritt von Kammerpräsident Jonitz war die Neuwahl eines Mitgliedes des BÄV-Aufsichtsausschuss notwendig geworden. Auf Vorschlag des Marburger Bundes wurde Peter Bobbert als Jonitz' Nachfolger als



## Knackpunkte der Wahlordnung

Die vorgelegte Wahlordnung für die Vertreterversammlung der Berliner Ärzteversorgung sah vor, dass insgesamt zwölf Mitglieder von der Delegiertenversammlung aus deren Reihen für vier Jahre gewählt werden. Die Vertreterversammlung soll wiederum die Mitglieder des Verwaltungs- und Aufsichtsausschuss wählen, über die sie die Kontrolle führt. Laut Wahlordnung wäre es zudem möglich, dass ein Mitglied der Vertreterversammlung aus der DV ausscheidet, aber weiterhin in der Vertreterversammlung bleibt. Die Delegiertenversammlung verliert damit die seit über 40 Jahren ausgeübte direkte Kontrolle über die Ärzteversorgung. Der Kammervorstand sieht darin einen massiven Demokratieverlust. Eine neue VV würde am Ende der Periode einer alten DV gewählt. Nach Wahl einer neuen DV könne es zu einer völligen Entkopplung kommen.

Heftig kritisiert wird von der Koalition (Marburger Bund, Allianz, Hausärzte) zudem die im Kammergesetz festgeschriebene Inkompatibilitätsklausel, die vorsieht, dass ÄKB-Vorstandsmitglieder nicht mehr im BÄV-Verwaltungs- und Aufsichtsausschuss sitzen dürfen. Dagegen hatten mehrere betroffene Vorstandsmitglieder vor dem Berliner Verfassungsgerichtshof erfolglos geklagt. Die Opposition (Fraktion Gesundheit) hält diese Ämtertrennung hingegen für sinnvoll und notwendig.

Mitglied des Aufsichtsausschusses mehrheitlich – bei zahlreichen nicht Teilnahmen der Fraktion Gesundheit – gewählt. Die Fraktion Gesundheit erklärte, dass aus ihrer Sicht die Wahl eines BÄV-Ausschussmitgliedes angesichts eventuell anstehender Neuwahlen nicht sinnvoll sei. Kammergeschäftsführer Michael Hahn klärte darüber auf, dass bis zum Inkrafttreten der neuen Wahlordnung das alte Recht gelte, wonach der Aufsichtsausschuss sofort nachbesetzt werden müsse. Im Vorfeld war bereits Vorstandsmitglied Matthias Albrecht (Marburger Bund) durch den Aufsichtsausschuss zum neuen Vorsitzenden gewählt worden.

Bisher wurden alle in der Ehezeit bei unterschiedlichen Rententrägern erworbenen Ansprüchen verrechnet. Nach dem neuen Gesetz werden alle erworbenen Ansprüche im jeweiligen Versorgungssystem hälftig geteilt. Das führt dazu, dass künftig geschiedene Ehegatten Anrechte in der BÄV erwerben werden, die BÄV also „Mitglieder“ bekommt, die keine Ärzte sind. Da berufsständische Versorgungswerke nur Mitgliedern der ÄKB bzw. approbierten Ärztinnen und Ärzten offen steht, wird für berufs fremde Ausgleichsberechtigte der Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenschutz bei durch Scheidung erworbenen

Anrechten ausgeschlossen. Im Gegenzug für diese Reduzierung wird das Anrecht in Abhängigkeit vom Alter des/der Ausgleichsberechtigten zum Zeitpunkt der Scheidung prozentual erhöht. Der Ausgleich wird also komplizierter.

Die Delegierten folgten den Ausführungen von Elmar Wille und verabschiedeten die Satzungsänderung einstimmig.

## Neue Weiterbildungsprüfer

Auf Vorschlag des Kammervorstandes verabschiedeten die Delegierten einstimmig eine Liste mit 1018 Prüfern für die Weiterbildungsprüfungen. Alle vorgeschlagenen Prüferinnen und Prüfer erfüllen die Kriterien zur Berufung. Die Delegierten diskutierten im Vorfeld darüber, welche Kriterien die Prüfer denn erfüllen müssten. Wie bereits durch die Weiterbildungsausschüsse festgelegt, sollten Prüfer, die länger als fünf Jahre aus dem Berufsleben ausgeschieden sind und keinen Patientenkontakt mehr haben, nicht mehr prüfen. Darin waren sich die Delegierten einig.

## Tätigkeitsbericht verabschiedet

Abschließend genehmigten die Delegierten bei einer Enthaltung den Tätigkeitsbericht 2008. Dieser präsentierte sich wie bereits im Vorjahr optisch und inhaltlich stark überarbeitet. Er wird demnächst auf der Homepage der Kammer zum Herunterladen oder Ausdrucken eingestellt werden. srd

ANZEIGE

## Versorgungsausgleich geändert

Mit gewohnter Ruhe und Sachlichkeit hatten die Delegierten zuvor über eine Satzungsänderung der Ärzteversorgung entschieden. Etwas, was künftig besagte Vertreterversammlung tun wird. Auslöser für die Änderung war ein neues Versorgungsausgleichsgesetz, das am 1. September in Kraft tritt und in der Ärzteversorgung berücksichtigt werden muss, wie Elmar Wille erläuterte. Im Rahmen von Ehescheidungen müssen daher die Anrechte nach einer völlig neuen Systematik verteilt werden.



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-Fortbildungskalender** auf der Homepage der Ärztekammer unter [www.aerztekammer-berlin.de](http://www.aerztekammer-berlin.de) (im Portal „Ärzte“/„Fortbildung“/„Fortbildungskalender“) recherchiert werden. Hier sind auch – soweit verfügbar – nähere Informationen zu Unterthemen

und Referenten sowie die Fortbildungspunktzahl und Kontaktdaten hinterlegt. Der Fortbildungskalender 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"> <li>07.09.–16.09.2009 (Kursteil A1)</li> <li>16.09.–25.09.2009 (Kursteil A2)</li> <li>02.11.–11.11.2009 (Kursteil B1)</li> <li>11.11.–20.11.2009 (Kursteil B2)</li> </ul>	Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr Kurs A, B: jeweils 920 € Kurse A1, A2, B1, B2: jeweils 460 €	60 P pro Kursteil
26.09.2009	8-Stunden-Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde im Strahlenschutz für die Röntgendiagnostik nach Röntgenverordnung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr jeweils 130 €	9 P
<ul style="list-style-type: none"> <li>Teil A: Allgemeine Grundlagen 04.09.–05.09.2009</li> <li>Teil B: Illegale Drogen 13.11.–14.11.2009</li> <li>Teil C: Alkohol, Nikotin und Medikamente 16.10.–17.10.2009</li> <li>Teil D: Motivierende Gesprächsführung 05.02.–06.02.2010</li> </ul>	Veranstaltungsreihe der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Suchtademie Berlin-Brandenburg zum Erwerb der Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“	DRK Kliniken Mitte Haus E Drontheimer Str. 39-40 13359 Berlin	Information: Ärztekammer Berlin Tel.: 40806-1301 und 40806-1303 Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 130 € je Kursteil (eine Ermäßigung für arbeitslose Ärzte, PJ-Studenten und Arzthelferinnen ist möglich)	15 P pro Teil
18.11.2009	Interdisziplinäres Forum MED-DENT Thema: Der Kindermund Veranstaltung des Philipp-Pfaff-Instituts in Zusammenarbeit mit der Zahnärztekammer Berlin und der Ärztekammer Berlin	Philipp-Pfaff-Institut Fortbildungseinrichtung der Landeszahnärztekammern Berlin und Brandenburg GmbH Altmannshäuser Str. 4-6 14197 Berlin	Information: Philipp-Pfaff-Institut Tel.: 414 725 0 Fax: 414 89 67 Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 48 €	4 P
30.11.–02.12.2009	Grundkurs im Strahlenschutz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 230 €	21 P
02.12.–04.12.2009 04.12.2009	Spezialkurs im Strahlenschutz - bei der Röntgendiagnostik - bei interventioneller Radiologie	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: Spezialkurs Röntgendiagnostik: 200 € Spezialkurs interventionelle Radiologie: 60 €	20 P (Spezialkurs Röntgendiagnostik) 5 P (Spezialkurs interventionelle Radiologie)
<b>TERMINPLANUNG: HERBSTKURS 2009</b>  3 Präsenzmodule: 07.09.–12.09.2009 02.11.–07.11.2009 07.12.–11.12.2009	Weiterbildungskurs „Ärztliches Qualitätsmanagement“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge des Eingangs berücksichtigt. (weitere Informationen s. S. 23)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1400 E-Mail: QM-Kurs2009@aekb.de Anmeldung erforderlich	50 P pro Modul
20.11.–21.11.2009	16-Stunden-Kurs „Qualifikation von Transfusionsbeauftragten und -verantwortlichen“ in Kooperation mit dem DRK-Blutspendedienst und der Charité – Universitätsmedizin Berlin	BITTE BEACHTEN / NEUER VERANSTALTUNGORT: Charité Campus Virchow-Klinikum Hörsaal 3 Augustenburger Platz 1 13353 Berlin	Information: Tel.: 40806-1401 E-Mail: r.drendel@aekb.de Anmeldung: Tel.: 80681-126 E-Mail: h.daehne-noack@blutspende.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 120 €	16 P
17.12.–19.12.2009	Intensivseminar Fallanalyse	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1401/1403 E-Mail: r.drendel@aekb.de Anmeldung erforderlich, Teilnehmergebühr: 500 €	25 P

## Workshop im Rahmen des 57. Ärztekongresses Berlin/ Charité Fortbildungsforum An und mit Leitlinien arbeiten

Die Veranstalter möchten mit dem Workshop eine Ära einleiten, die von einem intensiven Erfahrungsaustausch zwischen niedergelassenen und stationär tätigen Kollegen getragen ist. Absolute Praxisrelevanz soll dabei eine ebensolche Rolle spielen wie die aktuelle Aufbereitung neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse auf evidenzbasierter leitlinienorientierter Basis.

Nationale Versorgungsleitlinien setzen besonders da an, wo das Informationsdefizit und die Brüche in der Kommunikation am größten sind: an den Übergängen der Fachbereiche und Versorgungsstrukturen. Ihre Anwendung von Klinikern und Praktikern in gleicher Weise kann entscheidend dazu beitragen, dass aus Schnittstellen Nahtstellen werden. Außerdem sind diese Leitlinien Ausgangspunkt für ein Qualitätsmanagement, für die Festlegung von Qualitätsindikatoren, für Praxishilfen, die im Arzt-Patienten-Gespräch eingesetzt werden können und für Patientenleitlinien.

Was Nationale Versorgungsleitlinien leisten können, wie sie entstehen, welche Produkte man aus ihnen noch erstellen kann und wie ihre Qualität beurteilt werden kann, ist Bestandteil des interaktiven Workshops. Die Teilnehmer werden auch diskutieren, für welche Fragestellungen solche Versorgungsleitlinien „die“ Lösung sind und welche Fragen (derzeit noch?) offen bleiben.

### Referentin

Dr. med. Susanne Weinbrenner, MPH  
Bereichsleitung Evidenzbasierte Medizin und Leitlinien/ Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)

**Veranstaltungszeitpunkt/ -ort:** 10.09.2009 / 14:15-17:30 Uhr; Campus Virchow Klinikum, Lehrgebäude

**Information/Organisation:** [www.aerztekongressberlin-charite.de](http://www.aerztekongressberlin-charite.de)  
Tel.: 030 / 85 99 62-33; E-Mail: [aerztekongress@ctw-congress.de](mailto:aerztekongress@ctw-congress.de)  
Anmeldung erforderlich! / Mit 4 Fortbildungspunkten anerkannt.

## Kursangebot der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

Der 200 Stunden-Weiterbildungskurs *Qualitätsmanagement* nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin im Herbst 2009 als Kompaktkurs innerhalb von drei Monaten veranstaltet. Die drei intensiven Wochen der Präsenzphase werden durch eine 50-stündige Phase des Selbststudiums ergänzt. Ärzte haben die Möglichkeit, durch die Teilnahme an diesem Weiterbildungskurs und an einer anschließend erfolgreich abgelegten Prüfung vor der Ärztekammer Berlin die Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ zu erwerben. Für eine vertrauensvolle Arbeitsatmosphäre und die effektive Beteiligung jedes Einzelnen ist die Teilnehmerzahl begrenzt.

In den drei Präsenzphasen findet der Kurs jeweils **montags bis freitags von 9 bis 19 Uhr** und **samstags von 9 bis 16 Uhr** statt.

**Termine:**

<b>Präsenzwoche 1:</b>	07.09.2009 bis 12.09.2009
<b>Präsenzwoche 2:</b>	02.11.2009 bis 07.11.2009
<b>Präsenzwoche 3:</b>	07.12.2009 bis 12.12.2009

**Veranstaltungsort:** Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

### Weitere Informationen erhalten Interessenten:

telefonisch unter Tel.: 40 806-1207 (Organisatorisches) und  
Tel.: 40 806-1400 (Frau Markl-Vieto, Inhaltliches) oder  
per E-Mail: [QM-Kurs2009@aekb.de](mailto:QM-Kurs2009@aekb.de)



## Fortbildungsseminar „Medizin und Ökonomie“ „Krankenhausökonomie, allgemeine Einführung in die Finanzierungs- grundlagen (45 Std.)“

**5. – 9. Oktober 2009, Bundesärztekammer, Berlin**

Das Verständnis betriebswirtschaftlicher Abläufe in der stationären und ambulanten Versorgung ist für Ärztinnen und Ärzte in ihrer täglichen Arbeit von großer Bedeutung. Aufgrund einschneidender Veränderungen im Gesundheitswesen müssen Gesundheitseinrichtungen permanent ihre Prozess- und Arbeitsorganisation verbessern und ihre wirtschaftlichen und personellen Potentiale optimieren, um wettbewerbsfähig zu bleiben. Um ökonomische Prozesse zu verstehen und aktiv mitzugestalten, sind fundierte Kenntnisse im Bereich der Ökonomie notwendig.

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

Ziel der Fortbildung ist die Vermittlung der aktuellen ökonomischen Rahmenbedingungen in der stationären aber auch ambulanten Versorgung sowie neuer sektorenübergreifender Versorgungsformen und eine verbesserte Verständigung zwischen Arzt und Ökonom.

### Themen:

- Allgemeine Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitssystems
- Einführung in die Grundlagen der Betriebswirtschaft
- Change Management
- Aktuelle gesetzliche Rahmenbedingungen und Trends der stationären Versorgung in Deutschland – Welche Änderungen sind nach der Bundestagwahl zu erwarten?
- Zukunft der stationären Versorgung, Entwicklung der Trägerstrukturen, wirtschaftliche Aspekte
- Entwicklung und Aufbau der Selbstverwaltung und Stand und aktuelle Aufgaben einer Ärztekammer
- Medizinisch und ökonomisch relevante Entwicklungen auf europäischer Ebene
- MDK-Prüfung, Stichproben
- Grundlagen und Besonderheiten der Finanzierung im stationären Sektor G-DRG Fallpauschalenvergütung
- Rahmen ärztlicher Tätigkeit – Normen, Umsetzungen, praktische Tipps
- Medizinische Versorgungszentren
- Perspektiven des Gesundheitswesens, aus betriebswirtschaftlicher Sicht, aus Sicht der Ärzteschaft, eines Krankenhausbetreibers und eines GKV-Vertreters, Round Table-Gespräch

### Moderation:

Prof. Dr. Schlüchtermann, Universität Bayreuth,  
Dr. Bartmann, Ärztekammer Schleswig-Holstein

### Referenten:

Dr. Beelmann, Frau RÄin Berner, Prof. Dr. Brandis, Frau Prof. Dr. Dithmar, J. Gottschalk, Dr. Montgomery, R. Müller, Prof. Dr. Neubauer, Prof. Dr. h. c. Rebscher, M. Rudolphi, Dr. Schäfer-Gölz, Frau Dr. Stüwe, Dr. Velling, Dr. Wetzel

**Nähere Informationen erhalten Sie bei der Bundesärztekammer,  
Dezernat 1, Leiterin Frau Dr. Engelbrecht, Telefon: 030/400456-410  
E-Mail: [cme@baek.de](mailto:cme@baek.de)**

# Der aufwändige Weg zur guten Ausbildung

## Viele Neuerungen bei den MFA-Prüfungen und bei der Überbetrieblichen Ausbildung

Die Sicherstellung einer hochwertigen Ausbildung von Arzthelferinnen und Medizinischen Fachangestellten (MFA) gehört zu den Kernaufgaben der Ärztekammer Berlin. Am 1. August 2006 ist die Ausbildungsordnung für MFA in Kraft getreten. In der Abschlussprüfung im Sommer 2009 wurden nun nahezu alle Auszubildenden nach den Vorgaben dieser neuen Ausbildungsordnung geprüft. Diese führt im Vergleich zur alten Ausbildungsordnung zu einem erheblichen zeitlichen, personellen und infrastrukturellen Mehraufwand für die Ärztekammer Berlin und deren ehrenamtlich tätigen Ausschüsse. Nachfolgend möchten wir über die aktuelle Entwicklung und wesentliche Neuerungen informieren. Zahlreiche Veränderungen gibt es darüber hinaus auch bei der Überbetrieblichen Ausbildung, die erheblich gestrafft und modernisiert wurde.

### 1. Die Abschlussprüfung Medizinische/r Fachangestellte/r

#### 1.1. Änderungen in den Zulassungsvoraussetzungen

Die neue Ausbildungsordnung sieht vor, dass in der Ausbildung die Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten so vermittelt werden, dass die Auszubildenden zur Ausübung einer qualifizierten beruflichen Tätigkeit befähigt werden, die insbesondere selbständiges Planen, Durchführen und Kontrollieren sowie das Handeln im betrieblichen Gesamtzusammenhang einschließt.

Der bei der Ärztekammer Berlin eingerichtete Berufsbildungsausschuss hat den Vorgaben der Ausbildungsordnung unter anderem durch eine Änderung der Prüfungsordnung Rechnung getragen, die im Juni 2009 in Kraft getreten ist.

Die Prüfungsordnung sieht nun vor, dass die Ausbildungszeit nicht zurückgelegt ist, „...wenn der Auszubildende mehr als 45 Arbeitstage während der gesamten Ausbildungszeit in der Ausbildungsstätte gefehlt hat...“. Neben den Fehlzeiten in der Berufsschule sind künftig auch die Fehlzeiten in der Ausbildungsstätte für eine Zulassung zur Abschlussprüfung relevant. Bei der Anmeldung zur Abschlussprüfung ist eine Bescheinigung des ausbildenden Arztes über den Umfang der Fehlzeiten in der Praxis einzureichen.

Auch die Voraussetzungen für eine vorzeitige Zulassung zur Abschlussprüfung wurden neu gefasst. Künftig kann eine um einen Prüfungstermin vorgezogene Zulassung in der Regel erfolgen, wenn die bisherigen Leistungen in der Ausbildungsstätte „gut“ und die Leistungen in der Berufsschule in den bewerteten

Semestern im Durchschnitt mindestens „gut“ (2,0) gewesen sind. Der Gesamtnotendurchschnitt wird von der Schule unter Einbeziehung der Noten in den Fächern Medizinische Assistenz, Betriebsorganisation, Abrechnungswesen, Wirtschafts- und Sozialkunde, Kommunikation und in den absolvierten Projekten nach den Vorgaben der jeweils gültigen Berufsschulverordnung ermittelt. Ein Vorziehen um zwei Prüfungstermine kann erfolgen, wenn die bisherigen Leistungen in der Ausbildungsstätte „gut“ bis „sehr gut“ und die Leistungen in der Berufsschule in den bewerteten Semestern im Durchschnitt mindestens „1,5“ gewesen sind.

#### 1.2. Der schriftliche Teil der Abschlussprüfung

Die neue Ausbildungsordnung fordert die Bereitstellung von handlungsorientierten Fragen für die Zwischenprüfung sowie den schriftlichen Teil der Abschlussprüfungen. Die Prüfungen müssen erkennen lassen, inwieweit ein Prüfungskandidat über „Handlungskompetenz“ verfügt. Methodisch unterscheiden sich diese neuen Fragen deutlich von den bisherigen Fragen, die nach der Arzthelferinnen-Prüfungsordnung möglich waren.

Der Vorstand der Ärztekammer Berlin hat daher Prüfungsaufgabenausschüsse für die Auswahl und den Beschluss der schriftlichen Prüfungsaufgaben in den drei schriftlichen Prüfungsfächern (Behandlungsassistenz, Betriebsorganisation/-verwaltung, Wirtschafts- und Sozialkunde) berufen, die paritätisch mit fachkompetenten ehrenamtlich tätigen Mitgliedern (Arzt/Ärztin, Arzthelferin/Arzthelfer bzw. Medizinische/r Fachangestellte/r und Lehrer/Lehrerin) besetzt sind.

Zudem hat die Ärztekammer Berlin die Schaffung eines qualitätsgesicherten überregionalen Aufgabenpools für MFA-Prüfungen initiiert. Die elf teilnehmenden Landesärztekammern haben sich zügig auf die erforderlichen Rahmenbedingungen verständigt. Parallel wurden die technischen Notwendigkeiten für ei-

ANZEIGE



Foto: E. Piötter

ne Datenbank und ihre Nutzung geschaffen. Inzwischen sind circa 2.000 Prüfungsfragen im Fragenpool eingespeist worden, die nach vereinbarten Qualitätskriterien gesichtet und beurteilt werden.

### 1.3. Der praktische Teil der Abschlussprüfung

Auch für die Abnahme des praktischen Teils der Abschlussprüfung mussten komplexe, handlungsorientierte Prüfungsaufgaben entwickelt werden. Um angesichts der neuen Prüfungsanforderungen die Prüfungsgleichheit und -vergleichbarkeit zu gewährleisten, war die Etablierung einheitlicher Fach- und Qualitätsstandards in Form der Entwicklung standardisierter Prüfungsaufgaben unumgänglich. Der Vorstand der Ärztekammer Berlin hat auch hierfür zwei paritätisch besetzte Prüfungsausschüsse berufen, die bereits zur Prüfungskampagne im Winter 2008/2009 sehr erfolgreich ihre Arbeit aufgenommen haben. Zur Vorbereitung auf die verantwortungsvolle und zeitintensive Aufgabe der Erstellung praktischer Aufgaben wurde von der Ärztekammer für die Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder der Ausschüsse eine ganztägige Schulungsveranstaltung unter Einbeziehung eines spezialisierten externen Referenten organisiert.

### Ablauf des praktischen Teils der Prüfung

Der Prüfungskandidat hat zunächst zehn Minuten Zeit, sich in einem separaten Prüfungsraum mit dem Prüfungsausschuss vertraut zu machen und Lösungsansätze zu entwickeln. In der 75-minütigen Prüfungszeit muss der Prüfling dem Prüfungsausschuss den Ablauf des Behandlungsfalles präsentieren und die erforderlichen Verwaltungsaufgaben durchführen. Das abschließende Fachgespräch bezieht sich auf die vorangegangene Präsentation. Der Prüfungs-

teilnehmer soll in diesem Teil der Prüfung seine Prüfungsleistung kritisch reflektieren und ggf. Verbesserungsmöglichkeiten seines eigenen Handelns und Lösungsalternativen darstellen.

Während der Prüfung übernimmt ein Proband die Rolle des Patienten und simuliert das Geschehen in der ärztlichen Praxis.

Die Ausstattung der Prüfungsräume soll die Ausstattung in der ärztlichen Praxis im Kleinen widerspiegeln. Den Prüfungsausschüssen und Prüfungskandidaten werden alle für die Durchführung des praktischen Teils der Abschlussprüfung unter Umständen erforderlichen Materialien und Utensilien bereitgestellt, zum Beispiel eine mit Labor- und Verbandsmaterial ausgestattete „stumme Schwester“, EKG-Gerät, Lungenfunktionsgerät, Inhalationsgerät sowie alle erforderlichen Formulare und die gängigen Praxisprogramme.

### Mündliche Ergänzungsprüfung

Eine mündliche Ergänzung der schriftlichen Prüfungen ist für auszubildende Medizinische Fachangestellte auf Antrag nur noch in einem der mit mangelhaft bewerteten schriftlichen Prüfungsbereiche möglich. Der Prüfungsbereich ist vom Prüfungsteilnehmer zu bestimmen. Der Antrag ist vom Prüfungsteilnehmer schriftlich innerhalb einer

ANZEIGEN



Woche nach Bekanntgabe der Ergebnisse des schriftlichen Teils der Prüfung gegenüber der Ärztekammer zu stellen. In dem Antrag ist anzugeben, in welchem mit „mangelhaft“ bewerteten Prüfungsbereich der Prüfungsteilnehmer die mündliche Ergänzungsprüfung ablegen möchte. Das Ergebnis des schriftlichen Teils der Prüfung wird mit dem Ergebnis der mündlichen Ergänzungsprüfung 2:1 gewichtet.

Die Ärztekammer händigt den erfolgreichen Prüfungskandidaten in der Regel noch am Prüfungstag ihr Prüfungszeugnis und ihren Brief „Medizinische/r Fachangestellte/r“ aus. Die Zeugnisse und Briefe werden grundsätzlich nicht versandt. Die Ausgabe findet üblicherweise in den Räumlichkeiten der Ärztekammer am späten Nachmittag der Prüfungstage statt.

### Bestehensregelungen (§ 22 Prüfungsordnung)

#### Absatz 1:

Innerhalb des schriftlichen Teils der Prüfung sind die Prüfungsbereiche wie folgt zu gewichten:

1. Prüfungsbereich  
Behandlungsassistenz 40 %,
2. Prüfungsbereich Betriebsorganisation  
und -verwaltung 40 %,
3. Prüfungsbereich Wirtschafts- und  
Sozialkunde 20 %.

#### Absatz 3:

Die Prüfung ist bestanden, wenn:

1. im schriftlichen Teil der Prüfung unter Berücksichtigung der Gewichtung nach Absatz 1 und im praktischen Teil der Prüfung jeweils ausreichende Prüfungsleistungen erbracht sind, sowie
2. innerhalb des schriftlichen Teils der Prüfung in mindestens zwei Prüfungsbereichen mindestens ausreichende Prüfungsleistungen erbracht sind.

### 1.4. Zeitlicher Aufwand des praktischen Teils der Prüfung

Die Prüfungen nach den Vorgaben der neuen Ausbildungsordnung führen im Vergleich zu den Prüfungen nach der alten Ausbildungsordnung für Arzthelferinnen zu einem erheblichen zeitlichen, personellen und infrastrukturellen Mehraufwand für die Ärztekammer Berlin und deren ehrenamtlich tätigen Ausschüsse.

Die anspruchsvollen zeitlichen Prüfungsvorgaben der neuen durch das zuständige Bundesministerium erlassenen Ausbildungsordnung führen zu einer deutlichen Verlängerung der Prüfungsdauer pro Prüfungstag. Zugleich kommt es zu einer erheblichen Verlängerung der gesamten Prüfungsdauer pro Prüfungskampagne. Während die Praktischen Übungen der Arzthelferinnen für drei Prüfungskandidaten circa 45 Minuten dauerten, fordert die Ausbildungsordnung für Medizinische Fachangestellte nunmehr eine 75-minütige Einzelprüfung.

Während der gerade abgeschlossenen Prüfungskampagne Sommer 2009 wurden insgesamt 320 Auszubildende zur/ zum Medizinischen Fachangestellten geprüft. Der praktische Teil der Abschlussprüfungen fand über einen Zeitraum von 3 Wochen (15. Juni 2009 bis 3. Juli 2009) täglich statt. In der Regel haben pro Tag 4 Prüfungsausschüsse parallel geprüft, jedem Ausschuss waren täglich 6 Prüflinge zugewiesen. Ab 7.00 Uhr wurden den Prüfern von der Ärztekammer die Prüfungsaufgaben des jeweiligen Tages und die fertig eingerichteten Prüfungsräume zur Verfügung gestellt. Die Prüfungen dauerten täglich bis circa 17.00 Uhr. Die Administration und Nachsorge der Prüfungen durch die Mitarbeiterinnen der Ärztekammer und die Vorbereitung der Prüfungen der Folgetage zogen sich bis mitunter 19.00 Uhr hin. Zudem wurden die Prüfungsausschüsse an den Prüfungstagen durch die ständig präsenten Mitarbeiterinnen der Fachabteilung unterstützt.

Knapp 30 Auszubildende haben ihre Abschlussprüfung noch nach der „alten“

Arzthelferinnen-Ausbildungsordnung abgelegt.

### 1.5. Prüfungsausschüsse für die Abnahme der Prüfungen

Um den Vorgaben der Ausbildungsordnung unter Berücksichtigung der Belastung der ehrenamtlich tätigen Prüfer in einem angemessenen zeitlichen Rahmen Rechnung tragen zu können, hat der Vorstand der Ärztekammer Berlin in seiner Sitzung am 30. März 2009 bzw. 20. April 2009 zusätzlich zu den bereits 15 berufenen Prüfungsabnahmeausschüssen insgesamt 10 neue Ausschüsse für die Abnahme des praktischen Teils der Abschlussprüfung Medizinische/r Fachangestellte/r berufen, die ebenfalls paritätisch besetzt sind. Alle Ausschüsse haben bereits in dieser Sommer-Prüfungskampagne ihre ersten Prüfungen Medizinische/r Fachangestellte/r abgenommen.

In Vorbereitung auf ihre Tätigkeit als Prüfer Medizinische/r Fachangestellte/r hat die Ärztekammer für ihre ehrenamtlich tätigen Ausschussmitglieder bisher insgesamt drei gezielte Schulungs- und Seminarveranstaltungen angeboten. Jeweils vor dem praktischen Teil der Abschlussprüfung wurden die Prüfungsausschussmitglieder – teilweise unter Einbeziehung eines externen Referenten – in der Abnahme praktischer Prüfungen, im handlungsorientierten Prüfen und in der Bewertung von Prüfungsleistungen auf der Grundlage der Prüfungsordnung geschult. Am 5. und 6. Juni 2009 fand vorbereitend auf die erste große Prüfung Medizinische/r Fachangestellte/r noch einmal für alle Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder der Prüfungsabnahmeausschüsse ein zweitägiges Seminar statt, in dem unter anderem auch die Abnahme einer praktischen Prüfung simuliert wurde.

Die Ärztekammer plant, auch in Zukunft für ihre Prüfungsausschüsse regelmäßig Seminare zur Prüfungsvorbereitung anzubieten und damit die ehrenamtlich tätigen Prüfer in ihrer Arbeit zu unterstützen und Abschlussprüfungen zu ermög-



lichen, die den Anforderungen der neuen Ausbildungsordnung gerecht werden. Eine Zertifizierung der Seminarveranstaltungen als ärztliche Fortbildungsveranstaltungen ist angestrebt.

## 1.6. Weitere rechtliche Anpassungen

Neben der bereits oben erwähnten Änderung der Prüfungsordnung sind zwei wesentliche Anpassungen geplant und teilweise auch schon umgesetzt worden:

Die Entschädigungsregelung für die Mitglieder der Prüfungsausschüsse ist in einigen Punkten angepasst worden. Damit soll der Mehrbelastung bei der Prüfungsabnahme sowie der verantwortungsvollen Tätigkeit der Fragen- und Aufgabenstellung Rechnung getragen werden.

Aufgrund der anspruchsvollen Vorgaben in der neuen Ausbildungsordnung sind die Aufwendungen für die Prüfungen Medizinische/r Fachangestellte/r erheblich angestiegen. Die spezifischen Kosten, die für die Abnahme der schriftlichen und praktischen Abschlussprüfung auf einen Prüfungskandidaten entfallen, haben sich mehr als verdoppelt. Der höchste Anteil entfällt dabei auf die aufgrund des zu leistenden zeitlichen Mehraufwands zu zahlenden Entschädigungen. Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin hat daher eine Anhebung der Gebühren

für die Abschlussprüfung beschlossen. Eine entsprechende Änderung der Gebührenordnung wird daher noch in diesem Jahr erfolgen.

## 2. Neugestaltete Überbetriebliche Ausbildung

Des Weiteren haben sich die zuständigen Gremien der Ärztekammer Berlin mit der überbetrieblichen Ausbildung befasst und eine inhaltliche und organisatorische Neuausrichtung beschlossen. Bezüglich der Einzelheiten wird auf das Interview mit Frau Dr. Held verwiesen.

Weitere Informationen zur Weiterführung der neu konzipierten Überbetrieblichen Ausbildung wird die Ärztekammer Auszubildenden und Auszubildenden demnächst schriftlich zukommen lassen. Auszubildende, die bereits Kursmodule der bisherigen Überbetrieblichen Ausbildung wahrgenommen haben, werden ohne Mehraufwand und Mehrkosten in die neue Überbetriebliche Ausbildung überführt werden.

Die Ärztekammer Berlin bedankt sich bei allen ehrenamtlich tätigen Ausschussmitgliedern für ihren persönlichen Einsatz und ihr Engagement bei der Fragenerstellung, Aufgabenentwicklung und Prüfungsabnahme.

Versender:

Abteilung 3/Berufsbildung ÄKB

ANZEIGE



Foto: Brot für die Welt

### Lateinamerika

#### „Fair“-ändern: Bäuerliche Landwirtschaft stärken

Die weltweit produzierten Nahrungsmittel könnten die gesamte Weltbevölkerung ernähren. Aber immer noch hungern über 850 Millionen Menschen. Wir setzen uns mit unseren Projektpartnern für die am meisten betroffenen Menschen in den ländlichen Gebieten des Südens ein: Für faire Handelsbeziehungen, eine gerechte Verteilung sowie nachhaltige und ökologische bäuerliche Landwirtschaft, die den Lebensunterhalt sichert. **Mit Ihrer Unterstützung können wir die Welt ein Stück „fair“-ändern.**

**Brot  
für die Welt**  
www.brot-fuer-die-welt.de

Postbank Köln  
Konto 500 500 500  
BLZ 370 100 50  
Kennwort:  
Gerechtigkeit

ANZEIGEN



Foto: privat

## INTERVIEW

mit Dr. med. Regine Held

**Die Überbetriebliche Ausbildung der Arzthelferinnen und Medizinischen Fachangestellten ist erheblich gestrafft worden. BERLINER ÄRZTE sprach mit Dr. med. Regine Held, ÄKB-Vorstandsmitglied und Vorsitzende des Berufsbildungsausschusses, über die Gründe der Überarbeitung und die Vorteile für Auszubildende und Ausbilder.**

**BÄ:** Frau Dr. Held, was war der Anlass, die Überbetriebliche Ausbildung der Arzthelferinnen und Medizinischen Fachangestellten so stark zu überarbeiten?

**Held:** Die Überbetriebliche Ausbildung als Teil der praktischen Ausbildung gibt es an der ÄKB seit dem 1. September 2003. Mit der Durchführung war der Ausbildungsring Potsdam-Brandenburg beauftragt. Der Vertrag läuft zum 31. August 2009 aus. Es bestand die Frage der Weiterführung unter Berücksichtigung der bisherigen Erfahrungen. Manche ausbildende Kammerangehörige haben moniert, dass zum Teil berufsschulischer Unterricht wiederholt wurde. Die Überbetriebliche Ausbildung sei nicht immer praktisch genug, bestimmte Lehrinhalte schlicht überflüssig. Im Übrigen sei die Anzahl der Module, für deren Besuch die Auszubildenden freizustellen sind, zu hoch. Schließlich seien die Auszubildenden bereits zwei Mal pro

## „Typische Ausbildungsdefizite werden beseitigt“

Woche in der Berufsschule. Die Lehrgangstage würden vor diesem Hintergrund mit sechs Stunden nicht effizient genutzt.

**BÄ:** Was wurde im Detail verbessert?

**Held:** Es werden nicht mehr alle Inhalte der Ausbildungsordnung abgebildet. Die Überbetriebliche Ausbildung richtet sich inhaltlich stärker auf die Kompensation typischer Ausbildungsdefizite. Die Lehrgangsmodule werden in den 3 Ausbildungsjahren von bisher 14 auf 6 reduziert, die Dauer der einzelnen Lehrgangstage wird von 6 auf 8 Zeitstunden erhöht, wichtige Lehrinhalte werden wiederholt. Es geht deutlich mehr um die Vermittlung fachpraktischer Fertigkeiten. Die Anforderungen an die Ausstattung der Lehrstätten und die Qualifikation des Lehrpersonals wurden erhöht. Ein 7. Modul zur Vorbereitung der Abschlussprüfung soll es kostenfrei an einem Samstag an der Ärztekammer Berlin geben.

**BÄ:** Was sind die Vorteile für die Auszubildenden?

**Held:** Mit dem Inkrafttreten der Ausbildungsordnung für Medizinische Fachangestellte am 1. August 2006 sind die Anforderungen an die Auszubildenden gestiegen. Im Rahmen der Überbetrieblichen Ausbildung werden Inhalte vermittelt, die in der Regel an der Ausbildungsstätte nicht, nicht vollumfänglich oder nicht hinreichend fachtheoretisch unterfüttert vermittelt werden können und auch im Unterricht der berufsbildenden Schulen nicht verortet sind. Aus den diesjährigen praktischen Prüfungen im Juni weiß ich, dass viele Auszubildende sehr dankbar über die Vermittlung der praktischen Fertigkeiten in den Kursen der überbetrieblichen Ausbildung waren.

**BÄ:** Und was haben die Ausbilder/innen davon?

**Held:** Die Ausbilder müssen ihre Auszubildenden nur noch sechs Mal in den drei Jahren für die überbetriebliche Ausbildung frei stellen. Das erste Modul beginnt frü-

hestens zehn Monate nach dem Beginn des Ausbildungsvertrages, so dass die Probezeit vorbei ist und bereits erste praktische Kenntnisse und Fertigkeiten in den Praxen erworben werden konnten. Des Weiteren wird das neue Konzept für den Ausbilder auch kostengünstiger.

**BÄ:** Die Überbetriebliche Ausbildung wird erheblich gestrafft. Führt das nicht zu Einbußen bei der Qualität?

**Held:** Nein. Die Qualität wird gesichert durch eine aufwendigere Ausstattung der Einrichtung. Es wird deutlich mehr Geräte gleicher Art geben, damit häufiger und intensiver geübt werden kann. Die Kursgröße ist auf maximal 20 Auszubildende beschränkt. Für intensive praktische Lehrinhalte ist ein Rotationsprinzip vorgesehen sowie die Anwesenheit mehrerer Dozenten. An die Qualifikation der Dozenten wurden differenzierte Bedingungen gestellt. Zum Zwecke der Qualitätsprüfung wird die Ärztekammer während des Unterrichts Hospitationen durchführen. Es werden regelmäßig Evaluationen erfolgen.

**BÄ:** Der Vertrag mit dem Ausbildungsring Berlin-Brandenburg endet am 31. August. Können Sie schon etwas zum Nachfolger für die Durchführung der Überbetrieblichen Ausbildung sagen?

**Held:** Die Delegiertenversammlung hat am 1. April 2009 beschlossen, dass die Überbetriebliche Ausbildung der Ärztekammer Berlin für auszubildende Medizinische Fachangestellte fortgeführt werden soll. Der Vorstand wurde beauftragt, die Überbetriebliche Ausbildung zum 1. Februar 2010 neu auszuschreiben. Der Vorlage wurde am 6. Juli 2009 zugestimmt, so dass ein Nachfolger noch nicht bekannt sein kann. Soweit ich informiert bin, soll es aber mehrere interessierte Bewerber geben.

**BÄ:** Frau Dr. Held, vielen Dank für das Gespräch.

Das Interview führte BÄ-Redakteur Sascha Rudat.

## Neue Prüfungstermine für Medizinische Fachangestellte / Arzthelferinnen

Die Ärztekammer Berlin führt die nächste **Zwischenprüfung** für Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen am **13. Oktober 2009** in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin (Kreuzberg), durch. Teilnahmeverpflichtet sind alle Auszubildenden, die zu diesem Zeitpunkt die Hälfte ihrer Ausbildungszeit zurückgelegt haben. Anmeldeschluss ist der **4. September 2009**. Die erforderlichen Anmeldeformulare werden den ausbildenden Ärzten Anfang / Mitte August übersandt.

Die **Abschlussprüfungen** im Winter 2009/2010 für Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen finden an folgenden Tagen statt:

Schriftlicher Teil der Prüfung:

**1. Dezember 2009 und 2. Dezember 2009**

Praktischer Teil der Prüfung:

**11. Januar 2010 bis 30. Januar 2010**

Auch die Abschlussprüfungen werden in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin (Kreuzberg), abgenommen. Ärzte werden gebeten, ihre Auszubildenden bis spätestens zum **4. September 2009** mit allen erforderlichen Unterlagen anzumelden: Anmeldeformular, Berichtsheft (schriftlicher Ausbildungsnachweis) oder die schriftliche Bestätigung des Auszubildenden, dass das Berichtsheft (der Ausbildungsnachweis) geführt wurde, Kopie der Zeugniskarte vom OSZ Gesundheit, Bescheinigung des ausbildenden Arztes über den Umfang der Fehltag in der Praxis. Die erforderlichen Anmeldeformulare werden den ausbildenden Ärzten Anfang / Mitte August übersandt.

Die vorgezogenen Abschlussprüfungen finden ebenfalls am **1. Dezember und 2. Dezember 2009** (schriftlicher Teil der Prüfung) sowie vom **11. Januar 2010 bis 30. Januar 2010** (Praktischer Teil der Prüfung) statt. Die formlosen Anträge müssen mit den erforderlichen Unterlagen (Befürwortung oder Stellungnahme des Ausbilders, Befürwortung der Schule, Kopie der Zeugniskarte vom OSZ Gesundheit, Bescheinigung über den erzielten Notendurchschnitt vom OSZ Gesundheit und Berichtsheft (schriftlicher Ausbildungsnachweis) oder die schriftliche Bestätigung des Auszubildenden, dass das Berichtsheft (der Ausbildungsnachweis) geführt wurde, Bescheinigung des Arztes über den Umfang der Fehltag in der Praxis) ebenfalls bis zum **4. September 2009** eingereicht werden.

Bei der Durchführung der Prüfung werden die besonderen Verhältnisse behinderter Menschen berücksichtigt. Bitte senden Sie ggf. eine Bescheinigung über Art und Umfang einer Behinderung ein.

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

# Medizinische Behandlungsfehler – kein Tabuthema mehr

Von Ulrike Hempel

**Die Fehlerkultur innerhalb der Ärzteschaft hat sich in den letzten Jahren verändert: Immer mehr Ärzte sprechen über „critical incidents“, unerwünschte Behandlungsverläufe. Das ist ein Ergebnis der Studie „Qualitätsmanagement in der ärztlichen Praxis 2009“, die von der „Stiftung Gesundheit“ im Juni veröffentlicht wurde. An der Studie nahmen 985 Ärzte teil. Trotz Bemühungen um Fehlervermeidung und ein verbessertes Fehlermanagement: Behandlungsfehler kommen vor, gibt der Großteil der befragten Ärzte an. 41 Prozent der Mediziner machen demzufolge „einmal pro Jahr“ einen Fehler, bei knapp einem Drittel (31 Prozent) kommen unerwünschte Behandlungsverläufe „einmal pro Woche“ bis „einmal pro Monat“ vor. Fehler mit Patientenschaden sind hingegen nach Auskunft der Ärzte seltener: 36 Prozent sagen „einmal im Jahr“, „einmal im Monat“ und „einmal pro Woche“ geben insgesamt 29 Prozent der Befragten an.**

**J**a, Ärzte machen Fehler und sie reden darüber! Um eine wirkliche Sicherheitskultur und mehr Offenheit im Gesundheitswesen zu erreichen, sind Kampagnen wie „Aus Fehlern lernen“, die das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) im vergangenen Jahr initiierte, notwendig. In der gleichnamigen Broschüre schildern Autoren aus ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Berufen Situationen, in denen ihnen Fehler unterlaufen sind. Sie legen dar, welche Folgen ihre Fehler hatten, was sie selbst aus den Fehlern gelernt haben und inwieweit andere daraus lernen können. Die Autoren – einige von ihnen in führenden Positionen im Gesundheitswesen, unter anderen der Berliner Kammerpräsident – geben wichtige Impulse für einen patientenorientierten Umgang mit Behandlungsfehlern.

„Behandlungsfehler sind für alle Beteiligten – Patienten, Ärzte und Pflegende – sehr belastend“, sagt Simone Ehm von der Evangelischen Akademie zu Berlin. „Medizinische Behandlungsfehler – Was hilft Patienten und Ärzten?“, diese Frage diskutierten Patienten mit Experten aus Wissenschaft, Politik, Gesundheitswesen und Justiz auf der gemeinsamen Veranstaltung der Patientenbeauftragten der Bundesregierung, der Evangelischen Akademie

zu Berlin und der Alexandra-Lang-Stiftung für Patientenrechte Ende Mai. „Momentan fehlt die öffentliche Auseinandersetzung mit dem Thema Behandlungsfehler zwischen Laien und unterschiedlichen Expertengruppen“, kritisierte Ehm. Die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Helga Kühn-Mengel, MdB, appellierte: „Wir müssen Fehler als Erkenntnisquelle nutzen, um ihre Wiederholung möglichst zu vermeiden. Mindestens ebenso wichtig ist, dass Patientinnen und Patienten, die Opfer eines Behandlungsfehlers geworden sind, zügig eine angemessene Entschädigung erhalten. Behandlungsfehlerprozesse dauern leider oft Jahre.“

Gerechtigkeit ist subjektiv, meinte Dr. med. Christian

Thomeczek, Arzt und Geschäftsführer des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ), Berlin. „Ich weiß, was das deutsche Gesundheitssystem leisten kann, aber auch, wo die Risiken liegen.“ Im internationalen Vergleich sei festzustellen, dass die Patienten in Deutschland durchaus Gerechtigkeit im System erfahren, so Thomeczek. Patienten hätten jederzeit die Möglichkeit, den Vorwurf eines Behandlungsfehlers und eines Behandlungsschadens geltend zu machen. Auch wenn die praktische Umsetzung für sie dann zwei, drei oder vier Jahre dauere – in diesem Zeitraum werde die weitere Behandlung ja keinesfalls ausgesetzt. „Der Vorwurf, eine Krähe hackt der anderen kein Auge aus, gilt schon lange nicht mehr.“ Die Annahme, man sei bei Schäden in Folge von Behandlungsfehlern mit Kosten und weiteren notwendigen Behandlungen allein gelassen, existiert in Deutschland nicht. Bis auf wenige Ausnahmen kann das Netz von Kranken-, Unfall-, Renten- und



Foto: Fotolia

Pflegeversicherung die direkten Kosten und damit die materiellen Sorgen doch weitestgehend auffangen, erläuterte der Experte. In der Diskussion um Behandlungsfehler müssen viele Aspekte berücksichtigt werden. Sie können unter anderem entstehen: durch organisatorische Unzulänglichkeiten, zum Beispiel Verfahren, Institutionen, Schnittstellen, Ablauf, Kommunikation etc. oder durch technische Unzulänglichkeiten etwa von Geräten und Wirksubstanzen sowie durch unzureichende Sorgfalt von Ärzten bzw. Therapeuten. Man könne in Deutschland nicht von einer Defensivmedizin sprechen.

Thomeczek wies für ein erfolgreiches Management eines Behandlungszwischenfalls auf die Publikation „Kommunikation: »Schritt 1« zur Patientensicherheit – auch nach dem unerwünschten Ereignis“ hin.<sup>1)</sup> Der Artikel gibt konkrete Hinweise für die Kommunikation mit Patienten und Angehörigen nach einem Zwischenfall.

Neben den rechtlich relevanten Aspekten werden drei Punkte hervorgehoben:

- Tatsachen berichten ist **n i c h t** Schuld anerkennen.
- Mit dem Patienten über einen Zwischenfall sprechen ist **k e i n** Schuldanerkennen.
- Sein Bedauern über einen Zwischenfall aussprechen ist **k e i n** Schuldanerkennen.

Professor Dr. Hartmut Kreß von der Evangelisch-Theologischen Fakultät, Abteilung Sozialethik der Universität Bonn, zog am Ende der zweitägigen Veranstaltung folgendes Fazit: Behandlungsfehler und die Gewährleistung der Patientensicherheit sind im Licht des Grundrechts von Patienten auf Gesundheitsschutz und auf bestmögliche gesundheitliche Versorgung zu sehen. „Es wäre aber eine Engführung, die Verantwortung für Behandlungsfehler allein bei einzelnen Ärzten zu suchen.“

Die Anwesenden waren sich einig: Der Weg zum offenen Umgang mit Behandlungsfehlern führt über den Wandel der Frage „Wer war Schuld?“ in „Wie konnte es dazu kommen?“ Diese Erkenntnisse gilt es künftig auszubauen und flächendeckend in den Behandlungsalltag einfließen zu lassen.

Verfasserin:

Ulrike Hempel  
Medizinjournalistin

<sup>1)</sup>Thomeczek, C., D. Hart, M.-A. Hochreutener, J. Neu, F.-M. Petry, P. Ollenschläger, S. Sängler und O. Frank: Kommunikation: »Schritt 1« zur Patientensicherheit – auch nach dem unerwünschten Ereignis, in: chir. praxis 70, 691–700 (2009) Hans Marseille Verlag GmbH München. Der Artikel ist Ergebnis der Zusammenarbeit vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin, Berlin; Institut für Gesundheits- und Medizinrecht, Aktionsbündnis Patientensicherheit der Universität Bremen; der Stiftung für Patientensicherheit, Zürich; der Schlichtungsstelle der Norddeutschen Ärztekammern, Hannover; und der Ecclesia Versicherungsdienst GmbH, Detmold.



# Das mediomusikalische Wunder von Berlin

Ganz schön anspruchsvoll, das Programm ebenso wie der Ort des Geschehens! Wie klingt es, wenn 120 Ärzte aus 20 verschiedenen Ländern nach nur wenigen Tagen intensiver gemeinsamer Proben ein Konzert in der Philharmonie geben? Mozarts Sinfonia concertante in Es-Dur klang wundervoll. Vielleicht aber nur, so dachte man, wegen der Virtuosität der beiden professionellen Solistinnen, die mitreißend spielfreudig waren und harmonisch interagierten? Denn Tanja Becker-Bender (Violine) und Aida-Carmen Soanea (Viola) mussten hier dominieren und das World Doctors Orchestra nahm sich gebührend zurück – eine Schar von „Assistenzärzten“, die den Protagonistinnen ebenso heftig applaudierten wie das Publikum.

Dann erwartete man aber doch etwas bange Mahlers Fünfte. Muss ein Amateurorchester sich ausgerechnet an einen solchen Brocken wagen? Ist der Dirigent, der Charité-Sozialmediziner Stefan Willich (s. Interview BERLINER ÄRZTE Heft 5/2009) da nicht allzu ehrgeizig? „Wir alle hatten Sorge, dass wir den Mahler nicht stemmen“, sagte uns hinterher Karl E. Bergmann, Pädiatrieprofessor im Ruhestand, immer noch forschender Epidemiologe und – nach drei Jahrzehnten Pause – seit sieben Jahren wieder Geiger (3. Pult im World Doctors Orchestra, mit dem er schon vor einem halben Jahr in Cleveland spielte).

Sie haben den Mahler tatsächlich gestemmt, nicht nur die dramatischen Stellen, wo Blech und Schlagzeuge einiges hätten zudecken können, sondern auch die leisen lyrischen Passagen – fast ein Wunder. „Meine Geigenlehrerin war völlig baff“, erzählt Bergmann. Auch Mahler-Fans aus dem Auditorium, wie Bruno Müller-Oerlinghausen (langjähriger Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und Flötist) bewunderten die „enorme Leistung“ dieses temporären Ensembles. Nur wenige Professionelle mussten die Ärztinnen und Ärzte unterstützen, an Harfe, Schlagzeug und als Konzertmeister. Selbst das Trompetensolo am fulminanten Anfang der Mahler-Sinfonie wurde von einem Orthopäden geblasen – makellos.

Es war das dritte Benefizkonzert des Weltärzteorchesters und der sechste Auftritt, denn jedesmal spielt es, mit demselben Programm, auch kostenlos vor Patienten; diesmal in der Glashalle des Virchow-Klinikums. Nicht nur die musikalische Leistung war enorm, auch der persönliche Einsatz der musizierenden Ärzte, die teils um die halbe Welt fliegen und alle Kosten selbst tragen. Ohne großzügiges Sponsoring wär's trotzdem nicht gegangen; auch nicht ohne die von den Spielern hochgelobte präzise Organisation, die sie Willichs Mitarbeiterin Anne Berghöfer verdanken. Als Nervenärztin hatte sie besonders gute Voraussetzungen für den Umgang mit Stress und mit sensiblen Künstlerseelen in Hochspannung.

Tausend Probleme waren zu lösen. Nicht nur der Versand der Noten, Proben- und Stadtpläne oder das Quartiermachen, auch die Transporte der Medicomusiker und ihrer Instrumente innerhalb der Stadt zur Probenarbeit (die von Berliner Berufsmusikern wirksam unterstützt wurde) in der heißen „Kalkscheune“ und

zu den Konzerten. Und dann noch die Details: Ein Berliner Cello für einen australischen Arzt, um einen teuren zweiten Platz im Flieger zu sparen, so etwas war vorzuplanen. Schwieriger war es, binnen einer Stunde eine Geige zu besorgen, weil ein Orchestermittglied durch ein Missverständnis ohne die eigene kam. Dann noch die Spezialwünsche der 120 Individualisten, oder Probleme wie das des italienischen Hausarztes, der samt Kontrabass in seinem kleinen Fiat ohne Umweltplakette in die Innenstadt wollte und prompt in eine Kontrolle geriet. „Alles war eine gigantische Herausforderung, aber es gab eine wunderbare Belohnung: das Konzert“, sagt Anne Berghöfer.

Einen Heimvorteil hatten die Berliner Ärzte. Sie waren zahlreich vertreten. Kein Wunder bei dem Nährboden in einer Stadt mit vier Medizinerorchestern: dem Berliner Ärzteorchester, den Musici Medici, dem Orchester Äskulap Berlin und dem Orchester Benjamin Franklin – nicht gerechnet die vielen anderen Amateurorchester, in denen auch Ärzte spielen (Auskunft beim Landesverband Berlin-Brandenburgische Liebhaberorchester e.V., [www.lbbbl-ev.de](http://www.lbbbl-ev.de)). Die Berliner beherbergten einen Teil der ausländischen Kollegen. In der herzlichen Atmosphäre des gemeinsamen Musizierens entstanden viele Freundschaften. Die Bergmanns zum Beispiel werden demnächst den Cellisten, der bei ihnen zu Gast war, in Wales besuchen.

Bei diesem 3. Benefizkonzert wurden etwa 1600 Karten verkauft. Einen Teil der Einnahmen erhält wie immer die Hugo Tempelmann-Stiftung eines niederländischen Allgemeinarztes, die in dem südafrikanischen Township Elandsdoorn hilft, rund 160.000 Menschen in der einzigen Poliklinik zu versorgen und die erfolgreich gegen AIDS vorgeht. Der andere Teil geht jedes Mal an ein anderes weltanschaulich neutrales Hilfsprojekt für Menschen aus aller Welt mit Sitz am Konzert-Ort; diesmal an das Berliner Zentrum für Folteropfer.

Rosemarie Stein

ANZEIGE

## Dieter Scheffner zum Gedenken

**A**m 24. Juni 2009 ist Professor Dr. med. Dr. h.c. Dieter Scheffner verstorben. Neben seiner klinischen Tätigkeit als Leiter der Neuropädiatrie der Kinderklinik der Freien Universität Berlin, erwarb er sich nach seinem Wechsel aus Heidelberg, im Jahre 1987, in Berlin vor allem Respekt und Anerkennung durch seine über drei Amtsperioden währende Tätigkeit als Dekan des Universitätsklinikums Rudolf-Virchow. Dieter Scheffner, geboren am 23. März 1930, war in dieser Zeit maßgeblich an dem schwierigen Fusionsprozess der beiden medizinischen Fakultäten beteiligt. Indem er die im Rahmen des bundesweiten „UniMut“-Streiks der Studierenden entwickelte Initiative zu einer grundlegenden und an internationalen Vorbildern orientierten Reform des Medizinstudiums aufnahm, gelang es ihm, die universitäre

Lehre aus ihrem Schattendasein heraus zu führen und zu einem zentralen Anliegen der Fakultät zu machen.

Dieter Scheffners Wesen und Handeln waren geprägt von Gradlinigkeit, Offenheit, Fairness und Hartnäckigkeit. Ohne diese Eigenschaften hätte er es nie geschafft, den Berliner Reformstudiengang gegen vielfältige offene und verborgene Widerstände auf bildungs- und hochschulpolitischer Seite Realität werden zu lassen. Oberflächliche, von überlieferten Vorbehalten, Fächeregoismen und nicht von stichhaltigen Argumenten geprägte Änderungen der Lehre, die unter dem Etikett „Reform“ verkauft werden, waren ihm zuwider. Mit der praktischen Umsetzung des Reformstudiengangs mit seinen inzwischen auch an Universitäts-

kliniken höchst erfolgreich tätigen Absolventen konnte er zeigen, dass eine wirklich grundlegende Reform des Medizinstudiums nicht nur möglich, sondern auch unabdingbar ist. Diesem Anliegen fühlte er sich bis zu seinem Tod verpflichtet. Umso schwieriger war es für ihn, sich in den letzten Jahren auch an seiner Wirkungsstätte zunehmenden Hindernissen und dem Wiedererstarken längst überwunden geglaubter Vorbehalte ausgesetzt zu sehen.

Alle, die das Glück hatten, mit Dieter Scheffner zusammenzuarbeiten, waren dankbar für viele Anregungen und Unterstützungen. Eine große Zahl von Studierenden und Mitarbeitern verdanken ihm richtungsweisende Impulse und Hilfestellungen für das berufliche und private Leben. Sein Tod hinterlässt eine schmerzhaft leere Lücke.

Professor Dr. med. Walter Burger

# BERLINER ÄRZTE

8/2009 46. 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 Piotter (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  
Fotonachweis: Fotolia.com © Alexander Shalamov,  
Alexander Yakovlev, Holger Buse, Increa, Magic Art,  
Magic Art, Michael Paumann, Uolir

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 € 67,00 (einschließlich Versand), Patenschaftsabonnement Berlin-Brandenburg € 45,00 (einschließlich Versand). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 4,60 zzgl. € 2,50 Versandkosten.  
Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste 2009 vom 01.01.2009.

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

ISSN: 0939-5784