

# BERLINER ÄRZTE

02/ 2013 50. Jahrgang

50 Jahre Ärztekammer Berlin 1963 - 2013





# BERLINER ÄRZTE

2/2013 50. 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.)  
Michaela Peeters, M. A.  
Eveline Piotter (Redaktionsassistentin)  
**Redaktionsbeirat:**  
Dr. med. Svea Keller  
Univ. Prof. Dr. Harald Mau  
Dr. med. Bernd Müller  
Dr. med. Gabriela Stempor  
Dr. med. Kilian Tegethoff  
Julian Veelken  
Dr. med. Elmar Wille  
**Anschrift der Redaktion:**  
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin  
Telefon 030 40806-4100/-4101, FAX -4199  
Titelbild: Sehstern  
S.6 und S.7 Foto: Artmann Witte, ittipol-Fotolia.com

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 Meinungs austausch 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: Brühlsche Universitätsdruckerei GmbH & Co. KG, Am Urnenfeld 12, 35396 Gießen

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 € 81,00 inkl. Versandkosten, Patenschaftsabo Berlin-Brandenburg € 54,50 inkl. Versandkosten, im Ausland € 81,00 (zzgl. Porto). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 5,55 zzgl. € 2,50 Versandkosten.  
Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste 2013 vom 01.01.2013.

ISSN: 0939-5784



## Jahre im Dienst von Arzt und Patient

50 Jahre Ärztekammer Berlin – bei solch einem runden Jubiläum ist ein Rückblick auf die eigene Geschichte erlaubt und notwendig, denn nur wenn man weiß, woher man kommt, kann man bestimmen, wohin man will. Allzu leicht wird bei einem Blick zurück die Vergangenheit verklärt. Aber früher war nicht alles besser, doch auf jeden Fall vieles anders. Als die Ärztekammer Berlin am 7. Februar 1963 offiziell ihre Arbeit aufnahm, war sie die jüngste Landesärztekammer der Bundesrepublik Deutschland.

Vorausgegangen war ein mehrjähriges Ringen um ihre Errichtung. Und auch die ersten Jahre waren nicht einfach, die Anfänge bescheiden. 14 hauptamtliche Mitarbeiter kümmerten sich zunächst um 5.100 Kammermitglieder. Kaum jemand hätte sich damals vorstellen können, dass die Kammer 50 Jahre später 28.000 Ärztinnen und Ärzte in ganz Berlin vertreten wird. Aber nicht nur ihre späte Gründung machte die Besonderheit der Ärztekammer Berlin aus. Sie wurde mitten in eine Zeit hineingeboren, in der sich zwei politische Systeme scheinbar unüberwindlich gegenüberstanden. Nirgendwo war der Ost-West-Konflikt allgegenwärtiger als in Berlin – hier, wo sich der Schrecken des Kalten Krieges fokussierte.

Gleichzeitig war Berlin der Ort, an dem eben jene Mauer 28 Jahre nach ihrer Errichtung zuerst fiel und das Ende der Teilung Deutschlands seinen Anfang nahm. Der Mauerfall stellte auch die Ärztekammer Berlin – bis dahin eine West-Berliner Kammer – vor völlig neue Herausforderungen.

Ebenso groß waren veränderte Lebensbedingungen für die Berliner Ärztinnen und Ärzte – insbesondere natürlich für die Ost-Berliner Kolleginnen und Kollegen, für die der Zusammenbruch der DDR soziale Unsicherheit und vage Zukunftsaussichten mit sich brachte. Doch überraschend schnell gelang es, die Ärztekammer Berlin zu einer gemeinsamen Kammer für alle Ärztinnen und Ärzte der Stadt zu machen.

Gleichzeitig mit der Wiedervereinigung bekam die Ärztekammer Berlin eine neue Rolle: Sie wurde die Kammer der Hauptstadt und rückte damit stärker in den Fokus der Aufmerksamkeit. Dieser besonderen Rolle wurde die Kammer dadurch gerecht, dass sie immer wieder entscheidende gesundheitspolitische Impulse



Foto: Kathleen Friedrich

setzte. Dazu gehören die Auseinandersetzung mit der Rolle der Ärzteschaft im Nationalsozialismus ebenso wie die Thematisierung der Arbeitssituation junger Ärztinnen und Ärzte oder die Etablierung wegweisender Themen wie Evidenzbasierte Medizin und Patientensicherheit. Die Vertreterinnen und Vertreter der Kammer traten immer wieder für ihre innere Überzeugung ein. Als Beispiel sei hier nur die Wiedereinführung des Facharztes für Allgemeinmedizin genannt, der heute wieder flächendeckend Standard ist. Berlin wurde nicht nur hier Vorreiter.

Ärztliche Selbstverwaltung bedeutet, dass der Staat hoheitliche Aufgaben in die Hände derjenigen legt, die durch ihre fachliche Kompetenz am besten in der Lage sind, die Probleme des Gesundheitswesens zu lösen. Aus der Überzeugung der Ärztekammer Berlin sind dies die Ärztinnen und Ärzte selbst, die jeden Tag vor Ort in Klinik und Praxis die Versorgung der Patienten sichern. Dies erkannte bereits der Große Kurfürst im Jahr 1685.

Der übertragenen Verantwortung gerecht zu werden, gelingt aber nur, wenn man immer wieder versucht, mit allen Beteiligten im ständigen Dialog zu stehen. Der permanente Austausch bildet auch seit 50 Jahren die Grundlage für die Zusammenarbeit von haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kammer. Unser besonderer Dank gilt deshalb abschließend allen, die sich seit 1963 unermüdlich in den Dienst der Kammer gestellt haben.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen dieser Jubiläumsausgabe von BERLINER ÄRZTE

Ihre

Dr. med. Günther Jonitz

Dr. med. Elmar Wille

# BERLINER ÄRZTE BILD Dr. 1988-2013

50 Jahre Ärztekammer Berlin | 25 Jahre BERLINER ÄRZTE-Titel

Die besten Titelbilder  
von SEHSTERN für die  
Zeitschrift BERLINER ÄRZTE

1. Februar bis 31. März 2013  
Ausstellung im Foyer der  
Ärztekammer Berlin,  
Friedrichstr., 10969 Berlin

Zur Ausstellung erscheint  
ein Katalog mit Abbildungen  
aller 300 Titelmotive.



BERLINER  ÄRZTE

Seit 25 Jahren zusammen:  
Berliner Ärzte und Sehstern



# BERLINER ÄRZTE

NR 02/2013



## ÄRZTEKAMMER BERLIN 1963-2013

### TITELTHEMA .....

**50 Jahre Ärztekammer Berlin  
– Tradition und Verantwortung**  
.....14

### EDITORIAL.....

**50 Jahre im Dienst von Arzt und  
Patient**  
Von Günther Jonitz und Elmar Wille.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*.....6

BERUFS- UND GESUND-  
HEITSPOLITIK.....

**Warum Chirurgen zu viel  
operieren müssen**  
Von Rosemarie Stein .....6

**Patientenrechte im Gesetz – Teil 2**  
Dreiteilige Beitragsserie über das Patien-  
tenrechtegesetz  
Von Martina Jaklin .....34

### Keine bestechenden Aussichten für Mediziner

Von Martina Jaklin .....39

### FORTBILDUNG.....

**Der Veranstaltungskalender der  
Ärztekammer Berlin.....**32

### BUCHBESPRECHUNGEN....

**Krankenhaus-Report 2013.....**4

### FEUILLETON.....

**Liebesbrief an eine Kammer**  
Von Rosemarie Stein .....42



Krankenhaus

## Warum Chirurgen zu viel operieren müssen

„Keine medizinischen Eingriffe ohne Nutzen für den Patienten“, heißt es im „Leitbild“ der Ärztekammer Berlin von 1995.

Wenn die Chirurgen selber sagen, dass zu viel operiert wird, muss es wohl stimmen. Wie auch Klinikärzte anderer Fächer fühlen Sie sich durch die Krankenhausleitungen mit ihren Masse-statt-Klasse-Chefartzverträgen unter Druck gesetzt oder von falschen Anreizen dazu verführt, möglichst viele und möglichst lukrative Leistungen zu erbringen. Oft dienen sie mehr dem Wohle des Hauses als dem der Patienten.

Die schiere Menge der Fälle darf nicht länger als ein Qualitätsmerkmal gelten, das mit Boni belohnt wird. Darin sind die Ärzte – Kammern, Verbände, Fachgesellschaften – sich einig. Die Chirurgen aber, die sich auch als erste Fachgruppe schon Mitte der 1970er Jahre um Qualitätssicherung bemühten, warnten öffentlich besonders eindringlich vor den arzt- und patientenfeindlichen Ökonomisierungsauswüchsen.

Führende Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie redeten vor der Presse Tacheles. Der erste einer Reihe von Transplantationsskandalen (in Göttingen) habe die zehn Jahre alte ärztliche Kritik an der fallzahlabhängigen Vergütung (Bonuszahlungen) wieder aufflammen lassen, sagte der Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Hans-Joachim

Meyer. „Der beschuldigte Oberarzt soll einen Bonus von 1.500 Euro für jede transplantierte Leber erhalten haben“, berichtete das Deutsche Ärzteblatt. („Bonusregelungen in Chefartzverträgen – Ärztliche Unabhängigkeit in Gefahr“, Heft 49/2012 S. A 50-52.)

„Je höher der Konkurrenzdruck, desto mehr ‚schlechte‘ Patienten kriegen schlechte Lebern“, zitierte Karl-Walter Jauch, Präsident der Chirurgengesellschaft, das Fazit einer amerikanischen Studie. Die alte Forderung nach Transplantationsregistern und öffentlicher Mitteilung der Ergebnisse sei nicht aufgegriffen worden, klagte Jauch. Er sprach sich dafür aus, die Zahl der Transplantationszentren zugunsten der Qualität drastisch zu reduzieren, eine Forderung, die inzwischen andere Ärzte- und auch Patientenvertreter ebenfalls stellten. Auch die Indikation

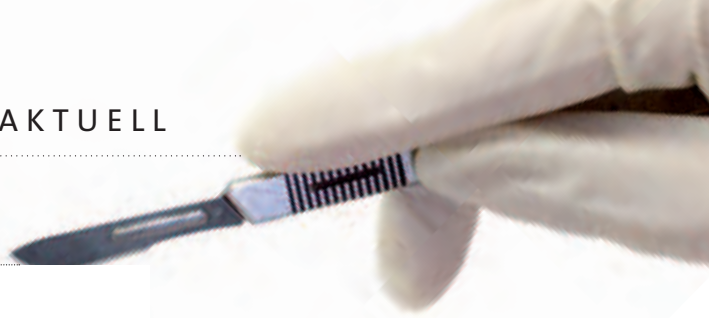
ist Gegenstand der Qualitätssicherung, und da ist die Transplantationsmedizin lediglich die Spitze des Eisbergs.

### Nicht indizierte Eingriffe sind Körperverletzung!

Nur in den USA und in der Schweiz würden noch mehr künstliche Kniegelenke eingesetzt als bei uns, sagte Meyer. Und warum gibt es in Deutschland ein deutliches Nord-Süd-Gefälle bei Hüftendoprothesen und anderen Eingriffen? fragte der Generalsekretär der Fachgesellschaft. (Mehr Beispiele finden sich im neuesten Krankenhaus-Report, mit dem Schwerpunkt Mengendynamik; Besprechung s. Seite 8). Die Chirurgen hätten sich strikt gegen Indikationsausweitung und „Upcoding“ wie auch gegen den „zahnlosen Papiertiger“ Mindestmengenregelung ausgesprochen – vergebens.

Bonusvereinbarungen in Chefartzverträgen haben – nach einer Kienbaum-Untersuchung – seit 1995 von fünf bis auf 45 Prozent zugenommen, bei gleichzeitiger Reduktion des Festgehalts und des Liquidationsrechts. Es gibt Verträge, bei denen die Vergütung zu 35 oder gar 40 Prozent aus Boni

ANZEIGE



besteht, laut Meyer ein „hoher Anreiz zu mehr Operationen“. Was die Chirurgen gar nicht erwähnten, bestätigte jedoch die Rechtsabteilung der Ärztekammer Berlin: Auch bei Zustimmung des Patienten ist eine nichtindizierte Operation nach dem Strafrecht Körperverletzung.

Schon 2002 hatten Bundesärztekammer, Marburger Bund sowie der Verband Leitender Krankenhausärzte Bonuszahlungen für mehr Leistungsquantitäten in einer Stellungnahme strikt abgelehnt. Ihr Hauptargument: Ärztliche Tätigkeiten dürfen nicht in erster Linie wirtschaftlichen Kriterien unterworfen sein, und eine enge Verbindung medizinischer Entscheidungen mit wirtschaftlichen Erwägungen widerspreche dem ärztlichen Berufsethos. Selbst von „Pervertierung der Patientenversorgung“ war schon damals die Rede, erinnerte sich Meyer. Inzwischen distanzieren sich neben der Chirurgen-Dachgesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und anderen Fachgesellschaften und

Verbänden auch viele Kliniken von einer „reinen Mengenideologie“, und letztere rücken jetzt wegen falschen Anreizen zur Indikationsausweitung von der fallzahlbezogenen Vergütung wieder ab.

## Nur noch Qualität belohnen

Gegen leistungsbezogene Anreize als solche hat offenbar niemand etwas, aber Quantität soll durch Qualität der Leistung ersetzt werden. Als Beispiele nannte Meyer Senkung von Komplikationen und Revisionseingriffen, gute Mitarbeiterführung und Weiterbildung, Patienten- und Ärztezufriedenheit. Auch die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Vizeralchirurgie (Mitglied der Dachgesellschaft) will statt der Fehlansätze zur Mengenausweitung lieber Anreize zur Qualitätsverbesserung und eine valide Bedarfsplanung, sagte ihr Präsident Stefan Post.

Den Mangel an Ärzten, auch Chirurgen (in einem Land mit überdurchschnittlicher Arztdichte!), die ständig überfor-

dert sind, nannte Post ein „relatives Problem“. Entstanden sei es durch das „Überangebot von Leistungen, verstärkt durch die Existenzängste der zu zahlreichen Abteilungen und Krankenhäuser“. Wir hätten war nicht genügend Ärzte, vor allem Chirurgen, aber keinen absoluten Ärztemangel, sagte Post. Von regionalen Fehlverteilungen abgesehen, sieht er „nur zu wenige Ärzte, um die Überversorgungssituation zu bedienen“. Die Überversorgung sei mit Einführung des DRG-Systems 2003, das die Ärztekammer Berlin seit der Planung 2001 permanent kritisiert, entstanden – zur Vermeidung des vorhergesagten massenhaften Kliniksterbens. Nicht jeder Leistenbruch müsse operiert werden – außer zur Bettenauslastung. „jeder macht seine Lobbyarbeit, keiner will reduzieren. Aber das Gesundheitswesen taugt nicht zum rein ökonomischen Wettbewerb, sondern bedarf einer weiseren Steuerung mit sinnvollerer Anreizen.“

*Rosemarie Stein*



### Kliniken: Masse vor Klasse?

*Klauber/Geraedts/Friedrich/Wasen (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2013; Schwerpunkt: Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen? Schattauer-Verlag, Stuttgart 2002, 512 Seiten, 102 Abb., 85 Tabellen, mit Online-Zugang 54,95 Euro, ISBN-13:978-3-7945288844.*

Immer wieder nennt man die demographische Entwicklung und den medizinischen Fortschritt als Gründe für die Zunahme ärztlicher Leistungen und die steigenden Kosten vor allem im Krankenhaus. Vergessen wird meist die Rolle der ökonomischen Anreize. Deren enorme Bedeutung lässt sich erkennen, sobald die Rahmenbedingungen sich ändern. Dies geschah auch mit der Einführung der DRG's, also der seit 2004 obligatorischen Fallpauschalen. Die Beschreibung und Analyse der Folgen ist Schwerpunkt des neuen Krankenhaus-Reports, der diesmal besonders materialreich und interessant ist. Er enthält auch von verschiedenen Autoren erarbeitete erwägenswerte Vorschläge für bessere Anreize als etwa die heutigen Boni in Chefarztverträgen (siehe Beitrag auf Seite 6) oder auch die Mindestmengenregelung. Sie führten, wie hier dargestellt, zu massiven Mengenausweitungen und zur Vermehrung der für die Kliniken besonders lukrativen Leistungen. So stiegen die Krankenhauskosten in nur fünf Jahren um 20 Prozent.

Warum werden in Deutschland – mit großen regionalen Schwankungen – 84 Prozent mehr Defibrillatoren implantiert als im europäischen Durchschnitt? Warum werden immer noch zu viele Wirbelsäulenoperationen, Herzkatheter und endoskopische Eingriffe gemacht, obwohl nun auch die Öffentlichkeit weiß, dass sie oft nicht indiziert sind? Warum findet der insultträchtige „kathetergestützte Herzklappenersatz“ leitlinienwidrig auch bei solchen Patienten statt, denen ein offener Eingriff sehr wohl zumutbar ist? Nur weil die Fallpauschalen höher sind? All dies wird im Report sachlich und differenziert erörtert. Nicht immer, aber recht häufig steht offenbar die Existenzangst von Kliniken dahinter, die mit allen Mitteln ums Überleben kämpfen, dabei die Ärzte unter Druck setzen und den Patientenschutz missachten. „Die Zunahme des Angebots führt auf normalen Märkten zu sinkenden Preisen“, liest man in diesem inhaltsreichen Buch. Aber das Gesundheitswesen ist kein normaler Markt, mögen die Ökonomen es noch so oft „Gesundheitswirtschaft“ nennen.

Mit durchschnittlich 3.550 Euro pro Fall sind Berliner (zusammen mit Hamburgern) die teuersten Klinikpatienten. „Ambulant vor stationär“ – diese alte Forderung wird hier wiederholt. Im letzten Teil des Buchs, dem tabellarisch kurz beschreibenden und bewertenden „Krankenhaus-Directory“, findet man die Berliner Häuser ab Seite 454. Im Internet können Sie mehr lesen: [www.krankenhaus-report-online.de](http://www.krankenhaus-report-online.de), und hier der Zugangscod: KMR2013-2884-PuTd3b (nach Registrierung).  
*R. Stein*



## Christof Müller-Busch mit Bundesverdienstkreuz ausgezeichnet

Seit langem engagiert sich Prof. Dr. Christof Müller-Busch für die hospizliche und palliative Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen. Der Bundespräsident hat ihn dafür mit dem Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet. Der Berlin Staatssekretär für Soziales, Michael Büge, hat Müller-Busch die hohe Auszeichnung kürzlich übergeben.

„Bis heute bringt sich Professor Dr. Christof Müller-Busch mit seinem umfangreichen Wissen, seinen Erfahrungen und sei-

ner beispielgebenden Grundhaltung zu den brennenden gesellschaftlichen Fragen rund um die Gestaltung eines würdevollen, schmerzfreien Lebensendes ein. Dafür gebührt ihm großer Dank und Anerkennung“, erklärte Büge in seiner Laudatio. „Der Mediziner hat das Bewusstsein für ethische Fragestellungen und Konflikte in der Palliativmedizin gestärkt und die Palliativmedizin als klare Alternative zur Sterbehilfe entwickelt. Damit hat der Ausgezeichnete in seinem aktiven Berufsleben und auch in seinen ehrenamtlichen Funktionen einen

wesentlichen Beitrag zur Entwicklung der palliativ-medizinischen Versorgung in Berlin geleistet. Am Standort des Gemeinschaftskrankenhauses Havelhöhe, wo er als Chefarzt tätig war, konnte das erste anthroposophisch ausgerichtete stationäre Hospiz in Berlin eingerichtet werden“.

Christof Müller-Busch hat den so genannten Förderverein PalliativZentrum Berlin-Brandenburg e.V. (PZBB) mitgegründet. Lesen Sie dazu auch das Titelthema von Heft 8/2012.





## Umgang mit blinden und sehbehinderten Patienten

Die meisten Menschen sind verunsichert, wenn sie das erste Mal Kontakt mit einer blinden oder sehbehinderten Person haben, zumal die einzelnen Augenerkrankungen ganz unterschiedliche Beeinträchtigungen des Sehvermögens nach sich ziehen können, so dass schwer einzuschätzen ist, was die Person leisten kann und was nicht. Um Missverständnisse zu vermeiden, ist es sinnvoll, Patienten mit Sehbeeinträchtigung zu bitten, ihren Unterstützungsbedarf selbst anzusagen. Schriftliche Informationen sollten dem Patienten vorgelesen sowie die einzelnen Behandlungsschritte angesagt werden. Sehr demütigend ist es übrigens, wenn der Patient nicht direkt angesprochen wird, sondern über ihn in der dritten Person mit seiner Begleitperson geredet wird. Natürlich sind auch die blinden oder sehbehinderten Patienten erst einmal

verunsichert, wenn sie das erste Mal eine fremde Praxis besuchen. Die unbekannte Umgebung erfordert höchste Konzentration. Wer einen Blindenführhund benutzt, dem sollte der Zutritt uneingeschränkt gewährt werden, denn Blindenführhunde sind neben dem weißen Langstock wichtige „Hilfsmittel“ zur Orientierung im öffentlichen Raum. Um Unsicherheiten hinsichtlich hygienischer Gesichtspunkte zu begegnen, hat sich der Allgemeine Blinden- und Sehbehindertenverein Berlin (ABSV), bereits vor einigen Jahren an die Ärztekammer Berlin gewandt, die ihrerseits eine Anfrage an das Hygieneinstitut der Freien Universität Berlin richtete. In der von Prof. Dr. med. H. Rüden angefertigten Stellungnahme wird ausgeführt, dass aus hygienischer Sicht in der Regel keine Einwände gegen die Mitnahme von Blindenführhunden in Praxis- und Krankenhausräumen bestehen.

### Hilfe über die Arztpraxis hinaus

Für Menschen mit Sehproblemen ist es ganz wichtig, sich mit anderen Betroffenen auszutauschen. Das ist beim ABSV, der ältesten Selbsthilfeorganisation Blinden und Sehbehinderter, in speziellen Gruppen möglich. Damit insbesondere Augenärzte sich ein Bild von den Angeboten und Leistungen des ABSV

machen und ihre Patienten auf die Selbsthilfeorganisation hinweisen können, führt der ABSV für Augenärzte von der Ärztekammer anerkannte, kostenfreie Fortbildungen zur Schnittstelle „Augenarztpraxis – Selbsthilfeverein“ durch, für die es drei Fortbildungspunkte gibt.

**Nächster Termin:**  
20.2.2013, 16:00 bis 18:15 Uhr  
in der Auerbacher Str. 7,  
14193 Berlin-Grünwald.  
Anmeldung und Infos unter  
Tel. 030/895 88-0 oder  
info@absv.de.

## Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

### Schlosspark-Klinik

Nach Erreichen der Altersgrenze ging der Chefarzt des Versorgungsbereichs Tiergarten der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwigs-Krankenhaus, Dr. Jochen Albrecht, in den Ruhestand. Neuer Chefarzt der zusammengelegten Bereiche Tiergarten und Wedding ist seit September Prof. Dr. Jürgen Galint, ehemals Psychiatrische Klinik Vivantes Humboldt-Klinikum.

### HELIOS Klinikum Emil von Behring

Priv.-Doz. Dr. Stephan W. Tohtz leitet ab Februar die Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Zentrum für Gelenkmedizin und arbeitet mit bei der Etablierung eines Wirbelsäulenzentrums am HELIOS Klinikum Emil von Behring. Der Orthopäde und Unfallchirurg übernimmt die Fachabteilung des bisherigen Chefarztes, Prof. Dr. Jörg Scholz, der im Januar 2013 in den Ruhestand verabschiedet wurde.

### Klinik Maria Heimsuchung, Caritas-Klinik Pankow

Dr. Jürgen Meyhöfer ist seit Januar Chefarzt der Abteilung Innere Medizin/Kardiologie. Meyhöfer war zuvor leitender Oberarzt der Kardiologischen Abteilung im Herzzentrum Bernau. Sein Vorgänger, Dr. Heiko Lehmann, wechselt auf eigenen Wunsch in die ambulante Praxis.

Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Chefarztpositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause.  
Tel. 40806-4100/-4101, Fax: -4199, E-Mail: e.piotter@aekb.de oder s.rudat@aekb.de

## NACHRICHTEN

## Kongress

## NATURHEILTAGE BERLIN

### Frühjahrskongress 2013 – Kurs I



Freitag bis Sonntag, 01.-03.03. und 15.-17.03.2013  
Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung  
„Naturheilverfahren“ mit Zertifizierung (37 Punkte)

VERANSTALTER:	Ärztegesellschaft für Naturheilverfahren (Physiotherapie) Berlin-Brandenburg e.V.
INHALTE:	
Physikalische Therapie: 01. u. 02.03.	NHV in der Rehabilitations-Med.; Sauna; Balneotherapie; Osteopathie
Phytotherapie: 02.03.	Einführung; bei Leber-/Gallenerkrankungen; bei Magen-/Darmerkrankungen; Zubereitung med. Tees
Ordnungstherapie: 15.03.	Einführung; Mind-body-Medizin; Balint-Gruppen
Ernährungstherapie: 16.03. vorm.	Vollwerternährung; Schadstoffelemente in Lebensmitteln
Schwerpunktthema 16.03. nachm. 17.03	Naturheilverfahren in der Fachärztlichen Praxis Mikroökologie des Darmes; Praxis der mikrobiologischen Therapie
ANMELDUNG:	Naturheiltage Berlin, c/o Dr. med. Reinhold Heinzler, Tel: 0175/8557262, E-Mail: r.heinzler@web.de
VERANSTALTUNGS- ORT:	St. Gertrauden Krankenhaus, Paretzer Str. 12, 10713 Berlin-Wilmersdorf
KURSGEBÜHREN:	360,00 € für den gesamten Kurs I. Ermäßigungen unter bestimmten Voraussetzungen und bei entsprechen- dem Nachweis.

Ausführliches Programm unter: [www.naturheiltage-berlin.de](http://www.naturheiltage-berlin.de)

## Erinnerung

## RKI-Onlinebefragung zum Fortbildungsbedarf bei seltenen hochpathogenen Infektionskrankheiten

Zur Teilnahme aufgerufen sind bis zum 15. Februar Ärztinnen und Ärzte der direkten Patientenversorgung in Berlin und Brandenburg, besonders der Fachrichtungen Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde sowie ärztliches Personal im Ambulanz- und Rettungsdienst. Unter den Teilnehmenden der Befragung werden verschiedene Sachpreise verlost.

Die Studie wird vom Fachgebiet IBBS, Informationsstelle des Bundes für Biologische Sicherheit, am Robert Koch-Institut, im Rahmen eines Forschungsprojektes durchgeführt. Das Projekt hat eine Laufzeit

von zwei Jahren und wird vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Ziel ist es, Informations- und Schulungsangebote für Ärzte und Ärztinnen zur Vorbereitung auf seltene Seuchengeschehen zu entwickeln.

Internet: [www.aerztebefragung-rki.de](http://www.aerztebefragung-rki.de)  
RKI-Ansprechpartner: Dr. med Uwe Kaiser,  
[kaiseru@rki.de](mailto:kaiseru@rki.de)

ROBERT KOCH INSTITUT





## Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Intensivprogramm nach dem Curriculum der Bundesärztekammer



Ob Sie nun eine Station, eine Abteilung, eine Klinik, eine Praxis oder ein MVZ führen: Für jede Ärztin und jeden Arzt ist Führung ein selbstverständlicher Bestandteil der täglichen Arbeit. Neben dem anspruchsvollen medizinischen „Kerngeschäft“ fordern dabei vielfältige, oft widersprüchliche nicht-medizinische Interessen Aufmerksamkeit, Zeit und Energie. Aber: **Wie vereint man Arzt- und „Manager“-Sein?** Wie können ärztliche Überzeugungen und organisationsrelevante Anforderungen miteinander in Einklang gebracht und die eigenen Ansprüche als Führungskraft wirkungsvoll umgesetzt werden?

Das Führungsseminar der Ärztekammer Berlin setzt an diesem Punkt an:

Im Mittelpunkt steht die Führungsperson selbst. Denn Führung bedeutet mehr als ein bloßes Plus an Aufgaben. Sie fordert die ganze Person mit ihren Kompetenzen, Werten und Haltungen.

Das Seminar erweitert Ihre Führungskompetenzen. Es vermittelt konzeptionelles Wissen, um Organisationen werte-, ziel- und mitarbeiterorientiert zu steuern, erfolgreich mit Mitarbeitern, Kollegen und Verhandlungspartnern gerade in schwierigen Situationen zu kommunizieren und zu interagieren. Die erfolgskritischen Dimensionen ärztlicher Führung werden aufgezeigt und die Gelegenheit geboten, die eigenen Kompetenzen zu stärken und ein persönliches Führungskonzept zu entwickeln. In 2013 wird das Führungsseminar der Ärztekammer Berlin bereits im vierten Jahr durchgeführt. Das Seminar verfolgt mit seinen vier Modulen, die sich auf drei Quartale erstrecken, bewusst einen prozess- und praxisorientierten Ansatz.

Bei abendlichen Kaminesgesprächen werden zusätzlich zum Tagesprogramm aktuelle Fragestellungen der Führung aus ungewöhnlichen Blickwinkeln diskutiert.

Das Seminar richtet sich vor allem an Oberärztinnen und Oberärzte aus Krankenhäusern sowie an Ärztinnen und Ärzte mit leitender Funktion in anderen größeren Einrichtungen der Patientenversorgung wie z.B. MVZ.

### Termine:

MODUL 1	Die Praxis des Führens Do. 25.04. - 27.04.2013
MODUL 2	Führen als interaktiver Prozess Do. 06.06. - 08.06.2013
MODUL 3	Veränderungsprozesse managen Gesundheitspolitischer Rahmen Betriebswirtschaftl. Steuerung Do. 19.09. - 21.09.2013
MODUL 4	Transfer: Sicherung des eigenen Konzepts Fr. 13.12.2013

**Veranstalter:** Ärztekammer Berlin

**Kursleitung:** Priv.-Doz. Dr. Peter Berchtold

**Ort:** Evangelische Bildungsstätte auf Schwanenwerder/Berlin

### Ansprechpartnerinnen:

Andresen-Langholz (Organisation und Unterlagen)  
Tel.: 030 - 40806 1301

Angelika Mindel-Hennies (Fragen zum Inhalt)  
Tel.: 030 - 40806 1405

E-Mail: [aerztliche-fuehrung2013@aekb.de](mailto:aerztliche-fuehrung2013@aekb.de)

## „Wenn Partnerschaft verletzend wird... – Kompetent (be)handeln bei häuslicher Gewalt“

Gewalt in Partnerschaften ist weit verbreitet, betrifft überwiegend Frauen und gilt als ein zentrales Gesundheitsrisiko (WHO). Kinder sind von Gewalt in Partnerschaften stets mit betroffen. Ärztinnen und Ärzte können Türen öffnen, wirksame Unterstützung bei aktuellen oder zurückliegenden Gewalterfahrungen bieten und helfen, den generationenübergreifenden Kreislauf von Opfer- und Täterschaft zu durchbrechen.

Für eine gelingende Intervention sind Wissen um Prävalenz, Risikofaktoren sowie Erkenntnisse zum Gewaltkreislauf und Kindeswohlgefährdung bedeutend. Dies gilt ebenso für Sicherheit im Ansprechen von Gewalterfahrungen, in der rechtssicheren Dokumentation, in der Kenntnis von weiterführenden Hilfen sowie Klarheit über Handlungsmöglichkeiten und -grenzen.

Die Zusammenarbeit mit weiterführenden Versorgungs-, Beratungs- und Zufluchtseinrichtungen gewährleistet eine fachkompetente Intervention und entlastet zugleich alle beteiligten Berufsgruppen.

Die zweiteilige S.I.G.N.A.L.-Basis-Fortbildung in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin findet am 16.03.2013 (10-16 Uhr) sowie am 20.03.2013 (18:30-20:30 Uhr) in den Räumen der Ärztekammer Berlin statt. Sie vermittelt Grundlagenkenntnisse und Handlungssicherheit im Umgang mit der Thematik „Gewalt in Partnerschaften“.

Eine Anmeldung ist erforderlich.

### Anmeldeverfahren:

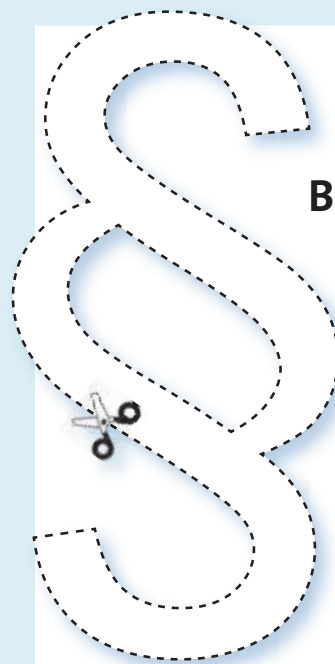
S.I.G.N.A.L. e.V. Koordinierungs- und Interventionsstelle  
Hilde Hellbernd, MPH; Karin Wieners, MPH  
E-Mail: wieners@signal-intervention.de; Fax: 030 / 275 95 366

Die Basis-Fortbildung ist mit 8 Fortbildungspunkten (16.03.2013) bzw. mit 3 Fortbildungspunkten (20.03.2013) der Ärztekammer Berlin anerkannt.



**Auf der Straße hat sie Angst um ihre Kinder.**  
Zuhause haben ihre Kinder Angst um sie.

BIG HOTLINE, SEHSTERN / Foto: Redl-von Peinen



## Gesetz über die Beschneidung von Jungen in Kraft getreten

Mit Inkrafttreten des Gesetzes über den Umfang der Personensorge bei einer Beschneidung des männlichen Kindes am 28.12.2012 wurde die durch das Urteil des Landgerichts Köln entstandene Rechtsunsicherheit beseitigt. Die neue Regelung stellt im Bürgerlichen Gesetzbuch klar, dass die Personensorge der Berechtigten auch das Recht umfasst, in eine medizinisch nicht erforderliche Beschneidung des nicht einsehens- und urteilsfähigen männlichen Kindes einzuwilligen, wenn diese nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt werden soll. Dies soll nur dann nicht gelten, wenn durch die Beschneidung auch unter Berücksichtigung ihres Zwecks das Kindeswohl gefährdet wird. Zudem dürfen in den ersten sechs Monaten nach der Geburt des Kindes von einer Religionsgemeinschaft dazu vorgesehene Personen Beschneidungen durchführen, wenn sie dafür besonders ausgebildet und, ohne Arzt zu sein, für die Durchführung der Beschneidung vergleichbar befähigt sind.

Damit bleibt die Beschneidung von männlichen Kindern in Deutschland auch künftig grundsätzlich erlaubt.

Nähere Informationen sind auf der Homepage der Ärztekammer Berlin [www.aeztekammer-berlin.de](http://www.aeztekammer-berlin.de) veröffentlicht. (Siehe dort unter Ärzte/Recht/aktuelle Gesetzesänderungen.)



ÄRZTEKAMMER  
BERLIN 1963-2013

## Tradition und



Es sind geschichtsträchtige, aber keinesfalls angestaubte Schuhe, in die die Ärztekammer Berlin mit ihrer Neugründung 1963 schlüpfte. Die Ärzte der Mark Brandenburg traten bereits 1661 an den Großen Kurfürsten Friedrich Wilhelm I. mit der Bitte heran, dem Wirken all derer, die heilend – oder eben mitunter auch nicht – unterwegs waren, auf die Finger zu schauen. Denn die Heilkunde war zu jener Zeit bekanntermaßen nicht auf die gelehrten Ärzte beschränkt, deren fachliche Fähigkeiten von den Universitäten geprüft wurden.

Mit einer Verzögerung von 24 Jahren erließ der Große Kurfürst 1685 endlich das Brandenburgische Medizinedikt und führte mit dem Collegium Medicum eine Institution ein, die die Berufstätigkeit der Ärzte, aber auch der anderen Heiler staatlich kontrollierte. Ab 1725 enthielt das Edikt eine Approbations- und Gebührenordnung sowie einheitliche Ausbildungs- und Prüfungsanforderungen. Auch wurden die Rechte und Pflichten der verschiedenen Heilberufe geregelt. Es dauerte fast zwei Jahrhunderte, bis die Ärzte sich auch in Vereinen organisierten, sie dienten dem kollegialen und freundschaftlichen Austausch. Nach und nach bildeten sich aus diesen Zusammenkünften wissenschaftliche Fachgesellschaften heraus.



# 1963 – 2013

## Verantwortung – Die Ärztekammer Berlin

Nach der Bildung des Deutschen Reiches 1871 gründeten Ärzte den Ärztevereinsbund und den deutschen Ärztetag. Per Gesetz erfolgte 1887 die Gründung von Ärztekammern in den preußischen Provinzen. Die Approbation blieb zwar Aufgabe des Staates, doch holte der sich von den Kammern durchaus ärztlichen Sachverstand für seine Entscheidungen ein. Seit 1926 waren die Ärztekammern in Preußen Körperschaften des öffentlichen Rechts. Damit verbunden wurde die Pflichtmitgliedschaft für alle Ärzte. Zu den Aufgaben der Kammern gehörten fortan die Überwachung der Einhaltung der Berufspflichten und die Ahndung von Verstößen, der wissenschaftliche Austausch, die Fortbildung sowie die Anerkennung von Facharztbezeichnungen.

Die Machtergreifung der Nationalsozialisten und die Reichsärzteordnung von 1936 bedeuteten das Aus für die Kammern. Eine zentrale Reichsärztekammer war leichter auf Linie zu bringen. Nach dem Ende des 2. Weltkrieges wurde die Ärztekammer als nationalsozialistisch infiltriert von den Alliierten verboten. Während in Westdeutschland bereits Ende der 1940er Jahre wieder Ärztekammern entstanden, war die Situation in Berlin durch den Viermächtestatus und den Mauerbau 1961 eine besondere. 1963 war es so weit. Die Ärztekammer Berlin wurde gegründet.

Bis 1990 vertrat sie ausschließlich die Ärzte in West-Berlin. Nach der Wende kamen die Kollegen aus dem Ostteil der Stadt dazu. Die Kammer hat nach dem Berliner Kammergesetz die Aufgabe, die beruflichen Belange ihrer Mitglieder

unter Beachtung der Interessen der Allgemeinheit wahrzunehmen. Zu den Aufgaben gehört die Information über und die Einmischung in die Berufs- und Gesundheitspolitik – mit medizinisch-fachlicher Expertise und zum Wohle der Patienten und der Ärzteschaft. In Ausschüssen, Arbeitskreisen und weiteren Gremien arbeiten Ehrenamt und Hauptamt zusammen.

Mit eigenen Projekten der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements setzt sich die Ärztekammer Berlin außerdem für die fortwährende Verbesserung der medizinischen Versorgung in Berlin ein. Nach der Approbation ist die Bildung des Arztes nicht beendet. Ärztliche Fähigkeiten und Fertigkeiten werden nach Abschluss des Studiums durch Weiterbildung und Fortbildung erlernt. Wenn zum Schluss ein frischgebackener Facharzt nach bestandener Prüfung seine Urkunde in der Hand hält oder eine Zusatzweiterbildung erfolgreich abgeschlossen wurde, ist das nicht nur für den betreffenden Arzt, sondern für die



BERLINER ÄRZTE o6-1988

gesamte Berliner Ärzteschaft ein Gewinn. Lebenslanges Lernen ist heute, da sich das Wissen schneller entwickelt als je zuvor, ein unbedingtes Muss. Eine lebenslange ärztliche Fortbildung trägt dem Rechnung. Sie entspricht dem ärztlichen Selbstverständnis, ist unabhängig und außerdem gesetzlich verankert. Die Mitarbeiter der Ärztekammer Berlin unterstützen die Mitglieder organisatorisch sowie durch eigene Fortbildungsveranstaltungen dabei, dieser Verpflichtung nachzukommen. Einer profunden Ausbildung bedürfen auch diejenigen, die die Ärzte bei ihrer Arbeit unterstützen.

Die Ärztekammer Berlin ist nach dem Berufsbildungsgesetz die zuständige Institution für die Ausbildung und Fortbildung von Arzthelferinnen und Medizinischen Fachangestellten.

Zu den Aufgaben der Kammer gehören die An-, Ab- und Ummeldung von Mitgliedern sowie alle Beitragsangelegenheiten. Die Kammer führt das Berliner Arztregister mit seinen heute etwa 28.000 Ärztinnen und Ärzten. Hier werden auch die Arztausweise ausgestellt. Weiterhin obliegt der Ärztekammer Berlin die berufsrechtliche Aufsicht und Beratung. Sie stellt die Berufsordnung auf und untersucht Verstöße dagegen. Die Berliner Ärztesversorgung ist schließlich die von der Ärzteschaft betriebene Rentenversicherung für alle Kammermitglieder und deren Familien.

Damit alle diese Aufgaben erfüllt werden können, bedarf es einer funktionierenden Struktur, in der die einzelnen Gremien gut miteinander arbeiten: Alle

2003 wurde das neue Gebäude der Ärztkammer Berlin in der Friedrichstraße eröffnet.

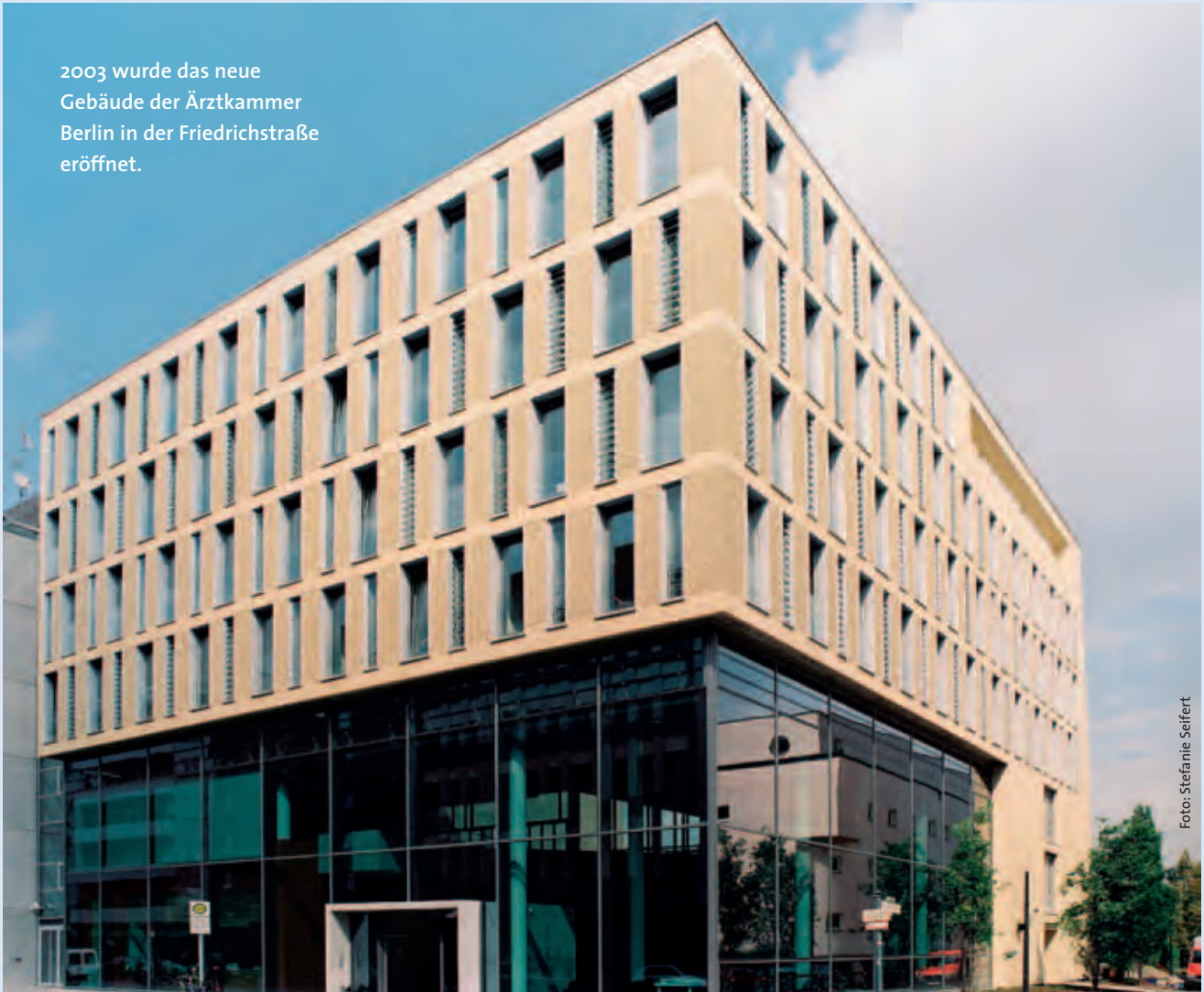


Foto: Stefanie Seifert

Berliner Ärzte sind Mitglieder bei der Ärztekammer Berlin. Alle vier Jahre können sie die 46-köpfige Delegiertenversammlung (DV) wählen. Dieses Kammerparlament ist der zentrale Souverän der ärztlichen Selbstverwaltung. Die DV ist in Listen organisiert, die berufspolitische Strömungen und Sichtweisen repräsentieren. Von der Delegiertenversammlung wird der Vorstand gewählt, der die laufenden Geschäfte führt. Daneben arbeiten derzeit 20 Arbeitsausschüsse, in denen etwa 400 Berliner Ärzte ehrenamtlich mitarbeiten. Unterstützt wird der Vorstand von den etwa 90 haupt-

amtlichen Mitarbeitern der Kammer, an deren Spitze der Geschäftsführer steht. Die Meinungsfindung funktioniert über berufspolitische Listen, vergleichbar mit der Rolle von Parteien. Alle 17 Landesärztekammern in der Bundesrepublik haben sich zur Bundesärztekammer zusammengeschlossen. Ihr oberstes Gremium ist der Deutsche Ärztetag, der einmal jährlich zusammentritt. Heute, im Jahr 2013, feiert die gesamte Berliner Ärzteschaft 50 Jahre demokratische Selbstverwaltung. In diesem Jubiläumsheft wird chronologisch –

wenn auch aus nachvollziehbaren Gründen nicht ansatzweise lückenlos – beschrieben, was in diesen 50 Jahren geschah. Wie aus den Anfängen eine berufsständische Organisation wuchs, die, von einem hohen ehrenamtlichen Engagement getragen, eine Stimme in Berlin und in der Bundesrepublik hat.

Folgen Sie den Ereignissen, die sachlich aneinandergereiht zeigen, was über die Jahrzehnte die Mitglieder sowie die ehren- und hauptamtlichen Mitarbeiter beschäftigte, was ihnen wichtig war und wichtig ist.

# 1963 – 1972

## Ein gelungener Neuanfang

Der 7. Februar 1963 war die Geburtsstunde der Ärztekammer Berlin. Auf der konstituierenden Sitzung wurde von der am 12. Dezember 1962 gewählten Delegiertenversammlung der erste Vorstand gewählt. Die rechtliche Grundlage für die Gründung schuf das Berliner Kammergesetz für West-Berlin vom 18. Dezember 1961. Zu diesem Zeitpunkt arbeiteten in der Bundesrepublik bereits wieder alle regionalen Ärztekammern, nachdem sie während der Zeit des Nationalsozialismus verboten worden waren. Die im geteilten Berlin besondere politische Situation und eine verbreitete Abneigung in der Ärzteschaft gegen Pflichtorganisationen nach den schrecklichen Erfahrungen im Nationalsozialismus begründeten den späten Gründungszeitpunkt in West-Berlin.

Der erste Kammerpräsident, Dr. Hermann Meins, fasste 1964 das Grundanliegen im Kammerblatt „Die Berliner Ärzte“ anschaulich zusammen: „Diese Ärztekammer bedeutet unter anderem einen Schutz für jeden approbierten Arzt. Mit dieser Schutzfunktion sind natürlich auch gleichzeitig Kontrollfunktionen übernommen worden ... Man kann einen Beruf, dessen Angehörige eine Verantwortung für Gesundheit und Leben der Mitbürger auf sich nehmen, nicht ohne Kontrollen lassen.“ Die ersten Jahre waren ereignisreich, alle Aufgaben, alle Probleme wurden zum ersten Mal im Rahmen dieser Kammer diskutiert. Es wird sich zeigen, dass die meisten Themen die Kammer bis in die Gegenwart begleiten.

Die ersten Ausschüsse und Kommissionen repräsentieren anschaulich, welche Aufgaben besonders dringlich waren. Deshalb seien sie hier ausnahmsweise vollständig

aufgezählt: Es waren der Facharztanerkennungsausschuss sowie der Facharztanerkennungsberufungsausschuss, der Satzungsausschuss, der Geschäftsordnungsausschuss, der Ausschuss für die Altersversorgung, die Haushaltskommission, der Schlichtungsausschuss, der Ausschuss zur Erstellung der Berufsordnung, der Fürsorgeausschuss, der Ausschuss für Ausbildung und Prüfung von Arzthelferinnen, der Ausschuss für Strahlenschutz sowie der Ausschuss für Heilbehandlung in der gesetzlichen Unfallversicherung.

Die zentrale Aufgabe, die ärztliche Fortbildung, wurde zu Beginn der bereits seit 1947 arbeitenden „Akademie für ärztliche Fortbildung“ übertragen. 1968 wurde die Akademie in die Ärztekammer Berlin integriert. Weil es existenziell war, wurde gleich 1963 eine Meldeordnung verabschiedet. Denn ein lückenloser Überblick über die ansässigen Ärzte konnte nur mit einer Anmeldepflicht gelingen. 5.100 Ärzte waren es zu Anbeginn.

„Die Berliner Ärztekammer“, seit dem 15.11.1964 offizielles Mitteilungsblatt der Ärztekammer Berlin und wichtige Informationsquelle für alle Kammermitglieder, hatte sich schnell etabliert. In den ersten Jahren erschien es alle zwei Monate. Bereits seit 1968 wird die Zeitschrift monatlich herausgegeben und allen Mitgliedern kostenfrei zugestellt.

Eine „Gutachterstelle für Schwangerschaftsunterbrechungen“ nahm zu Jahresbeginn 1965 die Arbeit auf.

1966 startete die Berliner Ärzteversorgung, mit 1.521 Mitgliedern. Nach zehn Jahren hatte sich die Mitgliederzahl verdoppelt. Als die Kammer 1963 gegründet wurde, fehlten noch die Voraussetzungen der Fürsorge und Versorgung zugunsten älterer oder arbeitsunfähiger Kollegen und deren Familien. Doch von Anfang an wurde die Schaffung eines Versorgungswerkes vorbereitet.

Seit 1969 hat die Ärztekammer Berlin einen hauptamtlichen Geschäftsführer. Der erste war der Jurist Josef Kloppenborg. Er sollte bis zum Jahr 2000 diese wichtige Position in der Selbstverwaltung der Berliner Ärzte ausfüllen.



Foto: K.Friedrich

Ass. jur. Josef Kloppenborg,  
Geschäftsführer der Ärztekammer  
Berlin, von 1969 bis 2000





Antrittsbesuch beim Regierenden Bürgermeister von Berlin, Willy Brandt, am 19.06.1963: Dr. Hermann Meins, Dr. Alexander Hasenclever, Dr. Wolfgang Schmidt, Willy Brandt (von links nach rechts).

Die gewählten Präsidenten waren in den ersten Jahren:

1963 – 1967 Dr. Hermann Meins,  
1967 – 1971 Dr. Alexander Hasenclever,  
1971 – 1975 Dr. Wolfgang Schmidt,  
der als erster angestellter Arzt in das  
Präsidentenamt gewählt wurde.

Kann es denn Zwang sein, an ärztlicher  
Fortbildung teilzunehmen? Das Thema  
Freiwilligkeit wurde in jenen ersten  
Jahren rege diskutiert, vorerst ohne zu  
einer einhelligen Antwort zu kommen.  
Seit 1972 gab die Ärztekammer Berlin  
zur Anregung und Information für ihre

Mitglieder einen halbjährlich erschei-  
nenden „Almanach für ärztliche Fort-  
bildung“ heraus, einen Vorläufer des  
heutigen Fortbildungskalenders. Alle  
Anbieter von Fortbildungen waren  
angehalten, ihre Veranstaltungen darin  
anzukündigen.

Seit 1965 ist der Beruf „Arzthelferin“ in  
Berlin staatlich anerkannt. Grundlage  
dafür war §4 des Berliner Kammer-  
gesetzes in Verbindung mit dem Berufs-  
bildungsgesetz, der die „Berufsbildung  
und die Prüfung fachlich tätiger Hilfs-  
personen der Kammerangehörigen“

regelte. Die Ausbildung gehört zu den  
Aufgaben der Kammer, ein Berufsbil-  
dungsausschuss kümmert sich um die  
ärztlichen HelferInnen. Damals wie auch  
heute – noch – eine Frauendomäne.  
Ab 1969 gab es einen Tarifvertrag, in  
jenem Jahr verdiente eine Arzthelferin  
am Beginn ihrer Berufstätigkeit 575 DM.

Die Zahl der Mitglieder der Ärztekam-  
mer Berlin hat sich in der ersten Dekade  
ihres Bestehens von der Gründung 1963  
bis 1972 von 5.100 auf 7.300 erhöht. Der  
Haushaltsetat im Jahr 1972 betrug  
957.000 DM.

Foto: Landesarchiv Berlin

# 1973 – 1982

## Komplexe Aufgaben

Das Jahr 1973 begann mit einem Jubiläum – 10 Jahre Ärztekammer Berlin wurden am 8. Februar mit einer festlichen Arbeitssitzung der Delegiertenversammlung gewürdigt. Die bevorstehende Dekade brachte komplexe Aufgaben für die ehrenamtlich tätigen Mitglieder und für die Mitarbeiter der Ärztekammer Berlin.

Landeskrankenhausgesetz und Krankenhausbedarfsplanung, kontroverse Diskussionen um Schwangerschaftsabbruch und den § 218 sowie der Umgang mit wachsenden Drogenproblemen sind ausgewählte Schwerpunkte jener Zeit.

Herausragendes berufspolitisches Ereignis war 1974 der 77. Deutsche Ärztetag in West-Berlin, der mit großem Einsatz von den Berlinern vorbereitet und von den Gästen als „überaus gelungen“ gewertet wurde.

Von 410 Anträgen auf Facharztanerkennung wurden im Jahr 1974 361 positiv entschieden. Von 129 Anträgen auf Anerkennung als Arzt für Allgemeinmedizin konnten 108 positiv beschieden werden. Die an der Ärztekammer Berlin eingerichtete Gutachterstelle Schwangerschaftsabbruch und Unfruchtbarmachung stellte 1976 ihre Arbeit nach der Änderung des §218 ein. 1975 wurden von der Gutachterstelle von 4.109 Anträgen auf Schwangerschaftsabbruch und 905 Anträgen mit zusätzlicher Sterilisation 89 abgelehnt und 85 zurückgezogen.

Eine wichtige Institution, die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen, wurde 1976 gegründet (gemeinsam mit weiteren Ärztekammern Norddeutschlands), um Streitigkeiten zu Haftpflichtansprüchen zwischen Ärzten und

Patienten außergerichtlich regeln zu können. In einer Auswertung nach zehnjähriger Tätigkeit wurde festgestellt, dass in mehr als zwei Dritteln der Schlichtungsverfahren Behandlungsfehler verneint werden konnten.

Das Drogenproblem verschärfte sich immer mehr, deshalb wurde 1977 ein Arbeitskreis Drogenfragen gegründet. Diskutiert wurde die Entwicklung eines Kooperationsmodells zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Einrichtungen, um Drogenabhängigen effektiv helfen zu können. In den Folgejahren wurden verschiedene Maßnahmen beschlossen, um der massiven Drogenprobleme in West-Berlin Herr zu werden, zum Beispiel die Ausweitung ambulanter Entzugsprogramme.

Seit 1977 gab es für alle Ärzte ein Heft zum Abstempeln nach Absolvierung von Fortbildungsveranstaltungen, um der zuvor beschlossenen Nachweispflicht genüge zu tun. Mit anerkennenden Worten vom Mitglied der Delegiertenversammlung Dr. Marian-tonius Hofmann begann der Tätigkeitsbericht 1978: „Es erfordert schon ein gehöriges Maß von Energie, Ausdauer und Einsatzbereitschaft, den Erfordernissen des eigentlichen Berufes und daneben den Aufgaben der Berufspolitik gerecht zu werden ... Ganze 18 voll angestellte Mitarbeiter hatte die Ärztekammer ...zur Verfügung, was nicht gerade für die Personalintensität dieser Institution spricht.“ Ohne die Bereitschaft der ehrenamtlich Tätigen ist das verantwortungsvolle Wirken der Ärztekammer Berlin bis heute nicht zu denken.



Der erste Standort der Ärztekammer Berlin von 1962 bis 1983 war in der Bismarckstraße 95 – 96 in Berlin Charlottenburg.

Der Vorstand bemühte sich energisch um eine Institutionalisierung der Allgemeinmedizin. 1978 erklärten sich daraufhin 30 niedergelassene Kollegen bereit, in ihren Praxen Studenten auszubilden. Doch die Situation blieb in den Folgejahren unbefriedigend.

Der 83. Deutsche Ärztetag fand 1980 im Berliner ICC statt. Im Mittelpunkt der Beratungen stand die Weiterentwicklung des so genannten „blauen Papiers“, in dem die gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft zusammengefasst wurden.

Inwieweit darf die Kammer „politisch“ sein? Dazu gab es in diesem politisch aufgeladenen Jahrzehnt kontroverse Auffassungen. Der ehemalige Präsident Dr. Wolfgang Schmidt kommentierte im Tätigkeitsbericht 1981: „Dass sich eine Delegiertenversammlung der Kammer auch mit so politisch brisanten Themen wie ‚Arzt und Atomkrieg‘ sowie ‚Zwangsernährung‘ befasst hat, liegt nach meinem Gefühl schon hart an der Grenze dessen, was eine Körperschaft des öffentlichen Rechts tun kann ... Man kann also die Ärztekammer nicht zu einem politischen Instrument umfunktionieren, dies sollten auch die jüngeren Kollegen einsehen.“ Dass die Kammer jedoch in dem Maße politisch agiert, wie es ihre Aufgaben berührt, war auch damals wohl unumstritten.

Die Weiterbildungsordnung wurde 1981 um die Zusatzbezeichnungen „Homöopathie“ und „Naturheilverfahren“ erweitert. Die Bezeichnung „Facharzt“ durfte noch bis Ende 1985 geführt werden.

Das Kammerblatt „Die Berliner Ärztekammer“ erreichte 1982 eine Auflagenhöhe von 9.500 Exemplaren. Ende 1982 hatte die Ärztekammer Berlin 9.347 Mitglieder.

# 1989

## Einladung zum Ost-West-Forum



BERLINER ÄRZTE 12-1989



## 1983 – 1992

# Zusammen wachsen

1983 bezog die Kammer neue Räume: Die Villa in der Klaus-Groth-Straße in Berlin Charlottenburg bot mehr Platz und bessere Arbeitsbedingungen.

Von 1983 bis 1987 leitete Dr. Peter Krein als Präsident die Geschicke des Hauses. Zu den Arbeitsschwerpunkten des Vorstands in jener Legislaturperiode gehörten die Themen Arbeitslosigkeit von Ärzten, Landeskrankenhausgesetz, Umweltmedizin, Katastrophenmedizin, Selbsthilfegruppen sowie die Bindung zur Bundesärztekammer.

Im gleichen Jahr wurde ein Arbeitsausschuss gebildet, der die Aufarbeitung der Rolle des ärztlichen Berufsstandes während des Nationalsozialismus untersuchte.

Anfang der 1980er Jahre bemühte sich der Ausschuss Allgemeinmedizin wiederholt darum, die Errichtung eines Lehrstuhls Allgemeinmedizin an der Freien Universität zu erreichen – bis zu diesem Zeitpunkt leider immer noch ohne Erfolg (heute ist ein Lehrstuhl an der Charité eingerichtet). Doch die Notwendigkeit war gegeben. Denn trotz zunehmender Arztdichte und einer Überversorgung in einigen Fachrichtungen gab es zu jener Zeit zu wenig Allgemeinmediziner.

Eine kleine Statistik zu Beginn der dritten Dekade des Bestehens der Ärztekammer Berlin: 1983 gab es in West-Berlin pro 223 Einwohner einen berufstätigen Arzt, insgesamt waren es 8.294 berufstätige Ärzte. Auffallend hoch im Vergleich zum Bundesgebiet war in West-Berlin mit 36,4 Prozent der Anteil von Ärztinnen. Im Bundesdurchschnitt waren es unter 30 Prozent. In den

Weiterbildungsausschüssen wurden 36 Prüfungen für die Führung einer Gebiets- oder Teilgebietsbezeichnung durchgeführt.

Die Drogenproblematik stellte sich in West-Berlin schon immer schärfer dar als im Bundesgebiet. Die Ärztekammer Berlin beschäftigte sich fortlaufend mit dem Thema. 1985 veröffentlichte der Arbeitskreis Drogenfragen in der Kammerzeitschrift zur Information der Ärzte eine Liste von Arzneimitteln, die als Ersatzdrogen missbraucht wurden. Unterstützt wurden Ärzte auch durch die Entwicklung eines fälschungssicheren Rezepts.

1985 beschloss der Vorstand, eine Ethikkommission einzurichten. Sie hat die Aufgabe, dem Arzt, der für die Durchführung eines Forschungsvorhabens am Menschen verantwortlich ist, bei der Beurteilung ethischer und rechtlicher Gesichtspunkte zu helfen.

Die Zahl arbeitsloser Ärzte stieg in den 1980er Jahren immer weiter, die Arbeitsmöglichkeiten verschlechterten sich. 1986 waren 24,5 Prozent der Kammermitglieder berufsfremd tätig oder arbeitslos (534 Arbeitslose). Die Ärztekammer Berlin reagierte 1987 mit der Bildung eines Arbeitskreises arbeitslose Ärzte.

Auf das Reaktorunglück von Tschernobyl im April 1986 reagierte die Delegiertenversammlung mit dem Entschluss, eine Informationsveranstaltung für Ärzte zu den medizini-

schen Auswirkungen von ionisierenden Strahlen und den Folgen von Kernkraftwerksunfällen zu initiieren. Das Interesse war riesig, der Einladung in die „Rostlaube“ der Freien Universität folgten rund 1.000 Ärzte.

1987 wurde Dr. Ellis Huber zum Präsidenten der Ärztekammer Berlin gewählt, er hatte dieses Amt bis 1999 inne.

Ärzte im Praktikum erhielten ab 1987 nach neuem Tarif ein Entgelt von 1.500 DM im ersten und 1.750 DM im zweiten Jahr, Verheirateten wurde ein Zuschuss von 90 DM gewährt.

1989 war Berlin Gastgeber des 92. Deutschen Ärztetages. Hauptthemen waren die ärztliche Fortbildung, das Spannungsverhältnis zwischen Datenschutz und Datennutzung in der Forschung sowie die Arbeitsmarktsituation für Mediziner. Während der Veranstaltung wurde erstmals die von der Ärztekammer Berlin erarbeitete Ausstellung „Der Wert des Menschen – Medizin in Deutschland 1918 - 1945“ gezeigt, die sich auch mit dem Thema „Euthanasie“ in der Nazi-Zeit im medizinischen Kontext beschäftigte. Sie wurde in den Folgejahren in mehreren deutschen Städten präsentiert und stieß anschließend auf ihrer Tournee durch Nordamerika auf großes Interesse.

Vor dem Fall der Berliner Mauer sei noch einmal eine kurze Bilanz in Zahlen für das Jahr 1989 gezogen:

Delegiertenversammlung: 91 Delegierte,  
Vorstand: 11 Mitglieder,  
Beschäftigte der Ärztekammer Berlin: 31,5;  
Mitglieder der Ärztekammer Berlin: 12.475,  
(davon 787 Ärzte im Praktikum, sie  
wurden erstmals in die Statistik aufge-  
nommen),  
Anteil der Ärztinnen: 39,7 Prozent,  
(Bundesrepublik: 31,2 Prozent).

Ab dem 9. November 1989 wurde alles  
anders: Nach dem Fall der Mauer unter-  
stützte die Kammer vorerst die Bemü-  
hungen um eine ärztliche Selbstorgani-  
sation und Selbstverwaltung in der DDR.  
Im Kontext des Vereinigungsprozesses  
beider deutscher Staaten wurde die  
Vereinigung ihrer Ärzteschaften und  
ihres jeweiligen Gesundheitswesens zum  
herausragenden Arbeitsfeld der Kammer.  
Im Dezember 1990 wurde die erste  
Gesamtberliner Kammerwahl durchge-  
führt, nachdem alle Ostberliner Ärzte  
zum 3. Oktober kraft Gesetz Mitglied der  
Ärztekammer Berlin wurden. 29 der ins-  
gesamt 90 gewählten Vertreter der  
Delegiertenversammlung kamen aus  
dem Ostteil, das entsprach dem Zahlen-  
verhältnis in der Ärzteschaft. (Heute  
besteht die Delegiertenversammlung aus  
insgesamt 46 Mitgliedern.)

Die Sitzverteilung der neuen Delegier-  
tenversammlung sah wie folgt aus:  
Marburger Bund 9, Berliner Kammerliste  
2, Aktionsgemeinschaft Äskulap 31, Aktion  
Integration 12, Fraktion Gesundheit 36  
Sitze. Von den anschließend gewählten  
Vorstandsmitgliedern kamen vier und die  
Vizepräsidentin aus dem Ostteil der  
Stadt.

Insgesamt hatte Berlin zu diesem Zeit-  
punkt 20.034 Ärzte (12.799 West, 7.235  
Ost). Während übrigens im Westteil 40,2  
Prozent der Ärzte weiblich waren, gab es  
im Ostteil 57 Prozent Ärztinnen.

Die wirtschaftliche Situation der nieder-  
gelassenen Ärzte ist durchschnittlich  
schlechter als im Bundesgebiet, konsta-



tierte der Vorstand 1990. Er sehe mit  
großer Sorge die zunehmende wirt-  
schaftliche Bedrohung der ambulanten  
ärztlichen Tätigkeit. Die Gründe dafür  
seien in der schlechteren Sozialstruktur  
und den dadurch bedingten niedrigeren  
Kopfpauschalen in West-Berlin zu suchen.  
1991 war es vordringliche Aufgabe, die  
Gesundheitsversorgung in ganz Berlin  
zu vereinheitlichen. Die Ärztekammer  
Berlin bemühte sich, auf der Grundlage  
der im Ostteil gewachsenen Strukturen  
(Polikliniken) Alternativmodelle zur  
kassenärztlichen Einzelpraxis zu ent-  
wickeln.

Alle Mitglieder der Delegiertenversamm-  
lung und des Vorstandes der Ärztekam-  
mer Berlin seien daraufhin zu überprü-  
fen, ob sie Mitarbeiter oder Informanten  
des Ministeriums für Staatssicherheit der  
ehemaligen DDR gewesen seien oder  
sonstige nachrichten- oder geheim-  
dienstliche Tätigkeit geleistet hätten. Das  
beschloss die erste Gesamtberliner  
Delegiertenversammlung.

Die Strukturen der ärztlichen Weiter-  
bildung wurden in Ost und West  
angeglichen. Wegen des höheren  
Arbeitsaufkommens durch die höhere  
Mitgliederzahl nach der Wiederver-  
einigung wurde die Zahl der Weiterbil-  
dungsausschüsse von fünf auf sieben  
erhöht.

Ein neues Logo zierte seit 1992 alle  
Geschäftspapiere der Ärztekammer  
Berlin. Der Entwurf stammt von der  
Berliner Grafikagentur Sehstern. Sie  
stellte die Buchstaben Ä und K in dem  
berühmten Kreisquadrat von Leonardo  
da Vinci figurenhaft typografisch dar.

Zum Ende der dritten Dekade in der  
Geschichte der Berliner Ärztekammer  
noch etwas Statistik aus dem Jahr  
1992: Berufstätige Ärzte: 15.916, davon  
im Westteil 9.971 und im Ostteil Berlins  
5.945 Arztdichte: ein Arzt auf 217  
Einwohner im Westteil und auf 216  
Einwohner im Ostteil Arbeitslose Ärzte:  
900 im Westteil und 300 im Ostteil.

# 1993 – 2002

## Kostendruck und Verantwortung

Wie lange kann ein Arzt am Stück „durcharbeiten“ und dabei gleichbleibend verantwortungsvoll und professionell entscheiden und handeln? Wie viel Krankenhaus braucht Berlin oder will es sich leisten? – Das Jahrzehnt um die Jahrtausendwende brachte harte Einschnitte und kontroverse gesundheitspolitische Diskussionen. Die Ärztekammer Berlin mischte sich ein: als konsequenter Interessenvertreter ihrer Mitglieder, der Berliner Ärzte, sowie der Patienten.

Beherrschendes gesundheitspolitisches Thema des Jahres 1993 und der Folgejahre waren das Gesundheitsstrukturgesetz sowie die Pläne des Berliner Senats zur Neustrukturierung des Krankenhauswesens und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Die Statistik zählte 1993 insgesamt 21.084 Ärzte in Berlin, davon 14.029 im westlichen und 7.055 Ärzte im östlichen Teil der Stadt. 1.400 arbeitslose Ärzte wurden registriert. Die Arztdichte war erstmals seit der Wende im Osten (224 Einwohner je Arzt) niedriger als im Westen (210 Einwohner je Arzt).

Auch 1994 waren die Auswirkungen des Gesundheitsstrukturgesetzes in allen Bereichen der ärztlichen Berufsausübung spürbar, schwerpunktmäßig bei der ärztlichen Versorgung in den Krankenhäusern. Betroffen waren auch Ärzte, die sich niederlassen, sowie Ärzte, die ihre Praxis abgeben wollten. Sie wurden von der Ärztekammer Berlin über ihre Möglichkeiten unter dem Gesundheitsstrukturgesetz beraten.

Die Unterschiede in den Arbeits- und Lebensbedingungen der Ärzte in Ost und



BERLINER ÄRZTE 07-1993

West lebten auch Mitte der 1990er Jahre noch fort. In der Altersversorgung beispielsweise wurden für Rentner mit niedrigen Bezügen im Ostteil Berlins Überbrückungsdarlehen gezahlt, bis die Neuberechnungen durch die BfA abgeschlossen waren.

Die Kammerwahlen 1995 bestätigten Präsident Dr. Ellis Huber in seinem Amt, als Vizepräsident wurde Dr. Günther Jonitz gewählt. Er machte es sich neben anderem zur Aufgabe, sich um die Arbeitsbedingungen in den Berliner Krankenhäusern zu kümmern. Eine Umfrage zur „Arbeitszufriedenheit junger Ärztinnen und Ärzte“ förderte teilweise erschreckende Ergebnisse zutage, sowohl was die Arbeitsbedingungen als auch die Zukunftsaussichten betraf.

Ein Konflikt zwischen den Interessen der Ärzteschaft einerseits und denen der pharmazeutischen Industrie andererseits beschäftigte im Jahr 1995 die Öffentlichkeit. Ärztekammerpräsident Dr. Huber stellte als Herausgeber eine „Positivliste“ mit Empfehlungen für die

ärztliche Ordnungsweise von Arzneimitteln vor. Deren Vertrieb wurde kurz darauf auf Antrag mehrerer Unternehmen der pharmazeutischen Industrie wegen angeblicher Wettbewerbswidrigkeit durch einstweilige Verfügungen untersagt. Wegen des hohen Streitwertes hatte sich die Ärztekammer Berlin diesen Gerichtsentscheidungen zunächst unterworfen. Die Delegiertenversammlung beschloss jedoch, dass eine Neuauflage der Arzneimittelliste durch einen entsprechenden Ausschuss erarbeitet werden soll.

Erstmals wurde 1995 der Hertha-Nathorff-Preis von der Ärztekammer Berlin für herausragende Abschlussarbeiten in Postgraduierten Studiengängen im Bereich Public Health verliehen. Die ersten Preisträger waren Dr. med. Markus Herrmann, Dipl.-Psych. Uta Buchmann und Hannah Kraus.

Die Ärztekammer Berlin stellte 1995 ein Leitbild mit folgenden berufspolitischen Prämissen auf: „Die Ärzteschaft dient den Gesundheitsinteressen der Menschen“, „Unsere ärztlichen Aufgaben lösen wir gemeinsam mit den Patienten“, „Unsere ärztliche Leistung ist Hilfe zur Autonomie“, „Keine medizinischen Eingriffe ohne Nutzen für den Patienten“, „Das Gesundheitssystem als soziales Gefüge“, „Unsere Medizin folgt einem ganzheitlichen Menschenbild“, „Wir sind dem Menschen zugewandt, kollegial und offen“.

Seit 15. Mai 1996 hat die Ärztekammer Berlin einen eigenen Internetauftritt:



[www.aerztekammer-berlin.de](http://www.aerztekammer-berlin.de). Neben der allgemeinen Vorstellung der Ärztekammer Berlin mit ihren Aufgaben, ihrer Struktur und der Erreichbarkeit wurden die Weiterbildungsordnung, die Berufsordnung, die Berliner Ärztestatistik, aktuelle Pressemitteilungen und Service-Links eingestellt.

Der Berliner Gesundheitspreis wurde am 15.03.1996 erstmals vergeben. Im gemeinsam ausgeschriebenen bundesweiten Ideenwettbewerb des AOK-Bundesverbandes, der AOK Berlin und der Ärztekammer Berlin werden innovative und zukunftsweisende Projekte der Gesundheitsversorgung geehrt. Das Motto des ersten Gesundheitspreises lautete „Der Mensch ist unser Maß“ und galt innovativen Versorgungskonzepten. Der 1. Preis ging an den Reformstudien-gang für Medizin am Virchow-Klinikum.

Der Vorstand legte 1996 ein „Programm zur Qualitätsentwicklung und Kostenminimierung im Gesundheitssystem“ vor und stellte es als „Berliner Gesundheitsreform“ zur Diskussion.

Die MUT feierte 1996 ihr fünfjähriges Jubiläum als Tochter der Ärztkammer Berlin. Aus der anfänglich beratenden Tätigkeit für arbeitslose und von Arbeitslosigkeit bedrohte Ärzte sowie weitere Fachkräfte des Gesundheitswesens hat sich die MUT im Laufe der Jahre zu einem Unternehmen mit 300 Beschäftigten in der Arbeits- und Gesundheitsförderung entwickelt. Seit 1991 erhielten insgesamt 1.230 Beschäftigte eine Festanstellung. Die MUT war 1989 von drei West-Berliner Ärzten gegründet worden.

Da immer noch das Problem bestand, dass Ärzte in Weiterbildung nicht oder nur gering bezahlt wurden, beschloss die Delegiertenversammlung 1997 eine Änderung der Weiterbildungsordnung,

die grundsätzlich eine angemessene Vergütung von Weiterbildungszeiten forderte.

1998 wurde durch eine Kammergesetz-änderung die Mitgliederzahl der Delegiertenversammlung von vorher 90 auf 45 reduziert. Ein weiterer Sitz ist seitdem einem Vertreter der Universität vorbehalten.

1998 führten die Ergebnisse eines Gutachtens des Berliner Senats zur Krankenhausplanung zu heftigen Debatten. Nach langen Jahren der Stagnation in der Krankenhausplanung gab die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales ein Gutachten in Auftrag, um eine objektive Grundlage für die künftige Krankenhausplanung zu erhalten. Diese Vorgehensweise wurde vom Vorstand der Ärztekammer Berlin mitgetragen. Nicht jedoch die Schlussfolgerungen, die der Senat zog: „Die Ergebnisse des Gutach-

tens, nämlich die Schließung mehrerer kompletter Krankenhäuser, die vollständige Privatisierung der städtischen Krankenhäuser und die Zusammenlegung von Abteilungen konnten von Vorstand und Delegiertenversammlung weder medizinisch noch ökonomisch nachvollzogen werden und wurden deutlich abgelehnt“.

Auch der Fort- und Weiterbildung der Mitglieder wurde in 1998 große Aufmerksamkeit gewidmet. Neu aufgenommen wurden die Themen Internetschulung für Ärzte und Spezielle Schmerztherapie. Erstmals erschien 1998 eine spezielle Service-Broschüre, die neuen Mitgliedern der Ärztekammer Berlin überreicht wurde und ihnen Orientierung bot.

Auf Initiative der Ärztekammer Berlin wurde 1998 in Berlin der erste EbM-



Kongress veranstaltet, auf dem das Deutsche Netzwerk für Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) als Arbeitsgemeinschaft gegründet wurde.

Im Januar 1999 wurde ein neuer Vorstand gewählt. Neuer Präsident wurde Dr. Günther Jonitz, Vizepräsident Dr. Elmar Wille. Damit wurde ein umfassender personeller und politischer Wechsel herbeigeführt. „Der neue Vorstand unter der Leitung von Herrn Dr. Günther Jonitz ist angetreten, um die Ärztekammer Berlin intern zu reformieren und zu einem Dienstleistungsunternehmen für die Mitglieder, aber auch für die sich uns anvertrauenden Patienten umzugestalten.“ Die Kammer versteht sich fortan als Institution, die hoheitliche Aufgaben übernimmt und dabei in besonderem Maße eine hohe Gemeinwohlbindung gegenüber der Bevölkerung ausübt. Seitdem wurde eine konstruktive und vertrauensvolle Koalition zwischen Haus-, Klinik- und niedergelassenen Ärzten zur gelebten Realität. 1999 wurde Dr. Gerhard Andersen Geschäftsführer der Ärztekammer Berlin. Er war der erste Arzt in diesem Amt. Die Struktur der Ärztekammer Berlin wurde erfolgreich einer Reorganisation unterzogen. Zum Ende des Jahres 1999 hatte die Kammer insgesamt 73 Mitarbeiter.

Die satzungsmäßige Aufgabe der Ernst-von-Bergmann-Akademie ist die industrieunabhängige Fort- und Weiterbildung der Berliner Ärzteschaft. Der 102. Deutsche Ärztetag in Cottbus beschloss die Einführung einer bundesweiten Akkreditierung und freiwilligen Zertifizierung ärztlicher Fortbildung bis zum Jahr 2002. Der Vorstand beauftragte die Akademie, konkrete Vorschläge zur Umsetzung dieses Beschlusses für die Berliner Ärzteschaft zu erarbeiten. Dabei wurden auch die Vor- und Nachteile einer freiwillig zertifizierten Fortbildung diskutiert.

Die Jahrtausendwende brachte die einstimmige Entscheidung eines unabhängigen

Preisgerichts für den Entwurf des Architekturbüros Hascher & Jehle, Berlin, für den Bau des eigenen Kammergebäudes. Dem ging eine europaweite Ausschreibung voraus.

Ein „Arbeitskreis junge Ärzte“ wurde im Jahr 2000 gebildet. Er wurde konzipiert als offenes berufspolitisches Forum, in dem sich die Mitglieder unter anderem mit den Themen Weiterbildung, Arbeitszeitgesetz, Strukturprobleme, Überstunden, Hierarchie und Abhängigkeit auseinandersetzen.

In BERLINER ÄRZTE Ausgabe 10/2000 wurde unter der Überschrift „Mischen Sie sich ein!“ mit folgenden Worten für den Arbeitskreis geworben: „Ärztinnen und Ärzte in Facharzt Ausbildung sind leider ausgesprochen selten berufspolitisch aktiv. Das ist schade, denn als Berufsvertretung für alle Berliner Ärzte ist für unsere Arbeit gerade der Blickwinkel junger Ärzte von großer Bedeutung. Um aus den Bedürfnissen der jungen Kolleginnen und Kollegen fundierte berufspolitische Vorschläge abzuleiten, brauchen wir Sie.“ Um auf die schwierigen Arbeitsbedingungen junger Ärzte aufmerksam zu machen, engagierten sie sich mit verschiedenen Aktionen: Zum Beispiel putzten sie 2002 öffentlichkeitswirksam gegen einen geringen Obolus in der Friedrichstraße Autoscheiben und Schaufenster. Das Geld wurde der damaligen Gesundheitsministerin symbolisch für die Einrichtung neuer AiP-Stellen übergeben.

Die Grundsteinlegung für den Neubau des neuen Verwaltungsgebäudes in der Friedrichstraße 16 erfolgte am 19. Juli 2001. Es war ein festliches Ereignis, von frohen Erwartungen aller Beteiligten begleitet. Die Delegiertenversammlung setzte sich 2001 kritisch mit der geplanten Einführung eines neuen, bundesweit geltenden, pauschalisierten Vergütungssystems der Krankenhausfinan-

## Evidenzbasierte Medizin



zierung auseinander, des so genannten Fallpauschalengesetzes (DRG – Diagnosis Related Groups). Präsident Dr. Jonitz reklamiert bis heute vehement die negativen Folgen dieser Einführung in den Kliniken.

Die Ärztekammer Berlin übte 2001 scharfe Kritik an der Erpressung des Krankenhauses Moabit durch Berliner Krankenkassen. Sie trieben das Krankenhaus durch verzögerte Zahlungen für die Behandlung ihrer Versicherten in die Zahlungsunfähigkeit. Die Ärztekammer Berlin reichte eine Dienstaufsichtsbeschwerde gegen die Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen ein und schaltete eine Anzeigenkampagne in Berliner Tageszeitungen.

2002 wurde das Qualitätsbüro Berlin (QBB) gegründet, eine gemeinsame Einrichtung der Krankenkassenverbände Berlin, der Berliner Krankenhausgesellschaft e. V., der Ärztekammer Berlin und des Landespflegerates Berlin-Brandenburg zur externen vergleichenden Qualitätssicherung in der stationären Versorgung nach § 137 SGB V. Die organisatorische Verantwortung liegt in der Ärztekammer Berlin.

## 2003 – 2012

# Transparent und engagiert

Das fünfte Jahrzehnt der Ärztekammer Berlin begann 2003 mit Kontinuität. Die Kammerwahl bestätigte Präsident Dr. Günther Jonitz und Vizepräsident Dr. Elmar Wille im Amt.

Am 2. Juni 2003 fuhren die Umzugs- wagen an der Friedrichstraße 16 vor. Das neue Verwaltungsgebäude war nach zwei Jahren Bauzeit bezugsfertig. Zuvor nahmen etwa 1.000 Mitglieder sowie die Mitarbeiter der Ärztekammer Berlin ihr neues Haus während eines Tages der offenen Tür in Augenschein.

„Wichtigstes Ziel der Ärzteschaft war es, im Frühjahr 2003 strukturelle Eingriffe in das Versorgungssystem zu verhindern, die von Seiten des

Gesundheitsministeriums zunächst in die Referentenentwürfe des Gesetzes geschrieben worden waren“, stellte der Vorstand in seinem Vorwort zum Tätigkeitsbericht fest. Dieses Ziel wurde weitgehend erreicht, indem in dem umstrittenen Gesundheitsmoderni- sierungsgesetz folgende kritischen Punkte verhindert wurden: die Schwächung der fachärztlichen Versor- gung durch Zerschlagung der Kassen- ärztlichen Vereinigungen; die Beschrän- kung der fachärztlichen Versorgung auf Gesundheitszentren und Kranken- häuser; eine Einschränkung der freien Arztwahl durch Gatekeeper- Modelle; die Schaffung eines staatlichen „Instituts für Qualität in der Medizin“, das Vorgaben zu Behandlungsverfahren

gibt und damit ärztliche Therapie- freiheit drastisch einschränken würde. Die Ärzte verliehen ihren Forderungen durch Protestaktionen Nachdruck, unter anderem durch die kurzzeitige flächendeckende Schließung von Arztpraxen.

Der Vorstand der Kammer unterstützte die Aktionen.

Die Delegiertenversammlung verabschiedete 2003 eine neue Fortbil- dungsordnung: Die Zertifizierung der Fortbildung wird zur Regelaufgabe. Alle Veranstaltungen werden mit Punkten versehen. Das vom Gesetz- geber verlangte Fortbildungszertifikat erhält, wer in drei Jahren 150 bezie- hungsweise in fünf Jahren 250 Punkte sammelt.



BERLINER ÄRZTE 02-2002



BERLINER ÄRZTE 05-2005



BERLINER ÄRZTE 08-2005



Neu gegründet wurde 2003 ein Ausschuss für Menschenrechtsfragen.

2003 arbeiteten in der Ärztekammer Berlin 81 Mitarbeiter. Von den insgesamt 24.940 Mitgliedern der Ärztekammer Berlin waren 17.936 berufstätige Ärzte.

2004 verabschiedete die Delegiertenversammlung eine Neufassung der Weiterbildungsordnung. Die Weiterbildung sollte praktikabler werden, es gelang, die Vielzahl der Bezeichnungen erheblich zu reduzieren.

Erstmals in ihrer Geschichte wehrte sich die Ärztekammer Berlin 2004 auf offiziellem Klageweg gegen die Übernahme einer vom Gesetzgeber verordneten kammerfremden Aufgabe. Das Verfahren endete mit einem Vergleich, der einem Sieg der Ärztekammer Berlin gleichkam. Worum ging es? Die ehrenamtliche Ethikkommission der Kammer hatte bisher forschende Ärzte zur ethischen und rechtlichen Vertretbarkeit von klinischen Versuchen am Menschen

beraten. Durch das aktuelle Arzneimittelgesetz wurde die „zustimmende Bewertung“ der Ethikkommission zur zwingenden Voraussetzung für den Beginn einer Arzneimittelstudie. Antragsteller ist dabei nicht mehr der Arzt, sondern das beauftragende Pharmaunternehmen. Das konnte die Ärztekammer Berlin auch wegen der haftungsrechtlichen Folgen nicht leisten. Der Präsident der Ärztekammer Berlin kritisierte in diesem Zusammenhang den Einfluss der Pharmaunternehmen. Er fordert seitdem unablässig von der Pharmaindustrie unbeeinflusste Informationen für Patient und Arzt und tritt gegen den Pharmed lobbyismus auf.

Ein Ombudsmann soll künftig als Ansprechpartner für Probleme rund um die Weiterbildung zur Verfügung stehen. Ein entsprechendes Statut mit den Regeln für dieses Amt wurde 2004 von der Delegiertenversammlung verabschiedet. 2005 wurde der erste Ombudsmann eingesetzt.

Nach 16 Jahren fand 2005 der 108. Ärztetag wieder einmal in Berlin statt. Die Eröffnungsrede des Berliner Kammerpräsidenten zu den Themen ärztliche Arbeitsbedingungen, Zukunft der Medizin und demografischer Wandel fand große Resonanz. Der Leitantrag zur Patientensicherheit wurde einstimmig angenommen. Das Thema Patientensicherheit hatte in der Ärztekammer Berlin in den vorangegangenen Jahren einen besonderen Stellenwert eingenommen. Von ihr angestoßene Aktivitäten wie die Ausschreibung des Berliner Gesundheitspreises 2003 zum Thema „Fehlervermeidung in Medizin und Pflege“ und ein Workshop zum Thema Patientensicherheit in 2004 führten schließlich zur Gründung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) im Jahr 2005. Die Ärztekammer Berlin gehörte zu den Initiatoren und Gründungsmitgliedern. Als stellvertretender Vorsitzender stellte der Berliner Kammerpräsident fortan das Thema Patientensicherheit an die oberste



BERLINER ÄRZTE 09-2001



BERLINER ÄRZTE 08-2006



BERLINER ÄRZTE 01-2009

Stelle der Agenda. Bis heute berät Dr. Jonitz als Fachexperte für Patientensicherheit das Bundesministerium für Gesundheit in internationalen Gremien wie EU und WHO.

Eine „Resolution gegen die Durchführung von Anästhesien durch nichtärztliches Personal“ beschloss die Delegiertenversammlung 2005. Hintergrund waren befürchtete Sicherheitsrisiken für Patienten mit der Einführung von Medizinischen Assistenten für Anästhesie durch einen Krankenhauskonzern.

Im Herbst 2005 tauchte die „Vogelgrippe“ erstmals in Europa auf. Die Kammer bemühte sich um eine Versachlichung der öffentlichen Diskussion. Sie vermittelte kompetente Ansprechpartner und verwies auf die problematischen Folgen der Einnahme von Grippemitteln wie Tamiflu ohne ärztliche Aufsicht.

Das Jahr 2006 war ein hoch politisiertes Jahr. Nicht nur, aber besonders in

Berlin gingen Tausende Ärzte auf die Straße, um gegen die Gesundheitsreform zu protestieren. Im Mittelpunkt der Kritik standen das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz. Die Ärzte hatten es geschafft, gemeinsam für ihre Interessen einzutreten, über die eigene Fachrichtung und den Beschäftigungsstatus hinweg. Trotzdem wurde die Gesundheitsreform gegen alle Widerstände der Fachleute von der Politik durchgesetzt. Zentrales Thema des Vorstands war 2006 die Auseinandersetzung mit der Novelle des Berliner Kammergesetzes. Sie sah die Einrichtung einer eigenständigen Vertreterversammlung für die Berliner Ärzteversorgung vor. Die enthaltene Ämterkollisionsklausel besagte, dass Kammervorstandsmitglieder nicht gleichzeitig im Aufsicht- und Verwaltungsausschuss der Ärzteversorgung vertreten sein sollen. Der Vorstand votierte dagegen. Eine zusätzliche Vertreterversammlung neben der Delegiertenversammlung

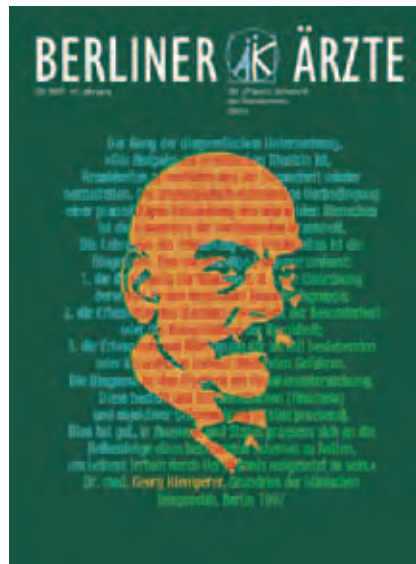
wurde als ausufernde Bürokratie gewertet. Erstmals wurde 2011 eine 12-köpfige Vertreterversammlung der Berliner Ärzteversorgung gewählt, mit dem Vorsitzenden Elmar Wille. Dieses neue Legislativ-Organ war aufgrund einer Novelle des Berliner Heilberufgesetzes notwendig geworden.

Mit Beginn der 12. Legislaturperiode 2007 nahmen die neue Delegiertenversammlung und der neue Vorstand ihre Arbeit auf. Die bewährte Koalition aus Haus-, Fach- und Krankenhausärzten wurde vom Wähler bestätigt. Erstmals und von nun an jährlich verlieh die Ärztekammer Berlin 2007 die Georg-Klemperer-Ehrenmedaille. Viele Nachfahren Klemperers aus aller Welt kamen zum Festakt in die Kammer.

Neben der Wiedereinführung des Internisten ohne Schwerpunkt ging die Ärztekammer Berlin 2007 als erste Kammer den Schritt zurück zur Allgemeinmedizin als eigenständiges



BERLINER ÄRZTE 01-2007



BERLINER ÄRZTE 03-2007



BERLINER ÄRZTE 04-2007

Gebiet. Dieser Entschluss spiegelte die Einsicht, dass die „Zwangsehe“ von Internisten und Allgemeinmedizinerinnen nicht mit der Realität übereinstimmte. Nach anfänglich großem Widerstand wurde dieses Fachgebiet 2010 bundesweit in die Muster-Weiterbildungsordnung aufgenommen.

Der Vorschlag des Berliner Kammerpräsidenten, ein nationales Endoprothesenregister einzurichten, fand bundesweit Zustimmung und wurde auch von den zuständigen Bundesgremien aufgegriffen.

Der erste Kammertag, und weitere sollten folgen, wurde 2008 veranstaltet. Eingeladen waren alle 280 ehrenamtlichen und 88 hauptamtlichen Mitarbeiter. Es war und ist das Ziel der Kammertage, die Zusammenarbeit zwischen Haupt- und Ehrenamt zu vertiefen. Der Kammertag bildet seitdem den festlichen Rahmen für die Verleihung der Georg-Klemperer-Ehrenmedaille.

Nach dem vollständigen Relaunch des Internetauftritts 2008 erleichtern Nutzerportale den Zugang zu Informationen. Mit der Einrichtung eines Online-Mitgliederportals konnte nun ein Großteil der Kommunikation zwischen Mitgliedern und Kammer auf elektronischem Weg erfolgen. Seitdem sind auch die Fortbildungspunktekonten online einsehbar.

Critical Incident Reporting Systems (CIRS): Die Berliner Ärztekammer war 2008 die erste in Deutschland, die ein regionales Netzwerk gründete, das die Einrichtung von Fehlermeldesystemen in Kliniken unterstützt.

Die Broschüre des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) „Aus Fehlern lernen“ unter der Mitarbeit von Dr. Jonitz stieß 2008 auf große Resonanz. Sie reflektierte einen neuen Umgang mit dem Thema Behandlungsfehler.

Neuer Geschäftsführer der Ärztekammer Berlin wurde 2008 der Jurist

Michael Hahn. Sein Vorgänger Dr. med. Gerhard Andersen schied im Januar 2009 aus dem Amt.

Ohne das Ehrenamt könnte die Kammer ihre Aufgaben als demokratisch legitimierter Interessenvertreter der Ärzteschaft nicht wahrnehmen. 2009 zählte die Ärztekammer Berlin 431 Ärzte, die ehrenamtliche Aufgaben übernahmen.

Die Kammer startete 2009 eine Informationsaktion zu der Impfung gegen Humane Papilloma-Viren, die von der Ständigen Impfkommission für Mädchen im Alter von 12 bis 17 Jahren empfohlen wird. Die Ärztekammer Berlin erläuterte in der Berliner Erklärung ihre kritische Haltung zur Werbekampagne rund um die Impfung.

Mit täglich aktualisierten Informationen auf ihrer Website trägt die Ärztekammer Berlin 2009 dem Informationsbedarf zum Thema Schweine-



BERLINER ÄRZTE 08-2009



BERLINER ÄRZTE 08-2011

### Ausstellung: 25 Jahre gestaltete Titelbilder von SEHSTERN

Anlässlich des 50-jährigen Jubiläums der Ärztekammer Berlin sind in den Räumen der Kammer in der Friedrichstraße 16 eine Auswahl der von Sehstern über 25 Jahre gestalteten Titel der BERLINER ÄRZTE zu sehen.







grippe Rechnung. Seit vielen Jahren ist die Patientensicherheit berufspolitischer Schwerpunkt der Vorstandsarbeit. Die Ärztekammer Berlin arbeitet aktiv in mehreren nationalen und internationalen Gremien zur Patientensicherheit und Qualitätssicherung mit.

Dr. Jonitz wurde 2009 zum Vorsitzenden des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) gewählt. Der damalige Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler wurde Schirmherr, heute ist es sein Nachfolger Daniel Bahr. Der Arbeitskreis Arbeitsmedizin wurde 2009 neu gegründet.

2009 hat sich die Ärztekammer Berlin der bundesweiten Evaluation der Weiterbildung angeschlossen. Sie beruht auf einer Initiative Berliner Delegierter auf dem Deutschen Ärztetag 2007.

Der 3. Kammertag im Jahr 2010 stand unter dem Motto: „325 Jahre Medizinal-edikt des Großen Kurfürsten – Ärztekammer Berlin im Dienste der Allgemeinheit“.

Der Kammerpräsident legte auch 2010 den Fokus seiner Tätigkeit auf: Qualitätssicherung, Patientensicherheit,

Evidenzbasierte Medizin / Sauberes Wissen. Zum ersten Mal wurde ein Fortbildungskongress zum Thema „Ärztliche Führung“ durchgeführt. Dieses im ärztlichen Kontext neue Thema stieß auf sehr großen Zuspruch.

Die Delegiertenversammlung verabschiedete 2010 eine Resolution gegen die im Sozialgesetzbuch V festgelegte Benachteiligung niedergelassener Ärzte bei der Möglichkeit, Verträge zur integrierenden Versorgung abzuschließen. Die ebenfalls von der Delegiertenversammlung 2010 verabschiedete Resolution „Fairer Wettbewerb im Gesundheitswesen braucht Chancengleichheit“ richtet sich an den Gesetzgeber, von dem ein Recht auf Vertragsgestaltung, das Recht auf Abschluss von Rabattverträgen sowie das Recht auf Information durch Routinedaten eingefordert wird.

Die Delegiertenversammlung verabschiedete 2010 ebenfalls ein Positionspapier zum elektronischen Heilberufsausweis. Sie stimmte ihm aus praktischen Gründen zu, um ein einheitliches Vorgehen in der Bundesrepublik zu

ermöglichen. Hinsichtlich der elektronischen Gesundheitskarte behielt sie ihre kritische Haltung bezüglich der Sicherheit der Patientendaten bei.

In der Berliner Kammerwahl 2010 wurde die Liste „Allianz Berliner Ärzte/Hartmannbund/NAV-Virchowbund mit 32,1 Prozent der Stimmen wiederholt stärkste Fraktion. Es folgten der „Marburger Bund“ mit 28,1 Prozent, die „Fraktion Gesundheit“ mit 25,2 Prozent, die „Hausarztliste/BDA“ mit 10 Prozent und „Niedergelassene Ärzte“ mit 2,4 Prozent.

Weil die gendiagnostische Beratung im Zusammenhang mit genetischen Untersuchungen ab 2012 nur speziell qualifizierten Ärzten gestattet ist, wurden ab 2011 Fortbildungen zum Gendiagnostik-Gesetz durchgeführt.

Der Arbeitskreis „Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin“ wurde 2011 eingerichtet. Seine Aufgabe ist es, losgelöst von klinik- oder fachgruppenzentrierten Interessen in der Akut- und Notfallmedizin sowohl präklinische als auch klinische Aspekte der Notfallversorgung zu beleuchten und Ideen zu entwickeln, die interdisziplinär und sektorenübergreifend zur Verbesserung der Akut- und Notfallversorgung beitragen.

Der Kammerpräsident hat sein Engagement in Gremien zur Qualitätssicherung und Patientensicherheit national und international fortgesetzt. Dazu gehören das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH / Institut für Qualität und Patientensicherheit BQS sowie das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).

Kritisch setzte sich der Kammerpräsident mit Mindestmengen auseinander, die nicht evidenzbasiert sind. Die Kammer vertritt die Ansicht, dass diese Mindestmengen Krankenhäuser benachteiligen, die unter den geforderten Mindestmengen arbeiten, aber nachweislich gute Qualität leisten.

Seit Bestehen der Ärztekammer Berlin informiert die heute monatlich erscheinende Kammerzeitschrift Berliner Ärzte, über deren Inhalt ein Redaktionsbeirat entscheidet, über die Berufs- und Gesundheitspolitik sowie die Kammerarbeit.

Der 5. Kammertag stand 2011 unter dem Motto „Ärztekammer Berlin: Einblick, Ausblick“. Einzelne Aufgabengebiete der Kammer von Haupt- und Ehrenamt wurden gemeinsam vorgestellt.

Für Medizinische Fachangestellte wurde 2011 die Prüfungsordnung für die Aufstiegsqualifikation „Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung“ beschlossen.

**Eine kleine Statistik 2011:**

**Ärzte/Kammermitglieder:**

**28.033 (13.695 Männer, 14.338 Frauen)**

**Davon berufstätige Ärzte: 18.691**

**Einwohner je tätiger Arzt: 454**

Die Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin besteht seit 2011. Unter Führung der Kammer wird sie getragen von der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und der Berliner Krankenhausesellschaft. Sie unterstützt die Weiterbildung zum Allgemeinmediziner und hilft, diese besser zu strukturieren. Die Aufgaben der Kammer wachsen, deshalb wurden 2011 Flächen auf der dem Verwaltungsgebäude gegenüberliegenden Straßenseite angekauft und 2012 für zusätzliche Seminar- und Prüfungsräume um- und ausgebaut.

Die Redaktion ■

BERLINER ÄRZTE 10-2012



ARM ABER ATTRAKTIV DER ÖFFENTLICHE GESUNDHEITSDIENST IN BERLIN

Die Ankündigungen auf diesen beiden Seiten geben einen Überblick über die ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen, die in der nächsten Zeit von der Ärztekammer Berlin veranstaltet werden oder in Kooperation mit ihr stattfinden. Einen vollständigen Überblick über unsere Veranstaltungen erhalten Sie auf unserer Homepage [www.aerztekammer-berlin.de](http://www.aerztekammer-berlin.de) ▶ **Ärzte ▶ Fortbildung ▶ Fortbildungen der ÄKB**. Alle weiteren Fortbildungsveranstaltungen, die von der ÄKB zertifiziert wurden und Fortbildungspunkte erhalten haben, können im

**Online-Fortbildungskalender** unter [www.aerztekammer-berlin.de](http://www.aerztekammer-berlin.de) ▶ **Ärzte ▶ Fortbildung ▶ Fortbildungskalender** recherchiert werden. Der Fortbildungskalender ermöglicht eine Recherche nach Terminen, Fachgebieten oder auch nach freien Suchbegriffen. Damit bietet der Kalender in Abhängigkeit von der gewählten Suchstrategie sowohl einen umfassenden Überblick über sämtliche Fortbildungsveranstaltungen in Berlin 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>■ 15.02.-16.02.2013 (Teil A)</li> <li>15.03.-16.03.2013 (Teil B)</li> <li>19.04.-20.04.2013 (Teil C)</li> <li>31.05.-01.06.2013 (Teil D)</li> </ul>	<b>Suchtmedizinische Grundversorgung</b> zum Erwerb der Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ in 4 Modulen	DRK-Kliniken Mitte Haus E Drontheimer Straße 39-40 13359 Berlin	Information und Anmeldung: Tel. 40806- 1301/ -1303 E-Mail: fb-aag@aekb.de TN-Gebühr: 160 € / Kursteil	12 P pro Kursteil
■ 25.02.-27.02.2013	<b>Grundkurs im Strahlenschutz</b>	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 270 €	21 P
■ 27.02.-01.03.2013	<b>Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik</b>	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de TN-Gebühr: 240 €	20 P
■ 28.02.-02.03.2013 und 14.03.-16.03.2013	<b>Qualitätsbeauftragte/r in der Hämotherapie</b> nach dem Curriculum der Bundesärztekammer (40-h Kurs) (weitere Informationen s. S. 33)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1401 E-Mail: r.drendel@aekb.de Teilnehmergebühr: 750 €	40 P
■ 08.03.2013	<b>Untersuchung des Kontrast- und Dämmerungssehens / Gesichtsfeldbefundung</b> bei Untersuchungen gemäß FeV	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 60 €	5 P
■ 08.03.-09.03.2013	<b>Verkehrsmedizinische Begutachtung – Qualifizierung gemäß Fahrerlaubnisverordnung</b> (weitere Informationen s. S. 33)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 250 € Kombipreis für beide Kurse: 290 €	16 P
■ 14.03.2013, 11.04.2013, 25.04.2013	<b>Weiterbildungskurs Pädiatrie zum Facharzt für Allgemeinmedizin</b> Besteht aus: 9 Stunden Theoriekurs / 40 Stunden Hospitation in einer Kinderarztpraxis / 60 Stunden Hospitation in einer Erste-Hilfe-Stelle der KV	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1203 E-Mail: a.hellert@aekb.de Gesamtgebühr: 550 €	9 P
■ 08.04.-10.04.2013	<b>Arbeitsmedizinische Gehörsorge nach G 20 „Lärm“</b>	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 360 €	31 P
■ 13.04.2013	<b>Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung</b>	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 155 €	9 P
■ 25.04.-27.04.2013 / 06.06.-08.06.2013/ 19.09.-21.09.2013/ 13.12.2013	<b>Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Intensivprogramm</b> (weitere Informationen s. S. 12)	Evangelische Bildungsstätte auf Schwanenwerder	Information und Anmeldung: 40806 -1405 / -1301 E-Mail: aerztliche-fuehrung2013@aekb.de	80 P



## Qualitätsbeauftragte/r in der Hämotherapie nach dem Curriculum der Bundesärztekammer

(40-h Kurs, findet in zwei aufeinander aufbauenden Teilen statt)

<b>Termine:</b>	<b>und</b>
28. Februar 2013, 14:00-18:00 Uhr	14. März 2013, 14:00-18:00 Uhr
01. März 2013, 09:00-18:00 Uhr	15. März 2013, 09:00-18:00 Uhr
02. März 2013, 09:00-17:00 Uhr	16. März 2013, 09:00-15:00 Uhr

Die Veranstaltung richtet sich an Ärztinnen und Ärzte, die in einer stationären oder ambulanten Einrichtung die Funktion der/des Qualitätsbeauftragten in der Hämotherapie gemäß den „Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten“ der Bundesärztekammer ausüben möchten.

**Veranstalter:** Ärztekammer Berlin  
**Wissenschaftliche Leitung:** Frau Dr. Gossrau, Frau Dr. Werner  
**Ort:** Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin  
**Gesamtgebühr:** 750 Euro, 40 Fortbildungspunkte  
**Information/Anmeldung:** Tel.: 40806-1401; E-Mail: r.drendel@aekb.de

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

Der 200 Stunden-Kurs *Qualitätsmanagement* nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité im Frühjahr 2013 als Kompaktkurs innerhalb von knapp vier Monaten veranstaltet. Die drei 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.

**Termine:** Präsenzwoche 1: 18.02.-23.02.2013 / Woche 2: 15.04.-20.04.2013 / Woche 3: 03.06.-08.06.2013 (jeweils montags bis freitags von 9 bis 18 Uhr und samstags von 9 bis 16 Uhr)  
**Veranstaltungsort:** Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin  
**Weitere Informationen:** Tel.: 40806-1208 (Organisation), Tel.: 40806-1207 (Inhalte) oder per E-Mail: QM-Kurs2013@aekb.de

## Verkehrsmedizinische Begutachtung

Qualifizierung gemäß Fahrerlaubnisverordnung

Der Kurs wendet sich an alle Fachärztinnen und -ärzte, die die Qualifikation für die Erstellung verkehrsmedizinischer Gutachten gemäß § 11 Fahrerlaubnisverordnung erwerben wollen.

Er bietet darüber hinaus Arbeitsmedizinern die Möglichkeit zur Vertiefung ihrer Fachkompetenz, insbesondere in Verbindung mit dem Seminar zur Untersuchung des Kontrast- und Dämmerungssehens / Gesichtsfeldbefundung, welches am Vormittag des 08.03.2013 stattfindet.

**Termin:** Freitag, 08.03.2013, 14.00 - 21.00 Uhr  
 Samstag, 09.03.2013, 8.30 - 17.30 Uhr  
**Ort:** Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin  
**Teilnahmegebühr:** 250 Euro

Hinweis: Kombipreis für „Untersuchung des Kontrast- und Dämmerungssehens / Gesichtsfeldbefundung“ und „Verkehrsmedizinische Begutachtung“: 290 Euro

**Information und Anmeldung:** Tel.: 030 / 40806 -1215, E-Mail: fb-aag@aekb.de

## Berliner Notdienst Kinderschutz – für wen ist er da und wie wird dort gearbeitet?

Eine „vor Ort“-Einführung in die Arbeitsweise des Berliner Notdienstes Kinderschutz

Nach Experteneinschätzung dürfte der Berliner Notdienst Kinderschutz vielen Ärztinnen und Ärzten dem Namen nach bekannt sein. Eine klare Vorstellung und unmittelbare Anschauung von dessen Aufgabenbereich und der praktischen Arbeitsweise haben sie vermutlich jedoch nicht.

Hier setzt das Fortbildungsangebot der Ärztekammer Berlin an, das sich an Kinderärzte und Hausärzte richtet, das aber ebenso Angehörigen anderer medizinischer Fachrichtungen offen steht. Das Anliegen besteht darin, interessierte Ärztinnen und Ärzte mit dieser Schlüsseleinrichtung des Kinderschutzes unmittelbar „vor Ort“ bekannt und vertraut zu machen. Im Weiteren zielt die gemeinsame Fachdiskussion anonymisierter Kasuistiken darauf ab, die klinisch-praktische Arbeit und die Aktivitäten der Kinder- und Jugendhilfe intensiver miteinander zu verschränken.

**Referent/-innen:** Beate Köhn, Dipl.-Sozialpädagogin; Supervisorin / Berliner Notdienst Kinderschutz; Dr. med. Matthias Brockstedt, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Ärztlicher Leiter / Kinder- und Jugendgesundheitsdienst – Berlin Mitte, Vorsitzender des Fortbildungsausschusses der Ärztekammer Berlin

**Datum und Uhrzeit:** Mittwoch, 20. Februar 2013, 15:00 - 16:30 Uhr

**Ort:** Berliner Notdienst Kinderschutz, Mindener Str. 14, 10589 Berlin

**Anmeldung / Kontakt:** Die Teilnahme an der Fortbildungsveranstaltung ist kostenlos. Zur Wahrung des interaktiven Charakters ist die Teilnehmerzahl auf 20 Personen begrenzt. Eine persönliche Anmeldung ist unbedingt erforderlich; bitte nutzen Sie hierfür folgende Kontaktmöglichkeiten in der Ärztekammer Berlin: Telefon: 030 / 40 80 6-12 07 oder E-Mail: fb-veranstaltungen@aekb.de

Die Veranstaltung ist mit 3 Fortbildungspunkten anerkannt.

## „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“

Ein Kurs in drei Modulen

Basierend auf dem 40-stündigen Curriculum der Bundesärztekammer bietet die Ärztekammer Berlin ab März 2013 für alle in Weiterbildung befindlichen Kolleginnen und Kollegen und für Interessierte aus Klinik und Praxis erneut den Kurs „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ an. Allgemeine Grundlagen zur Begutachtung und Anforderungen an Gutachten sowie spezielle Fragestellungen der Versicherungs- und Sozialleistungsträger bilden Schwerpunkte des Curriculums. Dabei werden nicht nur medizinisch-fachliche Fragen, sondern auch juristische, sozialversicherungsrechtliche und rechtsmedizinische Aspekte der Begutachtung in deren Grundlagen behandelt. Anhand von Fallvorstellungen diskutieren ausgewiesene Experten fachspezifische Fragen der Begutachtung. In den freien Intervallen zwischen den Präsenzveranstaltungen erstellen die Teilnehmer zwei Gutachten, deren Ergebnisse im Plenum zusammengefasst werden.

**Wiss. Leitung:** Prof. Dr. P. Marx (ehemals Neurologische Klinik, Charité – Campus Benjamin Franklin, Berlin)

**Termine:** Modul I: 22. - 23.03.2013 / Modul II: 19. - 20.04.2013  
 Modul III: 03. - 04.05.2013  
 (freitags jeweils 13.00-19.30 Uhr; samstags jeweils 08.00-14.00 Uhr)

**Ort:** Konferenzsaal der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin  
**Teilnahmegebühr** für die Module I-III: 400 Euro / 45 Fortbildungspunkte (15 pro Modul)

**Informationen und Anmeldung:** Tel.: 030 / 408 06-1203, E-Mail: begutachtung@aekb.de

# Patientenrechte im Gesetz – Teil 2

## Das Wichtigste über das Patientenrechtegesetz in einer dreiteiligen Beitragsserie

Am 29. November 2012 hat der Deutsche Bundestag die Regelungen zum sogenannten Patientenrechtegesetz beschlossen. In der Januarausgabe von BERLINER ÄRZTE hatten wir bereits über das Gesetzgebungsverfahren, über wesentliche Änderungen im BGB und über damit für Ärztinnen und Ärzte verbundene praxisrelevante Fragestellungen berichtet. Am 16. Januar hat sich der Ausschuss für Gesundheit des Bundesrates erneut mit dem Gesetz befasst. Der Bundesrat wird voraussichtlich in seiner Sitzung am 1. Februar 2013 darüber entscheiden, ob er Einspruch gegen das Gesetz einlegt. Aufgrund der aktuellen Mehrheitsverhältnisse in Bundestag und Bundesrat wird damit gerechnet, dass das Gesetz wie vom Bundestag am 29. November 2012 beschlossen im Frühjahr 2013 in Kraft treten wird.

Von Martina Jaklin

### Die Änderungen im BGB

In diesem zweiten Beitragsteil werden wir erneut so praxisnah wie möglich und so tiefgreifend wie nötig über wichtige Änderungen im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) berichten. Wir werden dabei bereits heute ersichtliche Probleme und Fallstricke aufgreifen und über die sich daraus ergebenden praktischen Konsequenzen informieren.

### Der Arzt schuldet den allgemein anerkannten fachlichen Standard

Wie bereits in der letzten Ausgabe von BERLINER ÄRZTE dargestellt, hat der Gesetzgeber im BGB einen neuen Untertitel „Behandlungsvertrag“ geschaffen und diesen als speziellen Vertragstypus geregelt (§ 630a Absatz 1<sup>1</sup>). In Absatz 2 des § 630a stellt der Gesetzgeber klar, welche Behandlungsqualität der Arzt aus dem Behandlungsvertrag schuldet. Dort heißt es:

*„Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist.“*

Damit schuldet der Arzt<sup>2</sup> grundsätzlich eine Behandlung nach dem allgemein anerkannten fachlichen Standard. Gleichzeitig bleibt jedoch die Möglichkeit, in begründeten Einzelfällen Fällen hiervon in Absprache mit dem Patienten abzuweichen: z.B. bei schweren Erkrankungen, sofern keine anerkannten Methoden mehr zur Verfügung stehen (sogenannter individueller Heilversuch).

### Einholung der Einwilligung ist vertragliche Pflicht

Die Einwilligung in die ärztliche Behandlung war bereits bisher erforderlich, damit aus einer an sich rechtswidrigen Körperverletzung eine gerechtfertigte Heilbehandlung werden konnte. Mit der Regelung in § 630d Absatz 1 Satz 1 wird die Einwilligung nunmehr ausdrücklich auch als vertragliche Pflicht geregelt, die im Fall ihrer Verletzung zu vertraglichen Schadensersatzansprüchen führen kann:

*„Vor der Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere eines Eingriffs in den Körper oder die Gesundheit, ist der Behandelnde verpflichtet, die Einwilligung des Patienten einzuholen.“*

### Achtung bei Patientenverfügung!

Gleichzeitig gibt der Gesetzestext Auskunft darüber, wie im Fall der Einwilligungsunfähigkeit des Patienten zu verfahren ist (§ 630d Absatz 1 Sätze 2 und 3):

*„Ist der Patient einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, soweit nicht eine Patientenverfügung nach § 1901a Absatz 1 Satz 1 die Maßnahme gestattet oder untersagt. Weitergehende Anforderungen an die Einwilligung aus anderen Vorschriften bleiben unberührt. Kann eine Einwilligung für eine unaufschiebbare Maßnahme nicht rechtzeitig eingeholt werden, darf sie ohne Einwilligung durchgeführt werden, wenn sie dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht.“*

So einfach, wie sich der Gesetzestext an dieser Stelle anhört, ist es allerdings nicht! Zunächst ordnet der Gesetzgeber für den Fall der Einwilligungsunfähigkeit des Patienten (z.B. bei Demenz oder anderen schweren psychiatrischen Erkrankungen) die Einholung der Einwilligung durch den „hierzu Berechtigten“ an. Hierbei wird es sich in der Regel um einen gesetzlichen Betreuer oder Vorsorgebevollmächtigten handeln. Für den Fall, dass eine Patientenverfügung vorliegt, soll dies nicht gelten („soweit nicht eine Patientenverfügung ... die Maßnahme gestattet oder untersagt“), insofern verweist der Gesetzgeber auf § 1901a Absatz 1 Satz 1. Dahinter verbirgt sich eine Vorschrift, die mit dem sogenannten Patientenverfügungsgesetz in das BGB aufgenommen worden ist und in der es wie folgt heißt:

*„Hat ein einwilligungsfähiger Volljähriger für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung), prüft der Betreuer, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen.“*

Der Verweis auf diese Vorschrift lässt den Ratsuchenden zunächst etwas ratlos zurück. Das klingt zunächst nach einem sogenannten Zirkelschluss: Denn § 1901a

<sup>1</sup> Paragraphen ohne weitere Bezeichnung sind solche des BGB

<sup>2</sup> Aus Gründen der Übersichtlichkeit ist an mehreren Stellen in diesem Text auf die Verwendung der männlichen und weiblichen Form verzichtet worden. Die Gender-Grundsätze und die der Antidiskriminierung werden von der Ärztekammer Berlin beachtet.

Absatz 1 Satz 1 verweist erneut auf den Betreuer! Die Vorschrift ordnet für den Fall, dass eine Patientenverfügung vorliegt, die Prüfung durch den Betreuer an, ob die Festlegungen in der Patientenverfügung auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Nach den betreuungsrechtlichen Vorschriften ist es in der Regel der Betreuer oder der Vorsorgebevollmächtigte, der dem zwischen Arzt und Betreuer oder Vorsorgebevollmächtigten konsentierten Willen des Patienten Geltung zu verschaffen hat.

Ausschließlich für den Fall, dass weder eine gesetzliche Betreuung noch eine sogenannte Vorsorgebevollmächtigung besteht und der Arzt sich sicher ist, dass die ihm vorliegende Patientenverfügung auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutrifft, hat er nach wohl herrschender Auffassung entsprechend den Vorgaben der Patientenverfügung dem darin geäußerten Patientenwillen ohne Weiteres, d.h. ohne die Anregung einer gesetzlichen Betreuung, Geltung zu verschaffen.

Trifft die vorliegende Patientenverfügung auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation nicht zu oder ist der Arzt sich darüber unsicher, dann ist beim zuständigen Betreuungsgericht eine gesetzliche Betreuung anzuregen. Handelt es sich allerdings um eine unaufschiebbare ärztliche Maßnahme, so ist die Maßnahme

durchzuführen bzw. zu unterlassen, soweit es dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht.

Der Anschein, den der Gesetzestext an dieser Stelle vermittelt, nämlich dass im Fall des Vorliegens einer Patientenverfügung ein vorhandener Betreuer oder Vorsorgebevollmächtigter nicht einzubeziehen ist, ist unzutreffend! Dieser ist nach dem Betreuungsrecht immer einzubeziehen! Weitere Einzelheiten zur Rechtslage im Zusammenhang mit der Patientenverfügung sind auf der Homepage der Ärztekammer Berlin veröffentlicht.<sup>3</sup>

### Aufklärungspflichten

Der Gesetzgeber hat mit einer recht ausführlichen Vorschrift versucht, die bisherige Rechtsprechung zu den ärztlichen Aufklärungspflichten im Gesetz abzubilden. Gemeint ist hier die sogenannte Eingriffs- und Risikoaufklärung, die auch als Selbstbestimmungsaufklärung bezeichnet wird, d.h. der Teil der Aufklärung, der vor der Einwilligung in eine ärztliche Maßnahme zu erfolgen hat.

Nach der Vorschrift des § 630e Absatz 1 Sätze 1 und 2 ist der Behandelnde verpflichtet,

<sup>3</sup> vgl. hierzu auch: Sven Niemeck, Das neue Patientenverfügungsgesetz, BERLINER ÄRZTE 12/09, S. 14-20; Martina Jaklin, Das Patientenverfügungsgesetz aus ärztlicher Perspektive, BERLINER ÄRZTE 12/09, S. 21.

*„den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie.“*

### Aufklärung muss mündlich erfolgen, ergänzend in Textform

Die Aufklärung muss, wie auch schon bisher, mündlich erfolgen, ergänzend kann auf Unterlagen Bezug genommen werden. Hierzu heißt es in § 630e Absatz 2 Nummer 1, 2. Halbsatz:

*(...); „ergänzend kann auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Patient in Textform erhält;“*

Dies bedeutet: sofern der Patient ergänzend zur mündlichen Aufklärung durch einen Text aufgeklärt wird, ist diese Art der Aufklärung nur wirksam, wenn der Patient den Text ausgehändigt erhält. Es ist daher zu empfehlen, die Aushändigung des Textes in der Patientenkartei zu dokumentieren. Zu den möglichen Folgen einer nicht wirksamen Aufklärung wird im dritten Teil dieses Beitrags eingegangen werden.

## Die Aufklärung muss rechtzeitig erfolgen und verständlich sein

Nach § 630e Absatz 2 Nummer 2 muss die Aufklärung

*„so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann;“*

Bei der Frage, was unter „rechtzeitig“ zu verstehen ist, korrespondiert die Gesetzesbegründung mit der Rechtsprechung und mit der am 26. September 2012 von der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin beschlossenen und sich noch im Genehmigungsverfahren befindenden Fassung der Berufsordnung der Ärztekammer Berlin, die derzeit noch nicht in Kraft ist und in der es in § 8 Satz 4 BO wie folgt heißt:

*„Insbesondere vor diagnostischen oder operativen Eingriffen ist soweit möglich eine ausreichende Bedenkzeit vor der weiteren Behandlung zu gewährleisten. Je weniger eine Maßnahme medizinisch geboten oder je größer ihre Tragweite ist, umso ausführlicher und eindrücklicher sind Patientinnen oder Patienten über erreichbare Ergebnisse und Risiken aufzuklären.“*

## Aufklärung des sprachunkundigen Patienten

Die Aufklärung muss zudem für den Patienten verständlich sein (§ 630e Absatz 2 Nummer 3). Nach der Gesetzesbegründung bedeutet das u.a.: Ist der Patient nach eigenen Angaben oder nach der Überzeugung des Arztes der deutschen Sprache nicht hinreichend mächtig, hat die Aufklärung in einer Sprache zu erfolgen, die der Patient versteht.

Erforderlichenfalls sei eine sprachkundige Person oder ein Dolmetscher auf Kosten des Patienten hinzuzuziehen. In der Gesetzesbegründung wird zugleich klargestellt, dass die Regelungen im Sozialgesetzbuch I über die Kostentragungspflicht des zuständigen Sozialleistungsträgers unberührt bleiben. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen solche Kosten in der Regel nicht.

Nach bisheriger Rechtsprechung gilt allerdings auch Folgendes: Besteht für den Arzt

der Eindruck, dass der Patient ausreichend der deutschen Sprache mächtig ist, so kann der Arzt erwarten, dass der Patient ihm mitteilt, sofern er etwas nicht verstanden hat. Äußert sich der Patient in einer solchen Situation nicht und verlangt er keine Übersetzung, dann kann der Arzt davon ausgehen, dass der Patient die Aufklärung verstanden hat.

Im Klartext bedeutet das: Derjenige Patient, der der deutschen Sprache nicht ausreichend mächtig ist, der keine Bekannten hat, die übersetzen können und der sich auch keinen Dolmetscher leisten kann, der kann ggf. nur im Notfall bzw. bei unaufschiebbaren Maßnahmen behandelt werden.

Der Aufklärung bedarf es gemäß § 630e Absatz 4 nicht, soweit sie ausnahmsweise aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist. Insbesondere nennt der Gesetzgeber hierbei den Fall der Unaufschiebbarkeit der ärztlichen Maßnahme, d.h. den Notfall, sowie den Fall des ausdrücklichen patientenseitigen Verzichts.

## Aufklärung über alternative Behandlungsmethoden

Nach ständiger Rechtsprechung muss bei mehreren möglichen Behandlungsmethoden über die verschiedenen Möglichkeiten aufgeklärt werden. In § 630e Absatz 1 Satz 3 heißt es hierzu:

*„Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.“*

In der Gesetzesbegründung wird hierzu klargestellt, dass der Arzt nur über solche alternative Therapiemethoden aufklären muss, die zum medizinischen Standard gehören. Er muss also nicht ungefragt über therapeutische Verfahren aufklären, die sich etwa erst in der Erprobung befinden und damit noch nicht zum medizinischen Standard rechnen. Dies selbst dann nicht, wenn sie als Therapiealternativen in Betracht kämen.

Das in dieser Vorschrift offenbar werdende Spannungsverhältnis zwischen der

Therapiefreiheit des Arztes auf der einen und dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten auf der anderen Seite löst der Gesetzgeber an dieser Stelle zugunsten des Selbstbestimmungsrechts des Patienten auf. In der Gesetzesbegründung heißt es hierzu: „Zwar folgt aus dem Grundsatz der Therapiefreiheit das Recht des Behandlenden, die konkrete Methode zur Behandlung nach pflichtgemäßem Ermessen frei zu wählen. Er ist insoweit nur an die jeweils geltenden fachlichen Standards (...) gebunden. Gleichwohl gebietet das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, diesem als Subjekt der Behandlung die Wahl zwischen mehreren in Betracht kommenden Alternativen zu überlassen (...).“

Folgendes erscheint an dieser Stelle klarstellungsbedürftig: Der Patient soll durch die Aufklärung in die Lage versetzt werden, für sich eine Wahl zwischen mehreren Behandlungsalternativen zu treffen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass der Arzt alle Behandlungsalternativen auch anbieten muss. Ggf. kann er das auch gar nicht, weil er z.B. nicht über die hierfür erforderlichen Geräte oder Kenntnisse und Fertigkeiten verfügt. Der Patient muss dann entscheiden, ob er die vom Arzt angebotene Methode wählt oder ob er sich einen anderen Arzt sucht, der die betreffende Behandlungsalternative anbietet. Nicht erlaubt wäre insofern allerdings die Beschränkung des Angebotes der Behandlungsalternative auf bestimmte Patientengruppen, z.B. auf Privatpatienten. Wenn der Arzt eine Behandlungsalternative in seiner Praxis anbietet, die im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten ist, dann muss er sie jedenfalls auch dem gesetzlich versicherten Patienten anbieten und zwar als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung und nicht etwa als Selbstzahlerleistung.

## Delegation der Aufklärung

Auch weiterhin gilt, dass derjenige, der den Eingriff durchführt, nicht unbedingt derjenige sein muss, der die für die Einwilligung erforderliche Aufklärung vornimmt. § 630e Absatz 2 ordnet an, dass die Aufklärung durch den Behandlenden oder durch eine Person erfolgen muss, die



über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige „Ausbildung“ verfügt. Es entspricht bestehender Rechtsprechung, dass die Aufklärung über ärztliche Maßnahmen nicht zwingend durch denjenigen Arzt zu erfolgen hat, der die Maßnahme durchführt, sondern an einen anderen Arzt delegiert werden kann. Bemerkenswert an dieser Vorschrift ist die Verwendung des Begriffs der hierfür notwendigen „Ausbildung“ derjenigen Person, die die Aufklärung vornimmt. Diese muss nach ihrer „Ausbildung“ dazu befähigt sein, den Eingriff selber vorzunehmen. Gemäß der Gesetzesbegründung soll diese Vorschrift insbesondere den Bedürfnissen des Krankenhausalltags Rechnung tragen und eine gute medizinische Aufklärung und Behandlung von Patienten mit dem vorhandenen ärztlichen Personal sicherstellen. Nicht gedacht hat der Gesetzgeber in diesem Zusammenhang offenbar an die Möglichkeit der Delegation der Aufklärung an nichtärztliches (Fach-) Personal. Hiervon ist auch dringend abzuraten. Auch wenn die Durchführung der Maßnahme an nichtärztliches Personal delegiert werden darf, bleibt es in der Regel eine vom Arzt persönlich zu prägende und zu überwachende und daher diesem zuzurechnende ärztliche Maßnahme. Nur in den Fällen, in denen eine echte Delegation an einen dann voll verantwortlichen nicht-ärztlichen Leistungserbringer erfolgt, wird dieser die Aufklärung vornehmen können. Es handelt sich dann auch nicht mehr um eine ärztliche Maßnahme. Auch aus haftungsrechtlichen Gründen muss dringend davon abgeraten werden, die Aufklärung über dem Arzt persönlich zuzurechnende Maßnahmen nichtärztlichem Fachpersonal zu übertragen.

### **Aushändigung von Aufklärungsbögen und Einwilligungserklärungen**

Neu und über die bisherige Rechtsprechung hinausgehend ist die in § 630e Absatz 2 geregelte Verpflichtung, dem Patienten Abschriften derjenigen Unterlagen auszuhändigen, die dieser mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat:

*„Dem Patienten sind Abschriften von Unterlagen, die er im Zusammenhang mit*

*der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhändigen.“*

### **Information des einwilligungsunfähigen Patienten**

Um der aktuellen Rechtsprechung über die Rechte psychisch Kranker bei der Frage der Durchführung bestimmter ärztlicher Maßnahmen gegen ihren Willen Rechnung zu tragen, ist in letzter Minute des Gesetzgebungsverfahrens noch ein Absatz 5 an § 630e angefügt worden. Nach diesem sind auch dem einwilligungsunfähigen Patienten entsprechend seinem Verständnis die wesentlichen Umstände bezüglich des ärztlichen Eingriffs zu erläutern. Dies, soweit der Patient aufgrund seines Entwicklungsstandes und seiner Verständigungsmöglichkeit in der Lage ist, die Erläuterung aufzunehmen, und soweit dies seinem Wohl nicht zuwider läuft. Diese Informationspflicht ist zu unterscheiden von der Aufklärung als Voraus-

setzung für eine wirksame Einwilligung in eine ärztliche Maßnahme. Die Eingriffs- und Risikoaufklärung muss im Fall der Einwilligungsunfähigkeit des Patienten weiterhin gegenüber dem zur Einwilligung Berechtigten erfolgen. Diese Information des Patienten ist also neben der Aufklärung des zur Einwilligung Berechtigten erforderlich.

### **Wirtschaftliche Aufklärung: Information über Behandlungskosten**

Nicht im § 630e, der ausweislich seiner Überschrift die „Aufklärung“ regelt, sondern im Zusammenhang mit den Informationspflichten des Arztes wird in § 630c Absatz 3 Folgendes vorgeschrieben:

*„Weiß der Behandelnde, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist oder ergeben sich aus den Umständen hierfür*

ANZEIGE

*hinreichende Anhaltspunkte, muss er den Patienten vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung in Textform informieren.*

*Weitergehende Formanforderungen aus anderen Vorschriften bleiben unberührt.*

In den vergangenen Jahren hat die Rechtsprechung Ärzten bereits als Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag verstärkt eine sogenannte wirtschaftliche Aufklärungspflicht auferlegt. Soweit für den Arzt erkennbar ist oder gewesen wäre, dass der Patient durch die Behandlung für ihn nicht absehbare wirtschaftliche Nachteile (z.B. Nichtübernahme der Kosten durch GKV, PKV oder Beihilfestellen) erleidet, war er bisher nach der Rechtsprechung verpflichtet, den Patienten vor der Behandlung darauf aufmerksam zu machen. Zudem schreiben der Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) sowie auch der Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen (EKV) im Bereich der GKV im Falle der Erbringung sogenannter individueller Gesundheitsleistungen (IGEL) eine schriftliche Vereinbarung mit bestimmten Mindestinhalten vor (§ 18 Absatz 8 Nr. 3 BMV-Ä, § 21 Abs. 8 Nr. 3 EKV). Auch beim ausdrücklichen Verlangen des GKV-Patienten nach Selbstzahlung ist eine schriftliche Zustimmung des Patienten bereits nach dem BMV-Ä erforderlich (§ 18 Absatz 8 Nr. 2 BMV-Ä, § 21 Abs. 8 Nr. 2 EKV). Diese Verpflichtungen bleiben von der neuen Regelung unberührt, d.h. bei gesetzlich krankenversicherten Patienten bleibt es praktisch bei den weitergehenden Vorgaben des BMV-Ä bzw. des EKV.

### **Vorsicht mit Verzichtserklärungen!**

Entfallen kann die so geregelte wirtschaftliche Informationspflicht gemäß § 630c Absatz 4 nur, soweit diese „aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist“. Die Vorschrift nennt hier insbesondere die Fälle der unaufschiebbaren Behandlung und den Fall, dass der Patient auf die Information ausdrücklich verzichtet hat. Bereits an dieser Stelle soll dringend davon abgeraten werden, etwa Patienten generell zu bitten, Verzichtserklärungen zu unterschreiben. Im Gesetz selber wird mit dem Begriff „ausnahmsweise“ bereits

deutlich, dass der Verzicht nicht den Regelfall darstellen soll. In der Begründung zum Gesetz wird zudem ausdrücklich darauf hingewiesen, dass an die Wirksamkeit eines solchen Verzichts hohe Anforderungen gestellt würden, so müsse der Patient die Erforderlichkeit der Behandlung sowie deren Chancen und Risiken zutreffend erkannt haben! Offenbar geht der Gesetzgeber im Fall des patientenseitigen Verzichts davon aus, dass der Arzt im Schadensfall nicht nur die erfolgte erforderliche Aufklärung, sondern zudem das vollständige Verständnis der Aufklärung durch den Patienten beweisen muss. Zwar erschließt sich diese Ableitung auch dem Rechtskundigen nicht unmittelbar. Denn nach der bisherigen Rechtsprechung muss sich der Arzt lediglich davon überzeugen, dass der Patient Art, Bedeutung, Tragweite, Chancen und Risiken eines Eingriffs erfasst hat und zwar unabhängig davon, ob eine schriftliche Aufklärung erfolgt ist. Zudem wird sich die hier in Rede stehende Information in der Regel lediglich auf die wirtschaftlichen Folgen der Behandlung beziehen. Die Intention des Gesetzgebers ist jedoch deutlich: Der patientenseitige Verzicht stellt den Ausnahmefall dar. Eine Umgehung kann zudem teuer werden. Über die weiteren Einzelheiten zur erforderlichen Information in Textform wird die Ärztekammer auf ihrer Homepage informieren.

### **Textform ist Text ohne Unterschrift**

Anders als im BMV-Ä und EKV verpflichtet § 630c nicht zur Schrift- sondern nur zur Textform. Das BGB unterscheidet feinsinnig zwischen beiden Formerfordernissen. Kurz gesagt: Schriftform ist Text mit nachfolgender eigenhändiger Unterschrift (§ 126a); Textform ist Text ohne nachfolgende eigenhändige Unterschrift (§ 126b). Unterlässt der Arzt die vorgesehene Information in Textform, wird es im Streitfall schwerlich möglich sein, die ärztliche Honorarrechnung durchzusetzen. Ob man in einem solchen Fall davon ausgehen wird, dass die ärztliche Honorarforderung gar nicht erst fällig wird, oder ob der Patient aus der nicht erfolgten Information (Aufklärung) einen Schadensersatz-

anspruch ableiten kann, den er der ärztlichen Honorarforderung entgegenstellen kann (Aufrechnung), kann an dieser Stelle dahingestellt bleiben, denn das Ergebnis bleibt dasselbe: eine nicht durchsetzbare Honorarforderung.

Aus welchen Umständen sich hinreichende Anhaltspunkte für den Arzt ergeben können, dass „die Übernahme der Behandlungskosten nicht durch einen Dritten“, d.h. z.B. durch eine PKV, „gesichert ist“, ist derzeit unklar. Anhaltspunkte hierfür bietet die bisherige Rechtsprechung zur sogenannten wirtschaftlichen Aufklärung, wonach der Arzt dem Patienten mitteilen muss, sofern Zweifel an der Kostenübernahme durch eine Krankenkasse angebracht sind. In der Gesetzesbegründung wird an dieser Stelle für den Bereich der GKV auf das überlegene Wissen des Arztes bezüglich der Frage, welche Behandlungen Bestandteil des Leistungskataloges der GKV sind und im Bereich der PKV auf das überlegene Wissen des Arztes bezüglich der Frage der Notwendigkeit der ärztlichen Behandlung abgestellt. Wird ein entsprechendes überlegenes Wissen des Arztes anzunehmen sein, wird voraussichtlich auch eine wirtschaftliche Informationspflicht angenommen werden. Hierüber wird es zukünftig sicherlich zur Befassung durch die Zivilgerichte kommen.

Lesen Sie im dritten und letzten Teil dieses Beitrags, der in der nächsten Ausgabe von BERLINER ÄRZTE erscheinen wird, weiter über den Fortgang des Gesetzgebungsverfahrens, über die Beweislastregelungen im BGB sowie über wesentliche Änderungen in der Bundesärzteordnung sowie im Sozialgesetzbuch V. Über aktuelle Entwicklungen werden wir zudem weiterhin fortlaufend Informationen auf unserer Homepage unter [www.aerztekammer-berlin.de](http://www.aerztekammer-berlin.de) bereithalten. Auf der Homepage der Ärztekammer Berlin werden außerdem Merkblätter zu zentralen Themen, wie z. B. Aufklärungs- und Dokumentationspflichten, zum Download bereitstellen.

Verfasserin:

Martina Jaklin  
Leiterin Abteilung Berufsrecht  
Ärztekammer Berlin

# Keine bestechenden Aussichten für Mediziner

**Mit Beschluss vom 29. März 2012 hatte der große Senat des Bundesgerichtshofs eine lange erwartete Entscheidung getroffen: Ein niedergelassener, für die vertragsärztliche Versorgung zugelassener Arzt handelt bei der Wahrnehmung der ihm in diesem Rahmen übertragenen Aufgaben weder als Amtsträger noch als Beauftragter der gesetzlichen Krankenkassen. Er kann damit nicht nach den im Strafgesetzbuch für Amtsträger und Beauftragte im geschäftlichen Verkehr vorgesehenen Korruptionstatbeständen bestraft werden. Seit dieser Entscheidung erreicht die Öffentlichkeit - vornehmlich durch die Presseberichterstattung - eine irreführende Meldung nach der nächsten.**

Von Martina Jaklin

**M**it effektvollen Schlagzeilen wie „Bestechende Aussichten für Mediziner (BERLINER ZEITUNG, 17.07.2012) oder „Ärzte dürfen Geschenke von Pharmafirmen annehmen“, (SPIEGEL ONLINE, 22.06.2012) hat die Presse die Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH) bisher interpretiert und kommentiert. Anfang dieses Jahres wurde der Chef des AOK-Bundesverbandes, Jürgen Graalmann, mit den Worten zitiert: „Freiberuflichkeit darf kein Freibrief für Korruption sein.“ Der AOK-Bundesverband fordert unterdessen zur Verhinderung von Korruption eine Regelung im Strafgesetzbuch speziell für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte.

Seit der Entscheidung des BGH ist im Zusammenhang mit dem Vorwurf der Korruption im Gesundheitswesen eine Botschaft immer und immer wieder kol-

portiert worden: Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte dürften in Folge der Entscheidung des BGH Geschenke, Vorteile und andere Annehmlichkeiten als Gegenleistung für die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln oder für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten annehmen. Man mag diese Botschaft allerdings noch so häufig wiederholen, wahr wird sie dadurch trotzdem nicht.

## Bei Korruption drohen einschneidende berufsrechtliche Sanktionen

Wahr ist: Solche Handlungen, begangen durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, sind verboten und mit erheblichen Sanktionen bedroht und zwar nach der Berufsordnung für Ärzte (BO), nach dem Sozialgesetzbuch V (SGB V) und nach wei-

teren Vorschriften. So verbietet die Berufsordnung der Ärztekammer Berlin in den §§ 30 ff. u.a. die Zuweisung von Patienten gegen Entgelt, die Annahme von Geschenken oder anderen Vorteilen und die Verweisung von Patienten an andere Leistungserbringer ohne hinreichenden Grund. Die Berufsordnung enthält zudem einschränkende Regelungen zum Sponsoring von Fortbildungen und zur Zusammenarbeit mit Herstellern von Arzneimitteln, Hilfsmitteln und Medizinprodukten. Dabei handelt es sich weder um „freiwillige Regelungen“, wie die „Berliner Zeitung“ am 2. Januar dieses Jahres formulierte, noch lassen die mit diesen Vorschriften verbundenen Sanktionen den Schluss zu, es handele sich um „Kavaliersdelikte“, wie ebenfalls immer wieder in der Presse verlautbart.

Nach den Kammer- und Heilberufegesetzen der Länder ist die Überwachung der Einhaltung der Berufspflichten eine zentrale Aufgabe aller Landesärztekammern. Verstöße gegen die Berufsordnung sowie gegen sämtliche die ärztliche Berufsausübung regelnden gesetzlichen Vorschriften können Berufspflichtverletzungen begründen, gegen die die Ärztekammern mit dem ihnen vom Landesgesetzgeber zur Verfügung gestellten Instrumentarium verpflichtet sind vorzugehen. Nach dem Berliner Kammergesetz können solche Verstöße mit einer Rüge geahndet werden, die mit einer Geldauflage bis zu 5.000 Euro verbunden werden kann. Im berufsgerichtlichen Verfahren kann die Heilberufekammer beim Ver-

waltungsgericht u.a. zu Geldbußen bis 50.000 Euro verurteilen oder die Berufsunwürdigkeit feststellen. Letzteres würde den Widerruf der Approbation durch die Approbationsbehörde (in Berlin das Landesamt für Gesundheit und Soziales) zur Folge haben.

Die folgenden weiteren Regelungen (keine abschließende Darstellung) sollen ebenfalls Fehlverhalten im Gesundheitswesen verhindern: Das SGB V regelt, parallel zur Berufsordnung für Ärzte, ein Verbot der Zuweisung gegen Entgelt oder gegen sonstige Vorteile (§ 73 Abs. 7 SGB V). Die Regelungen des § 128 SGB V sehen darüber hinaus ein Depotverbot für Hilfsmittel bei niedergelassenen Ärzten und ein Zuwendungsverbot bei Hilfsmitteln und Arzneimitteln vor. Das Heilmittelwerbegesetz regelt das Verbot von Werbeabgaben durch Arzneimittel- und Medizinprodukteanbieter an Ärztinnen und Ärzte im Zusammenhang mit der Beschaffung z.B. von Geräten für die Arztpraxis. Nach dem Gesetz gegen den Unlauteren Wettbewerb (UWG) können Verstöße gegen die Berufsordnung, gegen das Heilmittelwerbegesetz und gegen das SGB V gleichzeitig Verstöße gegen das UWG sein und mit den Mitteln des UWG unterbunden werden, d.h. mittels Abmahnung und Unterlassungsklage. Verstöße gegen die Vorschriften des SGB V können den Entzug der vertragsärztlichen Zulassung durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung nach sich ziehen.

### Zulässige Kooperation oder unzulässige Korruption?

Es gibt sie also, die Regelungen, die sog. korruptives Verhalten durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte verhindern sollen und bestimmte Formen des Kooperierens u.a. mit der Industrie oder Heil- und Hilfsmittelherstellern verbieten. Nicht ganz zu Unrecht wird dieser Tage darauf hingewiesen, dass die rechtlichen Grenzen zwischen Kooperation und Korruption unscharf seien. In der Tat kann es im Einzelfall Schwierigkeiten bereiten, zwischen einer zulässigen Kooperation – z.B. zwischen einem niedergelassenen Arzt und einem Krankenhaus – und einer unzulässigen

Zuweisung von Patientinnen und Patienten gegen Entgelt zu unterscheiden. Daran würde allerdings ein Straftatbestand nicht das Geringste ändern. Gesetzliche Normen müssen abstrakt formuliert und Sachverhalte darunter im Einzelfall „subsumiert“ werden. Auch das Strafgesetzbuch muss mit allgemeinen und auslegungsbedürftigen Rechtsbegriffen arbeiten.

Im Übrigen liegt bei der Abgrenzung zwischen zulässigen und unzulässigen Kooperationen die Schwierigkeit oftmals nicht daran, dass keine ausreichenden Sanktionsvorschriften bestehen. Eine besondere Schwierigkeit besteht darin, dass in bestimmten Bereichen gar nicht abschließend geklärt ist, welche Kooperationen zulässig sein sollen und welche nicht. So hatte zum Beispiel im Jahr 2009 ein Gericht die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und einem Krankenhaus für unzulässig erachtet, weil die betroffenen Ärzte zwar keine Vergütung für die Zuweisung von Patienten in das Krankenhaus erhielten, jedoch vom Krankenhaus nach der Einweisung der Patienten mit sog. vor- und nachstationären Leistungen beauftragt werden sollten. Dies sah das Gericht als Vorteil für den betroffenen Arzt an, der die ärztliche Entscheidung unzulässig beeinflusse. Nachdem zwischenzeitlich eine Klarstellung im SGB V erfolgte, wonach die Beauftragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte mit sog. vor- und nachstationären Leistungen zulässig ist, stellt der allein mit der Beauftragung des Arztes verbundene „Vorteil“ kein Problem mit der ärztlichen Unabhängigkeit mehr dar!

### Im Berufsrecht verboten – im Sozialrecht erlaubt?

Auch bei vermeintlich klaren Fällen unzulässiger Abreden kann man an der Folgerichtigkeit gesetzlicher Bestimmungen so seine Zweifel bekommen. So dürfen Ärztinnen und Ärzte keine Zahlungen dafür erhalten, dass sie bestimmte Arzneimittel verordnen. Solche Abreden zwischen Arzt und Industrie wären nach der Berufsordnung für Ärzte rechtswidrig, denn Patientinnen und Patienten sollen

sicher gehen können, dass sich die ärztliche Entscheidung ausschließlich an ihrem Wohl und nicht an monetären Zwecken orientiert. Das leuchtet nun wirklich jedem ein. Die gesetzlichen Krankenkassen, die derzeit mit starken Worten eine Lanze für die ärztliche Unabhängigkeit brechen, schließen allerdings Verträge mit Ärztinnen und Ärzten ab, die diesen im Fall der Verordnung bestimmter Arzneimittel Bonuszahlungen zusagen! Was zuvor als Beeinträchtigung der ärztlichen Unabhängigkeit und als Korruption im Gesundheitswesen galt, soll nunmehr im Rahmen eines sog. Integrationsvertrages nach dem SGB V zulässig sein. Die von monetären Zwecken unabhängige ärztliche Entscheidung ist offenbar dann keinen Pfifferling mehr wert, wenn es um die vielbeschworene Stabilität des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung geht, mit der in letzter Konsequenz solche Schiefereien gerechtfertigt werden. Wem soll das eigentlich noch einleuchten?

Fehlverhalten im Gesundheitswesen ist ohne Frage zu unterbinden. Es müssen auch empfindliche Sanktionen drohen. Die entscheidende Frage hierbei ist jedoch: Ist dafür ein spezieller Straftatbestand erforderlich? Nicht alles, was nach unserer Rechtsordnung verboten ist, ist auch strafbar. Der Strafanspruch des Staates muss dort greifen, wo der Unrechtsgehalt einer Handlung es gebietet. Er darf indes nur dort bestehen, wo die Strafbarkeit auch zur Verhinderung von Fehlverhalten erforderlich ist. Aus diesem Grund prüft derzeit das Bundesministerium für Gesundheit u.a., ob die ärztliche Berufsaufsicht funktioniert und ob die insofern zuständigen Landesärztekammern über ein ausreichendes Instrumentarium hierfür verfügen. Das Bundesministerium hat von den Ländern unlängst Auskünfte hierzu eingeholt.

### Ärztelkammer geht allen angezeigten Fällen nach

Um die Dinge, wie dieser Tage gefordert, klar beim Namen zu nennen: Die Ärztekammer Berlin ist bisher allen angezeigten Fällen, die den Verdacht sog. korruptiven Verhaltens durch Berliner Ärztinnen und



Ärzte rechtfertigten, nachgegangen. So sind auch in allen vier von der Staatsanwaltschaft im sog. Ratiopharmskandal im Jahr 2009 an die Ärztekammer Berlin herangetragenen Fällen berufsrechtliche Verfahren eingeleitet worden. Das gleiche gilt für die neun Fälle, die die Staatsanwaltschaften nach dem Beschluss des BGH vom 29. März 2012 an die Ärztekammer Berlin herangetragen haben. Hierzu liegen der Ärztekammer Berlin seit Oktober 2012 die Ermittlungsakten der Staatsanwaltschaft vor (ca. 6.000 Seiten). Im Dezember 2012 sind in allen neun Fällen förmliche Untersuchungsverfahren eingeleitet worden.

Insgesamt sind in den vergangenen sechs Jahren 51 Anzeigen mit dem Verdacht der Zuweisung gegen Entgelt (§ 31 BO) bei der Ärztekammer Berlin eingegangen. Dies hat in 13 Fällen zu berufsrechtlichen Maßnahmen geführt. In einem Fall ist eine Rüge mit der höchstmöglichen Geldauflage von 5.000 Euro ausgesprochen worden. In einem weiteren Fall hat das Berufsgerecht den betroffenen Arzt zu 4.000 Euro Geldbuße verurteilt. Die anderen Fälle befinden sich aktuell noch in laufenden berufsrechtlichen Verfahren oder sind bereits mangels Beweisen eingestellt worden.

In 23 angezeigten Fällen wurde in den letzten sechs Jahren der Vorwurf der Annah-

me von Geschenken oder anderen Vorteilen (§ 32 BO) erhoben. Diese führten in vier Fällen zu Rügen mit Geldauflagen zwischen 300 und 1.000 Euro. Die Geldauflagen orientierten sich dabei u.a. an dem Wert der erhaltenen Vorteile. Ein weiterer Fall ist mit einer Missbilligung beendet worden. In einem Fall hat das Berufsgerecht den Arzt zu einer Geldbuße in Höhe von 10.000 Euro verurteilt. Die anderen Fälle haben sich nicht bestätigt oder waren nicht nachweisbar.

Diese Zahlen sprechen zunächst nicht dafür, dass sog. korruptives Verhalten durch Ärztinnen und Ärzte ein verbreitetes Phänomen ist. Die tatsächliche Verbreitung solchen Fehlverhaltens ist allerdings sehr schwer einzuschätzen. Zudem sind die hier in Rede stehenden Handlungen häufig schwer nachzuweisen. Eines zeigen die Zahlen jedoch: Hätte der BGH anders entschieden, d.h. wäre die Strafbarkeit niedergelassener Ärzte durch den BGH bejaht worden, wären durch die Staatsanwaltschaften 15 Berliner Ärztinnen und Ärzte angeklagt worden. Das sind die der Ärztekammer Berlin vorliegenden Ermittlungsergebnisse der Staatsanwaltschaften aus den letzten sechs Jahren!

Es mangelt also nicht, wie von politischer Seite mehrfach angedeutet, an dem Willen der ärztlichen Selbstverwaltung die

Berufsaufsicht effektiv durchzuführen, es mangelt schlichtweg vor allem an bekannten Sachverhalten. Angesichts dieser Sachlage mag sich jeder selber die Frage nach der Erforderlichkeit eines speziellen Straftatbestandes für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte beantworten.

Verfasserin:

Martina Jaklin  
Leiterin Abteilung Berufsrecht  
Ärztekammer Berlin

ANZEIGEN

# Liebesbrief an eine Kammer



Zeichnung: H. Mau

Der Job der Kammer ist die Ethik, der Job der KV die Monetik. Ist zwar arg simplifiziert, denn die Kammer kümmert sich ja zum Beispiel auch um vernünftige ärztliche Arbeitsbedingungen und die KV, nach dem Vorbild der Kammer, auch um die unrühmliche Nazivergangenheit der Zukunft. Aber der Tendenz nach stimmt's.

Die Berliner Ärztekammer musste sich bereits pränatal gegen Kammer-Jäger verteidigen, die ihre schon verspätete Geburt im letzten Moment noch verhindern wollten. Viel, viel später wollten sie sie am liebsten wieder umbringen, weil anfangs das Repertoire dieses Kammer-Ensembles eher rückwärtsgewandt war. Als dann die (in der Medizin erst retardiert virulent gewordenen) Acht- und sechziger die nicht umzubringende Kammer aufmischten, klang's ziemlich dissonant. Im Laufe der Zeit aber wurde der Marsch durch die Institution zu

einem munteren Galopp, allegro ma non troppo. Die moderne Berliner Kammermusik ließ nicht nur die Kollegen außerhalb der Stadt, sondern auch die Politiker aufhorchen.

Aber nun, ohne musikalische Metaphern, im Klartext: Warum blieb eine altgediente freie Medizinjournalistin der Berliner Kammer bis heute schreibend treu? Weil deren Zeitschrift BERLINER ÄRZTE längst kein dröges Mitteilungsblatt mehr ist, sondern zu einer lebendigen, kritischen und dank „Sehestern“ auch noch schön anzusehenden Zeitschrift wurde. Von

fachjournalistischen Kollegen wurde sie als bestes aller regionalen Kammerblätter bezeichnet. Sie ist unpräntentiös, fern der Hofberichterstattung und streicht alle umständlichen „Professor-Dr. med.“-Titel.

BERLINER ÄRZTE spiegelt Tendenzen und Themen dieser Kammer exakt wider: Zuoberst das Prinzip Unabhängigkeit der Ärzteschaft und der Medizin von allen sachfremden Einflüssen der Politik, der Kassen und vor allem der Pharmaindustrie. Die Berliner Kammer verteidigt permanent die Selbstverwaltung und den ärztlichen Sachverstand, der sich auch in die Gesundheitspolitik einmischt und die wissenschaftlich fundierte („evidenzbasierte“) Medizin, die nicht bloß zu propagieren, sondern zu realisieren ist. Und sie kümmert sich ums Wohl der Ärzte genauso wie ums Wohl der Patienten, auch der potenziellen. „Immer das Allgemeinwohl im Blick“, lobt der

Gesundheitsminister im Geleitwort der Jubiläumsschrift.

Ein paar miterlebte Beispiele: Nach der Rückkehr von einer US-Studienreise 1980 zur Recherche dreier Themen (Qualitätssicherung, Schools of Public Health und Studienreform) hörte ich den Geschäftsführer einer süddeutschen Ärztekammer grimmig ausrufen: „Qualitätssicherung – das müssen wir verhindern!“ Die Ärztekammer Berlin hingegen forderte schon früh eine systematische Qualitätssicherung, eine Berliner Hochschule für Gesundheit und die Reform des Medizinstudiums. Den richtungweisenden Berliner Reformstudiengang zeichnete sie sogar mit dem Berliner Gesundheitspreis aus, den sie zusammen mit der AOK vergibt – ohne Berührungsgänge.

Die zeigte sie auch nicht gegenüber einigen DDR-Einrichtungen, wie ein paar verschonten Polikliniken, die sich zu guten medizinischen Versorgungszentren entwickelten. Auch das DDR-Krebsregister blieb erhalten – „es war nicht alles schlecht“! Als nach der Wende wilde Gerüchte über die Charité kursierten, betraute die Kammer eine Stamm-Mitarbeiterin ihres Blattes (das war ich) mit einer ausgiebigen Recherche, um die Diskussion zu versachlichen, und förderte das daraus entstandene Buch „Die Charité 1945-1992“.

Und heute? Nach dem Berliner Kammer-Ton stimmt man auch anderswo die Instrumente. Verwaiste Themen („Orphan subjects“) wie zum Beispiel das wohl wichtigste Fachgebiet, die Allgemeinmedizin, die Hospizbewegung oder die Selbsthilfe, in Berlin frühzeitig thematisiert, sind nun in aller Munde. Und dass Leitmotive des Berliner Kammer-Orchesters wie zum Beispiel Evidenzbasierte Medizin, unabhängige Fortbildung, Qualitätssicherung, Fehlermeldung und –vermeidung und Patientensicherheit jetzt überall erklingen, ist wohl vor allem seinem langjährigen Dirigenten Günther Jonitz zu verdanken.

Applaus für dieses Ensemble!

Rosemarie Stein