

BERLINER ÄRZTE

5/2014 51. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin

Zwischen Markt und Mensch

Die Veränderungen
im deutschen
Krankenhauswesen



Der Kampf um die Rentenversicherungs-pflicht



Foto: K. Friedrich

Am 27. Mai 2014 tritt der 117. Deutsche Ärztetag in Düsseldorf zusammen, mit 250 Delegierten, gewählt nach den Regeln der repräsentativen Demokratie und den Gesetzen der Bundesrepublik Deutschland. Alle Ärztinnen und Ärzte, die dort zusammenkommen, sind Ärztinnen und Ärzte nach Gesetzeslage und nach allgemeinem und eigenem Verständnis. Ob Hausarzt oder Psychotherapeut, ob Chirurg, Pathologe, Pharmakologe oder Radiologe, alle sind „ärztlich tätig“.

Sind sie das tatsächlich?

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) sieht das anders. Sie entwickelte ein eigenes Verständnis von „klassisch“ ärztlicher oder „berufsspezifisch“ ärztlicher Arbeit und brachte dies auch durch die sozialgerichtlichen Instanzen, wo Kollegen zunehmend abgesprochen wurde, ärztlich tätig zu sein. Allerdings ist „ärztliche Tätigkeit“, wie sie die DRV versteht, nicht definiert. Erkennbar ist lediglich, dass eine sehr enge Auslegung der Bundesärzteordnung versucht wird und das kurativ-ärztliche Berufsbild der Maßstab sein soll.

Die DRV ist eine sehr mächtige Institution mit über 50 Millionen Versicherten. Sie zahlt monatlich über 25 Millionen Renten aus, unterstützt mit jährlich knapp 90 Milliarden Euro aus dem Bundeshaushalt. Dem gegenüber stehen 0,8 Millionen Mitglieder freier Berufe, die berufsständisch versichert sind.

Dr. med. Elmar Wille
(Augenarzt) ist Vizepräsident der Ärztekammer Berlin und Vorsitzender der Vertreterversammlung der Berliner Ärzteversorgung.

Ohne Subventionen werden hier sehr erfolgreich deutlich höhere Renten ausbezahlt. Das schafft Spannungen.

Zu beachten ist: Das SGB VI gibt – vereinfacht dargestellt – eine Rentenversicherungspflicht vor, von der ärztlich Tätige (§ 6 Abs. 1) auf Antrag zu befreien sind. Die Befreiung von der Pflicht zur staatlichen Rentenversicherung erfolgt dabei nicht auf Grund des Status „Ärztin/Arzt“. Vielmehr setzt sie eine ärztliche Tätigkeit voraus.

Der Befreiungsantrag, bisher regelmäßig ein einmaliger Vorgang am Anfang der ersten beruflichen Tätigkeit nach der Approbation, wird jetzt zu einer Wiederholungsübung bei jedem Arbeitsplatzwechsel. Dieses lästige bürokratische Verfahren wird von den Betroffenen nicht verstanden. Im Gegenteil, es schafft Ärger und Verunsicherung. So entsteht die absurde Situation, dass dieselben Kollegen, die nach dem Maßstab der DRV und der Sozialgerichte „nicht ärztlich“ tätig sind, gleichwohl nach anderen Rechtsgrundsätzen (Heilberufekammergesetz, Ärztekammersatzung und Beitragsordnung) und verwaltungsgerichtlicher Sicht als approbierte Ärzte z. B. zur Kammerbeitragszahlung verpflichtet werden.

Wenn in Zukunft nur noch kurativ tätige Kollegen für die Versorgungswerke befreit werden, dann gibt es viele, die sich

neu orientieren müssen: Ärztinnen und Ärzte in der Pharmaindustrie, in der Forschung, in den vorklinischen Fächern, beim MDK, beim Arbeitsamt und Gesundheitsamt und nicht zuletzt auch die Ärzte bei der DRV. Selbst Kollegen, die als Betriebsräte freigestellt sind, bekommen die Rechtsunsicherheit zu spüren.

Wer soll dieses Auseinanderfallen von Sozial- und Verwaltungsgerichtsbarkeit mit dem unverständlichen Eingreifen in den beruflichen Status verstehen? Die Ärzteschaft kann nicht das Rentenversicherungsrecht ändern, mit dem SGB VI müssen wir leben. Aber im entscheidenden Urteil des Bundessozialgerichts vom 31.10.2012 wird auf die „einschlägigen versorgungs- und kammerrechtlichen Normen“ verwiesen, anhand derer zu prüfen sei, ob ärztliche Tätigkeit ausgeübt werde.

Diese Probleme wollen wir lösen im Sinne des Erhalts des Zugangs zu unserer Berliner Ärzteversorgung für möglichst alle Ärztinnen und Ärzte. Rechtssicherheit wird es vielleicht erst dann wieder geben, wenn „ärztliche“ Tätigkeit in Berufsordnung, Bundesärzteordnung, im Kammergesetz, in der Satzung der Berliner Ärzteversorgung und der Beitragsordnung der Kammer bei allem Verständnis für notwendige Unterschiede möglichst gleichsinnig beschrieben ist. Keine einfache Aufgabe!

Wir haben nur die versorgungs- und kammerrechtlichen Normen in der Hand: Unser Teil der Problemlösung ist in Arbeit und wird vom Ärztekammervorstand und von den Organen der Berliner Ärzteversorgung mit Vorrang verfolgt.

E. Wille

Topographie einer Vertreibung

Ausstellung „Jüdische Ärzte in Schöneberg – Topographie einer Vertreibung“ vom 01. April bis 30. Juni 2014 im Foyer der Ärztekammer Berlin

Mit einer kleinen, erlesenen Ausstellung gedenkt die Ärztekammer Berlin seit 1. April der während des NS-Regimes verfolgten und ermordeten jüdischen Ärztinnen und Ärzte aus Berlin, insbesondere aus dem Stadtteil Schöneberg. Die Sonderausstellung „Jüdische Ärzte in Schöneberg – Topographie einer Vertreibung“, die für drei Monate im Foyer der Ärztekammer Berlin gastiert und mit einem feierlichen Festakt am Abend des 31. März eröffnet wurde, dokumentiert anhand exemplarisch ausgewählter Biographien ärztliches Wirken bis 1933 und den plötzlichen Bruch von Lebensläufen, erzwungen durch Verfolgung, Entrechtung, Deportation und Tod. Die Ärztin Ruth Jacob hat gemeinsam mit der Historikerin Ruth Federspiel dieses Erinnerungsprojekt ins Leben gerufen und zusammen mit dem Förderverein „frag' doch!“ e. V. 2012 im Rathaus Schöneberg realisiert. Es ist „die Sicht einer Ärztin auf eine Krankengeschichte

te, in diesem Fall auf eine kranke Geschichte“, wie Ruth Jacob selber sagt und die Begegnung mit unzähligen jüdischen Emigranten in New York und Israel, die sie zu dieser Aufarbeitung deutscher Geschichte, genauer gesagt der ihrer Berliner Kolleginnen und Kollegen zurzeit des Nationalsozialismus angetrieben haben. Wie sehr die 1933 einsetzende, unerbittliche Auslöschung und Arisierung von Praxen jüdischer Ärztinnen und Ärzte gleich nebenan, in unmittelbarer Nachbarschaft eine Leere im Stadtbild erzeugte, wird durch geschwärzte Häuser auf der Stadtteilkarte von 1939 sichtbar. Diesen „void“, also entleerten Raum, und den „Verlust“ von über 350 Schöneberger Kolleginnen und Kollegen im städtischen Raster sichtbar zu machen, ist Ziel dieser Ausstellung.

Mit „Röntgenbildern“ auf historischen Leuchtkästen, 2012 von Berliner Kliniken gestiftet, wird Einblick in die Hinter-

gründe beruflicher, wirtschaftlicher und privater Entrechtung der verfolgten Ärzte gegeben. Zwölf Biografien berichten von der verzweifelten Suche nach einem Aufnahmeland, von gelingendem Neubeginn und vom Ausharren in Berlin bis zur Deportation und vom Überleben unter unmenschlichen Bedingungen. „Stimmen aus der neuen Welt“ verorten den Blick in die Vergangenheit im Hier und Jetzt. Sie kommen von den Nachfahren, Kindern, Enkeln und Urenkeln. Ihre sensible Perspektive auf die damalige Zeit, auf Berlin und das Leben jüdischer Ärzte in dieser Stadt, dem Zentrum aufgeklärter deutscher Kultur und Intelligenz, führen den Betrachter über eine Brücke in die Vergangenheit und wieder zurück in die Gegenwart. Nachdenken über menschliches und ärztliches Handeln wird angestoßen.

Die Ausstellung wurde erstmals 2012 unter der Schirmherrschaft des amerikanischen Botschafters a. D., Philip D. Murphy, im Rahmen der Dauer-Ausstellung „Wir waren Nachbarn“ im Rathaus Schöneberg präsentiert. Die Ärztekammer Berlin hat diese Ausstellung von Anfang an tatkräftig unterstützt und ist geehrt, dieses angesehene Erinnerungsprojekt, das im nächsten Jahr nach New York wandert, aktuell in ihrem Haus zeigen zu dürfen. Erinnerung wach zu halten und Bewusstsein für die Gegenwart zu schaffen, für ureigenste ärztliche Tugenden und für Menschlichkeit einzustehen, dieser Grundüberzeugung verleiht die Ärztekammer Berlin nicht zuletzt mit ihrer dem jüdischen Arzt Georg Klemperer gewidmeten Ehreenauszeichnung Ausdruck.

Die Ausstellungseröffnung am 31. März erfreute sich großen Zuspruchs. Nicht nur das Jüdische Museum war mit Direktorium, Archivar und Kuratoren vertreten, sondern auch der deutsche Botschafter in Gabun (Pate der Ausstellung) sowie der Vorsitzende des Landesverbandes jüdischer Ärzte und Psychologen gaben u. a. der Ärztekammer Berlin an diesem Abend die Ehre.

Michaela Peeters



Foto: S. Rüdert

Die Ausstellungseröffnung am 31. März erfreute sich großen Zuspruchs: Knut Pfeiffer-Paehr (Verein „frag' doch!“), Regine Held (Vorstand ÄKB), Michael Hahn (Geschäftsführer ÄKB), Ruth Jacob (Verein „frag' doch!“), Sigrid Kemmerling (Vorstand ÄKB), Elmar Wille (Vizepräsident ÄKB), Ruth Federspiel (Verein „frag' doch!“) (v. li.)



TITELTHEMA

Zwischen Markt und Mensch

Die Veränderungen im deutschen Krankenhauswesen beschäftigen Ärzte- und Interessenverbände

Von Harald Neuber.....14

Kommentar

Von Julian Veelken.....19

EDITORIAL.....

Der Kampf um die Rentenversicherungspflicht

Von Elmar Wille.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*6

BUNDESINSTITUTE

Aktuelles Krebsgeschehen in Berlin

Informationen des Gemeinsamen Krebsregisters.....11

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

Ausstellung „Jüdische Ärzte in Schöneberg – Topographie einer Vertreibung“

Von Michaela Peeters.....4

Delegierte beschließen neue Fortbildungsordnung

Bericht von der Delegiertenversammlung am 9. April 2014
Von Sascha Rudat.....20

Positive Zahlen in schwierigem Umfeld

Bericht von der Sitzung der Vertreterversammlung der Berliner Ärzteversorgung am 20. März 2014
Von Sascha Rudat.....21

Was wird aus Berlins Gesundheitswesen? Ein Diskussionsabend des Marburger Bundes Berlin-Brandenburg

Von Rosemarie Stein.....23

Düsseldorf im Blick

Was Berliner Delegierte vom 117. Deutschen Ärztetag erwarten.....24

Wahl zur 14. Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin

Die Wahlordnung.....28

Gesundheits-„Wesen“ wird „-Wirtschaft“

Bericht vom Symposium für Juristen und Ärzte in der Kaiserin-Friedrich-Stiftung
Von Rosemarie Stein.....34

Wenn die soziale Ungerechtigkeit zunimmt

Bericht vom Kongress „Armut und Gesundheit“
Von Ulrike Hempel.....36

Therapiefreiheit oder Überwachungsmedizin?

Bericht zum Kongress Freier Ärzte
Von Svea Keller.....38

FORTBILDUNG.....

Sicher verordnen.....10

Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin.....26

FEUILLETON.....

Wenn Kröten schreiten

Von Rosemarie Stein.....39

Leserbriefe



» Doc gesucht« – ein interessantes Thema für das Berliner Ärzteblatt. Die Position von Prof. Harald Mau zum Thema Honorarärzte erschreckt mich und darf mit Fug und Recht als nicht zeitgemäß bezeichnet werden, bzw. bedarf korrigierender Anmerkungen. Der angedeutete Vergleich des stundenweisen Feilbietens ärztlicher Leistung ist für mich kein Missverständnis. Ich habe nach meiner Klinikstätig-

keit eine Kinder- und Jugendarztpraxis übernommen. In den ersten vier Jahren war ich zusätzlich in einer kleinen Kinderklinik im Brandenburgischen als Urlaubsvertretung für den einzigen dortigen Facharzt tätig. Das machte mir Spaß, ich praktizierte Dinge, die man in der Praxis nicht mehr machte. Mit dem Honorar reduzierte ich meine Kreditverbindlichkeiten, das möchte ich nicht verhehlen und soll mir nicht als moralischer Makel anhängen. Heute ist meine Praxis deutlich über dem Berliner Durchschnitt. Ich versorge über 50 % mehr Jugendliche und Kinder pro Quartal. Um die Kontinuität der Versorgung auch in meinem Urlaub zu garantieren, stelle ich gern Honorarärzte zur Vertretung ein. Ohne Honorararzt hätten die Patienten halt Pech. Dies kann Prof. Mau sicher nicht gemeint haben. In der Kinder- und Jugendmedizin liegt der Anteil weiblicher Facharztkandidaten nun um die 80

Prozent. Es gibt nicht wenige Kolleginnen und zunehmend auch Kollegen, die in bestimmten Phasen des Lebens, z.B. die Betreuung der eigenen Kinder, mit zeitweiliger Honorararzt-tätigkeit verknüpfen. Das sollte zu akzeptieren sein. Im Übrigen gibt es viele Honorarärzte in den Praxen, die diese „Wanderjahre als fahrender Gesell“ nutzen, viel eigene Erfahrung sammeln und dann Praxen übernehmen. Dass die hier gezahlten Honorare den Kollegen durchaus Sorgenfalten auf die Stirn treiben, darf nicht unerwähnt bleiben.

*Dr. med. Steffen Lüder
Kinder- und Jugendarzt
Berlin*

Über das Titelblatt der Aprilausgabe von „BERLINER ÄRZTE“, der offiziellen Zeitschrift der Ärztekammer Berlin, konnte ich selbst noch schmunzeln, auch wenn es Honorarärzten nicht gerade schmeichelt, wenn man sie damit in die Nähe des Rotlichtmilieus rückt. Nun gut, eine gehörige Portion Selbstironie und Freude an der Satire sollte man als Honorararzt sowieso besitzen. Das Themenheft 04/2014 der BERLINER ÄRZTE mit dem Schwerpunkt Honorarärzte zeigt deutlich: Der Honorararzt wird innerhalb der Ärzteschaft – und unter Juristen sowieso – weiterhin kontrovers diskutiert. Im Vergleich zu zahlreichen anderen europäischen

Ländern, in denen freiberuflich tätige Honorarvertretungsärzte seit Jahrzehnten zu einer festen Größe im Gesundheitswesen geworden und damit kein Thema mehr sind, verlässt leider die Debatte hierzulande sehr oft das sachliche Niveau. Anderswo käme wohl niemand ernsthaft auf die Idee, den Locum-Ärzten pauschal die ethisch moralische Einstellung zu ihrem Beruf abzusprechen. Auf derartige Entgleisungen kann ich nicht mehr ernsthaft eingehen. Also Punkt.

Sehr geärgert hat mich allerdings der Beitrag von Frau Martina Jaklin, ihres Zeichens Justiziarin der Berliner Ärztekammer, den ich leider VOR meinem Interview nicht kannte. (...) Man hätte doch auch ohne einen „Dr. Honig“ zu kreieren die durchaus interessanten Kontroversen und juristischen Probleme der honorarärztlichen Tätigkeit beleuchten können, um deren Klärung wir uns seit der Gründung des Bundesverbandes der Honorarärzte e.V. im Jahr 2008 bemühen? Im Detail kann ich an dieser Stelle nicht auf die vor allem selbstgemachten Probleme durch die fehlende Flexibilität der Ärztekammern insgesamt eingehen. Die Frage sei erlaubt: Hätte man nicht bereits mit der Verabschiedung des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes im Jahr 2007 (ohne auch nur einen einzigen Honorararzt zu kennen) Anlass genug gehabt, die Satzungen der Kammern, der Ärzteversorgungswerke und die Heilberufsgesetze entsprechend anzupassen? Das im Beitrag von

ANZEIGEN

Frau Jaklin mehrfach bemühte Urteil des LSG Baden-Württemberg vom 17.4.2013 ist zwar rechtskräftig, gilt aber unter fast allen erfahrenen und mit diesen Fragen schon länger vertrauten Juristen als höchst korrekturwürdig. Ich verweise in der Kürze nur auf unsere Stellungnahme unter: [Link: www.bv-honoraraerzte.de/live/bv-honoraraerzte/content/e3208/e3274/e5255/LSGBW2013.pdf](http://www.bv-honoraraerzte.de/live/bv-honoraraerzte/content/e3208/e3274/e5255/LSGBW2013.pdf)

Die Richter des LSG BW fällten ein Urteil, dessen Konsequenz nicht nur von Honorärärzten als äußerst kritisch gesehen werden dürfte. So stellte das Gericht fest, dass eine selbständige Tätigkeit als Arzt nur in der Form der Niederlassung möglich sei. Folgt man konsequent dieser Argumentation, könnte wohl morgen schon der kassenärztliche Notdienst in Berlin und anderswo seine Tätigkeit einstellen, blieben Rettungshubschrauber am Boden, Notarzteinsatzfahrzeuge zu hunderten in der Garage und liefen Vertretungsgesuche für die Praxis wohl sehr oft ins Leere.

Gerade in diesen Bereichen sind freiberuflich tätige und eben nicht „ordentlich“ niedergelassene Ärzte mit viel Einsatz und Engagement tätig. Die Ärzteschaft insgesamt – und nicht nur die erklärten Honorärärzte – täte also gut daran, eine schnelle Korrektur des Urteils und dieser Aussagen einzufordern. Freilich eignet es sich aktuell gut zur Argumentation contra Honorararzt. Es ist aber eben nur die halbe Wahrheit! So hat jüngst das SG Berlin völlig konträre Aussagen getroffen, die – ob der Nähe zur Ärztekammer Berlin – dort eigentlich bekannt sein sollten?!

[Link: openjur.de/u/680629.html](http://link:openjur.de/u/680629.html)

Die divergente Rechtsprechung ist allerdings ein eindeutiger Beleg für die Notwendigkeit einer gesetzlichen Neuregelung der arbeits- und sozialrechtlichen Bestimmungen für Freiberufler bzw. Selbständige.

*Dr. med. Nicolai Schäfer
Vorstand des Bundesverbandes
der Honorärärzte e.V.*

Die „Position“ von Hr. Prof. Mau möchte ich folgendermaßen kommentieren: Nach 30 Jahren Tätigkeit als Arzt (z. Zt. angestellter Arzt) verstehe ich die Kollegen und Kolleginnen gut, die eine Tätigkeit als Honorararzt/ärztin wählen. Schlagworte auf dem Karriereweg wie „Erst Buckeln, dann Treten – Haken & Maul halten“ waren mir in diesen Jahren nicht fremd. Es ist dies geschuldet einem streng hierarchischen, antiquierten Organisationssystem: Assistentenarzt, Oberarzt, Chefarzt. Stichwort Chefarzt – und Ordinarien-herrlichkeit. Und seien wir ehrlich: Wer in diesem System nach oben kam, dem ging es durchaus auch um das eigene Wohl, nicht nur um das vielgepriesene Wohl des Patienten.

Dass dieses System Unzufriedenheit erzeugt und sich in neuen Formen der Beschäftigung kanalisiert, liegt auf der Hand. Es löst sich Gottseidank in den letzten Jahren etwas auf. Die Generation Y (Stichwort: work-life-balance) hält zunehmend die Kliniken am



Leben. Und das Beste ist: Wir brauchen diese Kollegen und Kolleginnen. Wunderbar zu sehen am Wandel der Stellenausschreibungen.

Es ist eben kein Dienst an der Menschheit, ausgebrannt zu sein, Partnerschaftsprobleme zu haben oder in diverse Abhängigkeiten zu verfallen.

Sinnbildlich dafür steht das Bild auf dem Schreibtisch eines überarbeiteten Arztes mit heiler Familie, das das Papier nicht wert ist. Sicher dient dies nicht dem Patientenwohl.

Nein, das Honorararztwesen ist nur Ausdruck dieser Störung und sehr verständlich. Ich freue mich auf zufriedenerer Kollegen und Kolleginnen, die ihr Lebensglück gefunden haben. Davon können sie auch dem Patienten etwas weitergeben.

*Dr. med. Michael Veitinger
Berlin*

Durch das Titelblatt der April-Ausgabe BERLINER ÄRZTE werden die dargestellten Ärztinnen und Ärzte in die Nähe von Escort-Services und Prostitution gestellt. Der Beitrag von Herrn Prof. Mau als Mitglied des Vorstandes der Berliner Ärztekammer enthält die Formulierung „...Arzt.... seine Leistung stundenweise feilzubieten“ und über Analogien des „Sich-stundenweise-Feilbietens“ will Herr Prof. Mau lieber gar nicht nachdenken. Diese Analogie führt die, die dann doch denken wollen, zur Prostitution.

Als Mitglied der Berliner Ärztekammer bin ich verblüfft und suche zunächst nach der Definition von Prostitution mit der Frage „Gibt es einen Zusam-

menhang zwischen ärztlicher Tätigkeit und Prostitution?“ Die Brockhaus Enzyklopädie in der Ausgabe von 1972 – vor Wikipedia ein Standard-Nachschlagewerk aus früheren Zeiten, nicht wahr Herr Professor Mau? – definiert die Prostitution wie folgt: „Prostitution (lat.), die gelegentliche oder gewerbsmäßige Selbstpreisgabe an beliebige Personen zu deren sexueller Befriedigung gegen Entlohnung in Geld....“

Nach Durchsicht mehrerer Arbeitsverträge als angestellte Ärztin und selbständige Ärztin finde ich in keinem dieser Verträge oder in der GOÄ einen Hinweis auf eine solche Dienstpflicht gegen Geld, ich erinnere mich auch nicht zu einer solchen

Leistung herangezogen worden zu sein. Der Arztberuf ist kein Gewerbe, man kann ihn allerdings gelegentlich ausüben. Bleibt noch der Begriff „Selbstpreisgabe“. Da fällt mir etwas ein: Da war die 18-monatige Phase des „Arztes in Praktikum“ (1.07.1988 – 30.09.2004), die der staatlich examinierte Studienabsolvent bis zur Erlangung der „Vollapprobation“ mitmachen durfte.

In meinem Fall hieß das ein Netto-Stundenlohn von 3 Deutschen Mark/Stunde im Bereitschaftsdienst. Das kommt dem Begriff „Selbstpreisgabe“ doch sehr nahe. Eine andere Form der „Selbstpreisgabe im ärztlichen Beruf“ ist die tägliche halbe Stunde

Mittagspause, die in den allerwenigsten Einrichtungen im deutschen Gesundheitswesen für den angestellten Arzt in der Form gewährt wird, wie sie tariflich, arbeitsrechtlich und arbeitsmedizinisch vorgesehen und definiert ist. Diese halbe Stunde arbeitet/gibt der Arzt unvergütet zum „Selbstpreis“ – wird dadurch die ärztliche Tätigkeit neben der Entwertung auch gleich in die Nähe von Prostitution gestellt? Immerhin handelt es sich um 2,5 Stunden unvergüteter ärztlicher Arbeit/Woche, mehr als einen Tag in 4 Wochen, und nach 8 Jahren hat man dann ein halbes Jahr unbezahlt gearbeitet. Nach einigem Nachdenken komme ich zu dem Schluss, dass es sich offenbar um eine

nur sehr unzureichend passende Analogie handelt. Beim weiteren Schmökern in der Enzyklopädie stoße ich in der Nähe von „Prostitution“ auf den Begriff „Prostata“ und eine enzyklopädische Abhandlung über das Organ an sich sowie seinen Erkrankungen. Die Vergrößerung der Prostata ist eine Erkrankung des Mannes in höherem Lebensalter, zuweilen einhergehend mit gestörtem Nachtschlaf und dadurch eingeschränkter körperlicher und geistiger Erholung. Das erklärt natürlich einiges, sehr geehrte Herren V.i.S.d.P und Herr Prof. Mau. Aber auch hier hilft die Enzyklopädie weiter, es sind Therapien bekannt.

*Constanze Rumpel-Sodoma
Berlin*

Erwiderung von
Prof. Dr. Harald Mau:



Sehr geehrte Frau Rumpel-Sodoma, dass Sie das Weiterdenken beim Thema Honorararzt zum Begriff Prostitution geführt hat und Sie ihn als unzureichende Analogie ablehnen, ist mir klar, da Sie mit dem Begriff allein die gewerbsmäßige Ausübung sexueller Handlungen verbinden. Prostitution bedeutet aber auch Herabwürdigung, öffentliche Preisgabe, Bloßstellung (Duden – Fremdwörterbuch) und damit kommt man der Angelegenheit schon näher. Und dass Sie mir den Zustand eingeschränkter körperlicher und geistiger Erholung attestieren, ertrage ich mit einem Lächeln und grüße Sie freundlichst!

Ihr Harald Mau

Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

Vivantes Klinikum Hellersdorf

Dr. med. Olaf Meyer ist rückwirkend zum Januar

zum Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie ernannt worden. Er hat die orthopädisch-unfallchirurgische Abteilung zuvor bereits ein Jahr geleitet. Im Juli 2013 ist die Klinik neu gegründet worden. Dr. Meyer wechselte Anfang 2013 vom DRK Klinikum Köpenick zu Vivantes.

Schlosspark-Klinik

Seit dem 1. April ist Prof. Dr. med. Theodor Kombos Chefarzt der Abteilung

für Neurochirurgie, die von einer Belegabteilung in eine Hauptabteilung mit 14 Betten umgewandelt wurde. Prof. Kombos war vorher Chefarzt der Klinik für Wirbelsäulenchirurgie und Neurochirurgie im Klinikum Hildesheim.

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



Dapaglifozin

Neue Diabetes Typ II-Therapie?

Grundsätzlich ist ein neuer Behandlungsansatz zur Therapie der Volkskrankheit Diabetes Typ II zu begrüßen. Dapaglifozin (Forxiga®) hemmt den renalen Natrium-Glukoserücktransporter SGLT2 und verstärkt die Glukoseselimination. Eine unabhängige pharmakritische Zeitung bleibt jedoch zurückhaltend: es liegen keine Endpunktstudien vor, ein zuckerreicher Urin vermehrt urogenitale Infektionen, bedingt durch eine diuretische Wirkung des Arzneistoffes können arterielle Hypotension und Dehydration entstehen (vor allem bei älteren Patienten), Erhöhung des Hämatokritwertes um durchschnittlich 2,15% (Risikofaktor für Thromboembolien und Nierenfunktionsstörungen), unklare Rolle einer Hepatotoxizität und Kanzerogenität (in Diskussion: Blasen- und Prostatakrebs). Auch Interaktionsmöglichkeiten sind noch nicht klar (über UDP-glukuronosyltransferase und über Cytochrom P450 Enzyme). Statement der Zeitschrift: Einsatz vermeiden. Dapaglifozin könnte eventuell in weiteren klinischen Studien geprüft werden.

Ein anderer Arzneistoff, der direkt am Kohlenhydratstoffwechsel ansetzt, allerdings am Darm (α -Glukosidasehemmung, verzögerte Glukosewirkung), hat sich nicht

durchgesetzt, unter anderem auch wegen schwerwiegender gastrointestinaler UAW (Acarbose®).

Quelle: Prescr. Internat. 2014; 23: 61-4

Valproinsäure

Schwangerschaft

In einem neuen Risikobewertungsverfahren der Europäischen Arzneimittelagentur EMA zu Valproinsäure (viele Generika) in der Schwangerschaft wird festgestellt, dass dieses Antiepileptikum nicht nur das Risiko von Fehlbildungen erhöht (vor allem angeborene Herzfehler und Extremitätenanomalien), sondern auch das Risiko von kognitiven Entwicklungsstörungen und autistischen Störungen. Diese Störungen können dauerhaft sein. Die Sicherheit von Valproinsäure in der Schwangerschaft wird nun genauer evaluiert.

Quelle: Bull. Am. Sicherheit 2013; 4: 3-6

Arzneimittelwirkung Analgetika

Psychopharmaka

So vielfältig die Gruppen der Analgetika und Psychopharmaka sind, so vielfältig sind auch ihre Wechselwirkungen untereinander. Es ist ratsam, vor einer Verordnung in

den jeweiligen Fachinformationen die Rubrik „Wechselwirkungen“ durchzusehen. Klinisch bedeutsam können sein:

■ Serotoninsyndrom

Es umfasst kognitive, autonome und neuromuskuläre Störungen, die durch eine verstärkte Serotoninbildung oder -freisetzung, eine Hemmung der Serotoninwiederaufnahme oder des -abbaus, aber auch durch direkten Serotoninagonismus verursacht wird. Während z.B. Morphinanaloga wie Buprenorphin kein Serotoninsyndrom auslösen, sind Phenylpiperidin-Opiate wie Fentanyl in Kombination mit Antidepressiva mit Vorsicht zu behandeln.

■ Blutungsrisiko

SSRI/SSRNI erhöhen das gastrointestinale Blutungsrisiko in Kombination mit nichtsteroidalen Antiphlogistika, auch mit ASS, deutlich.

Auch **anticholinerge, kardiovaskuläre und sedative Effekte** können klinisch bedeutsam werden, ebenso wie **pharmakokinetische Interaktionen**.

Quelle: tägl. Praxis 2014; 55 (1): 169 – 183

**Ihr Ansprechpartner bei Rückfragen:
Dr. Günter Hopf, Ärztekammer Nordrhein,
Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf,
Tel. 0211 4302-2272**

Nachdruck aus dem Rheinischen Ärzteblatt 4/2014

Aktuelles Krebsgeschehen in Berlin

Das GKR gibt in diesem Jahr erstmals für alle Länder seines Einzugsbereichs und so auch für Berlin ein Landesdatenblatt heraus. Unter der Überschrift „Aktuelles Krebsgeschehen in Berlin“ werden die seit Januar 2014 zur Veröffentlichung bereitstehenden Daten des Diagnosejahres 2011 in den Mittelpunkt gestellt. Die Landesdatenblätter fassen für einen schnellen Überblick zum Thema Krebs die wichtigsten epidemiologischen Kenngrößen in kompakter Form auf einer A4-Seite zusammen.

In Berlin zeigt sich für 2011 die folgende Situation: Insgesamt wurden 17.353 Krebsneuerkrankungen (C00-C97 ohne C44 inklusive D09.0 und D41.4) registriert. Bei Männern waren es 8.507 und bei Frauen 8.846 inzidente Fälle. Hinzu kommen noch 1.367 bzw. 1.391 Fälle (Männer/Frauen) sonstige Hauttumoren (C44). Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt liegen die altersstandardisierten Inzidenzraten (Europastandard) für Berlin bei den Männern mit 378,7 zu 452,1 je 100.000 deutlich niedriger und bei den Frauen mit 335,4 zu 341,4 in etwa gleicher Höhe.

Die 10-Jahre-Prävalenz für Krebs insgesamt betrug bei beiden Geschlechtern jeweils 2,5% der (männlichen bzw. weiblichen)

Bevölkerung. Das heißt am 31.12.2011 lebten in Berlin rund 42.900 Männer und 44.900 Frauen, die in den letzten 10 Jahren eine Krebsdiagnose erhielten. Weitere 13.200 Berliner und 12.400 Berlinerinnen erkrankten im gleichen Zeitraum an einem sonstigen Hauttumor.

Ergänzt werden die Inzidenz- und Prävalenzdaten für Krebs insgesamt durch tabellierte Angaben für 25 weitere Entitäten und Entitätsgruppen. Grafisch aufbereitet enthält das Datenblatt Informationen zu den zehn häufigsten Lokalisationen bei Krebsneuerkrankungen und -todesfällen.

Die häufigsten Neuerkrankungen bei den Männern sind mit jeweils rund 18% Prostata- und Lungenkrebs (1.578 und 1.540 Fälle). Darmkrebs steht mit 12,5% (1.058 Fälle) an dritter Stelle. Die häufigsten Krebstodesfälle entfallen ebenfalls auf diese Lokalisationen: 28,4% sind dem Lungenkrebs (1.322 Fälle) zuzuschreiben, 10,5% einem Prostatakarzinom (488 Fälle) und 9,6% dem Darmkrebs (448 Fälle).

Bei Frauen ist Brustkrebs mit 2.775 Neuerkrankungsfällen und einem Anteil von 31,4% die häufigste Tumorerkrankung und steht mit 1.711 Sterbefällen (17,5%) an zweiter Stelle der Krebsmortalität. Lungenkrebs ist mit 799 Sterbefällen (19,5%) die häufigste Krebstodesursache und nimmt mit 1.036 Fällen (11,7%) die zweite Stelle bei den Neuerkrankungen ein. Damit ist Lungenkrebs in Berlin im Vergleich zu den anderen Ländern des GKR-Einzugsbereiches deutlich stärker verbreitet. Dort ist Lungenkrebs bei Frauen mit Anteilen zwischen 5% und 7,6% nur die dritthäufigste Tumorlokalisation bei den Neuerkrankungen und steht mit Anteilen zwischen 13,6% und 10,0% bei den Krebstodesursachen erst an zweiter oder dritter Stelle. In Berlin nimmt Darmkrebs den dritten Rang ein: bei der Krebsmortalität mit 732 Todesfällen (10,6%) und bei der Inzidenz mit 1.011 Neuerkrankungen (11,3%).

Zusätzlich hat das GKR, das bereits ab dem Diagnosejahr 1961 über zuverlässige Inzidenzzahlen verfügt, die historische Trendentwicklung für ausgewählte Entitäten dargestellt.

Die Landesdatenblätter sind ab sofort auf den Internetseiten des GKR unter www.krebsregister.berlin.de abrufbar.

Fortbildungsangebot zum Themenschwerpunkt „Häusliche Gewalt“

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

Gewalt in Paarbeziehungen ist weit verbreitet, betrifft überwiegend Frauen und gilt als ein zentrales Gesundheitsrisiko (WHO). Kinder sind von Gewalt in Paarbeziehungen 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 10.05.2014 (10.00 – 16.00 Uhr) sowie am 14.05.2014 (17:00–19:30 Uhr) in den Räumen der Ärztekammer Berlin statt. Sie vermittelt Grundlagenkenntnisse und Handlungssicherheit im Umgang mit der Thematik „Gewalt in Paarbeziehungen“.

Eine Anmeldung ist erforderlich.

ANMELDEVERFAHREN
S.I.G.N.A.L. e.V.

Koordinierungs- und Interventionestelle
Hilde Hellbernd, MPH;
Karin Wieners, MPH;
E-Mail: wieners@signal-intervention.de;
Fax: 030 / 275 95 366

Die Basis-Fortbildung ist mit 10 Fortbildungspunkten (10.05.2014) und 4 Fortbildungspunkten (14.05.2014) anerkannt.

Prävention

Gesundheit auf der Kippe – Tabaksteuern rauf, Zigarettenkonsum runter!

Am 31. Mai ist Weltnichtrauchertag – zum 28. Mal, seit die Weltgesundheitsorganisation ihn 1987 ins Leben gerufen hat. Mit wechselnden Schwerpunkten wird auf die Forderungen der WHO-Rahmenkonvention zur Tabakkontrolle (FCTC) zur Förderung der Rauchfreiheit und den damit verbundenen Gesundheitspotenzialen aufmerksam gemacht.

„Raise taxes on tobacco“ – das Thema des diesjährigen Weltnichtrauchertags. Laut WHO ist die Preissteigerung für Tabak durch höhere Steuern der effektivste Weg, um den Verbrauch von Tabakwaren zu senken und Raucher zum Rauchstopp zu bewegen. Von einer Steuererhöhung profitieren auch Regierungen durch erhöhte Einnahmen, die wieder für die Tabakkontrolle und andere wichtige Gesundheits- und Sozialprogramme verwendet werden können. Eine Erhöhung der

Tabaksteuer um 10% verringert in der Regel den Tabakkonsum um 4% in Ländern mit hohem Einkommen und um rund 8% in denen mit niedrigen und mittleren Einkommen. Dabei steigen die Einnahmen durch Tabaksteuern im Mittel noch um ca. 7%. (Quelle: WHO)

Es ist kein Geheimnis, Rauchen gilt als das größte einzelne vermeidbare Gesundheitsrisiko für eine Vielzahl schwerwiegender Erkrankungen und ist die führende Ursache frühzeitiger Sterblichkeit – ein trauriger Rekord. In Deutschland rauchen aktuell ca. 27% der Frauen und 31% der Männer.

Neben den geforderten Steuererhöhungen gibt es ein weiteres sehr wirksames – ärztliches – Instrument die Raucherprävalenz zu senken: Der ärztliche Rat ist für viele Raucher die Initialzündung in ein rauchfreies Leben. Schon eine nur dreiminütige ärztliche

Beratung kann bis zu 10% der Raucher zu einem Rauchstopp motivieren. Je intensiver dabei die Beratung ist, umso besser ist der Erfolg!

Auch oder gerade durch die Diskussionen um die Nichtraucherschutzgesetzte in den Ländern müssen neben den eher „traditionellen“ Formen des Tabakkonsums auch die neueren Produkte E-Zigarette, E-Shisha und Snus (Oraltabak) im Focus der Anamnese des Rauchverhaltens der Patienten stehen.

Nehmen Sie den Weltnichtrauchertag als Impuls auf. Befragen Sie Ihre Patienten zu ihrem Rauchverhalten, dokumentieren Sie den Rauchstatus und sprechen Sie eine individuelle und motivierende Empfehlung zum Rauchstopp aus. Unterstützen Sie zum Rauchstopp motivierte Patienten bei ihrem Ziel. Kurzintervention wirkt – in drei Minuten!

LINKS, die Sie unterstützen können:

- Informationen und Materialien zum Weltnichtrauchertag www.weltnichtrauchertag.de

- Informationen, Publikationen der Bundesärztekammer: Menüpunkt Ärzte | Suchtmedizin | Tabak www.bundesaerztekammer.de

- Informationen, Publikationen des Deutschen Krebsforschungszentrums dkfz www.tabakkontrolle.de

LINKS, die Ihre Patienten unterstützen können:

- Informationen, Rauchstopp-Hilfe online: www.rauchfrei-info.de

- Informationen, qualifizierte Tabakentwöhnungsangebote www.anbieter-raucherberatung.de

Kurs

Was tun beim Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung?

Kinderschutz – eine Orientierungshilfe für die Praxis

Der Berliner Notdienst Kinderschutz dürfte vielen Ärztinnen und Ärzten bekannt sein. Eine klare Vorstellung und unmittelbare Anschauung von 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 Fachrichtungen offen steht. Interessierte Ärztinnen und Ärzte werden mit dieser Schlüsseleinrichtung des Kinderschutzes „vor Ort“ bekannt gemacht. Im Weiteren zielt die Fachdiskussion anonymisierter Kasuistiken darauf ab, die klinisch-praktische Arbeit und die Aktivitäten der Kinder- und Jugendhilfe intensiver miteinander zu verschränken.

REFERENTEN: 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/UHRZEIT: Mittwoch, 21. Mai 2014; 15:00 - 16:30 Uhr
Ort: Berliner Notdienst Kinderschutz, Mindener Str. 14, 10589 Berlin

ANMELDUNG/KONTAKT: Die Teilnahme ist kostenlos. Die Teilnehmerzahl ist auf 20 Personen begrenzt. Eine persönliche Anmeldung ist unbedingt erforderlich; Anmeldung per Telefon: 030/40806-12 07 oder per E-Mail: fb-veranstaltungen@aekb.de

Mit 3 Fortbildungspunkten anerkannt.

Ausbildung

Zwischenprüfung der auszubildenden „Medizinischen Fachangestellten“ Ergebnisse der Frühjahrsprüfung 2014

Am 11. März 2014 fand in der Ärztekammer Berlin die Zwischenprüfung der auszubildenden „Medizinischen Fachangestellten“ statt. Die 370

Kandidatinnen und Kandidaten legten Leistungen in den Fächern Behandlungsassistent und Betriebsorganisation ab. Die Zwischenprüfung wird

nach etwa der Hälfte der Ausbildungszeit absolviert und dient der Ermittlung des Ausbildungsstandes der Auszubildenden.

Es wurden folgende Ergebnisse erzielt:

Punkte	100 – 92,00	91,99 – 81,00	80,99 – 67,00	66,99 – 50,00	49,99 – 30,00	29,99 – 0
Note	1 (sehr gut)	2 (gut)	3 (befriedigend)	4 (ausreichend)	5 (mangelhaft)	6 (ungenügend)
Behandlungsassistentz						
Anzahl	9	38	161	121	40	1
Betriebsorganisation und -verwaltung						
Anzahl	3	19	108	168	66	6

Fortbildung

Medizinische Fachangestellte – „Ausbildung für Auszubildende“ Mittwoch, den 14. Mai 2014, 18 - 21 Uhr (3 Fortbildungspunkte, kostenfrei)



Die Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin (wir berichteten in BÄ 02 und 03/ 2014) wird im Langenbeck-Virchow-Haus, Historischer Hörsaal, Luisenstraße 58/59, 10117 Berlin stattfinden. Eine Anmeldung zur Veranstaltung ist bis zum 9. Mai 2014 möglich.

Absender (bitte in Druckbuchstaben)

Stempel

Medizinische Fachangestellte – „Ausbildung für Auszubildende“ Mittwoch, 14. Mai 2014 von 18 - 21 Uhr

Langenbeck-Virchow-Haus, Historischer Hörsaal, Luisenstraße 58/59, 10117 Berlin

An der Veranstaltung möchte/n ich/wir mit insgesamt _____ Person/en teilnehmen.

Unterschrift

Bitte per Fax an 030/40806 - 2299
oder per E-Mail an afa2014@aekb.de

Zwischen Markt und Mensch

Von Harald Neuber



Die Veränderungen im deutschen Krankenhauswesen beschäftigen Ärzte- und Interessenverbände

Die Kliniklandschaft in Deutschland befindet sich im Umbruch. Übernahmen und Fusionen sind an der Tagesordnung, immer neue Rekorde werden gebrochen. So konnte der Gesundheitskonzern Fresenius nach einem gescheiterten ersten Versuch im Sommer 2013 Ende Februar dieses Jahres einen Großteil der Krankenhäuser des Trägers Rhön übernehmen. Nach Abschluss einer Marktprüfung hatte das Bundeskartellamt nur wenige Einwände. Von 43 geplanten Klinikankäufen erlaubte die Aufsichtsbehörde die Übernahme von 40 Rhön-Häusern durch das Fresenius-Tochterunternehmen Helios. Im Gegenzug muss der Berliner Klinikbetreiber zwei Häuser in Sachsen abgeben, um dort eine lokale Marktdominanz zu verhindern. Zudem werden 13 statt 15 Medizinische Versorgungszentren des Rhön-Konzerns an Helios gehen. Die lange vorbereitete Übernahme bricht mehrfache Rekorde: Gut drei Milliarden Euro zahlt Fresenius dafür, uneinnehmbar auf den ersten Platz der privaten Klinikkonzerne in Deutschland aufzusteigen. Die Fresenius-Tochter Helios wird nach Ende der Übernahme bundesweit mehr als 110 Kliniken halten. Umsatz und Gewicht des DAX-Konzerns Fresenius werden sich damit deutlich steigern. Schon vor der Übernahme verzeichnete alleine Helios einen Jahresumsatz von 3,2 Milliarden Euro.

Die Elefantenhochzeit auf dem privaten Klinikmarkt hat eindrücklich einen schon zwei Jahrzehnte währenden Trend verdeutlicht. Unter dem stetigen Kostendruck schließen sich zum einen immer mehr Betreiber zusammen. Zum anderen gewinnen private Klinikunternehmen stetig an Einfluss. Das zeigt der Blick auf die Branchenzahlen: Laut Statistischem Bundesamt befindet sich mit einem Anteil von 47,9 Prozent nach wie vor zwar fast jedes zweite Bett im Haus eines öffentlichen Trägers. Allerdings – darauf wies die Nachrichtenagentur dpa im Zuge der Übernahme der Rhön-Kliniken hin – sei die Zahl der Häuser in öffentlicher Hand auf unter ein Drittel gesunken. Demnach gibt es in Deutsch-

land derzeit 601 öffentliche, 719 freige-meinnützige und 697 private Kliniken. Vor zwei Jahrzehnten lag das Verhältnis zwischen öffentlichen und privaten Häusern bei 1.062 zu 369.

Zwar sind die privaten Kliniken laut einschlägiger Erhebungen betriebswirtschaftlich besser aufgestellt als öffentliche Häuser. Die strukturellen Probleme aber bestehen hier wie dort. Vor allem die wachsenden Personalkosten schlagen unabhängig von der Art der Trägerschaft zu Buche. Im August vergangenen Jahres hatte die alte Bundesregierung daher einen Vorschlag des damals noch FDP-geführten Gesundheitsministeriums gebilligt und einen Sonderetat von 1,1 Milliarden Euro für die Krankenhäuser genehmigt. Damit sollte ein großer Teil der Personalkostensteigerung nach der Tarifrunde 2013 ausgeglichen werden. Was zugleich deutlich macht, dass es sich um nicht mehr als eine einmalige Finanzspritze handelte. Darauf verwies auch der Vorstand des Dachverbandes der Betriebskrankenkassen, Siegfried Gänsler. Er forderte, „strukturelle Probleme“ anzugehen und prognostizierte eine weitere Zunahme der Kliniken mit einer Negativbilanz.

Wachsende Marktkonzentration

Den privaten Klinikmarkt scheinen solche Bedenken zunächst nicht zu beeindrucken. Dieses Branchensegment wurde bis zur Übernahme der Rhön-Kliniken von vier großen Playern dominiert, die wirtschaftlich durchweg gut aufgestellt waren. Marktführer war seit geraumer Zeit schon die Fresenius-Tochter Helios. Es folgten der in Hamburg ansässige Krankenhausträger Asklepios mit einem Jahresumsatz von 3,0 Milliarden Euro 2012 und die Rhön-Kliniken mit einem Jahresumsatz (2012 bei 2,86 Milliarden Euro). Der Münchener Klinikbetreiber Sana verbuchte im gleichen Jahr einen Umsatz von 1,78 Milliarden Euro. In allen vier Fällen hatten die Unternehmen über die vergangenen Jahre ein stetiges

Umsatzplus verzeichnen können, was vor allem für die beiden börsennotierten Aktiengesellschaften unter ihnen – Fresenius und Rhön-Kliniken – bedeutsam war. Nach der Sana Kliniken AG folgten auf dem privaten Klinikmarkt mit erheblichem Umsatzabstand die SRH-Kliniken, die Schön-Kliniken, die MediClin AG und Paracelsus.

Die Expansion der Helios-Kliniken wird bei einem Blick auf die Unternehmensgeschichte und -struktur verständlicher. Das vor gut 100 Jahren in Frankfurt am Main gegründete Unternehmen gehört nicht nur zu den ältesten Akteuren auf dem deutschen Gesundheitsmarkt. Fresenius ist vor allem ein internationaler Konzern, dessen Dimensionen weit über die der Konkurrenten hinausreichen. Neben dem Krankenhausträger Helios ist das Teilunternehmen Medical Care vorrangig im Bereich der Dialyse-Dienstleistungen und der Produktion von Dialyse-Produkten tätig. Das Unternehmen Kabi operiert auf dem Markt der Infusionstherapien und Transfusionstechnologien, während Vamed Dienstleistungen in Krankenhäusern anbietet. Die Eigentumsstruktur ist von der gemeinnützigen Else-Kröner-Fresenius-Stiftung dominiert, während der Versicherungskonzern Allianz und verschiedene Finanzdienstleister Anteile im einstelligen Bereich halten. Bislang hat der Fresenius-Konzern den größten Teil seines Umsatzes in den USA verzeichnet.

Wie im Fall von Helios sind die Rhön-Kliniken mit eigenen Wertpapieren am Börsenhandel beteiligt. Die 1973 von Eugen Münch gegründete Rhön Klinikum AG war in den vergangenen Jahren selbst durch Übernahmen stetig gewachsen. Als das Unternehmen vor 25 Jahren an die Börse ging, verzeichnete es kaum 700 Mitarbeiter. Die Eigentümerstruktur des Rhön-Konzerns ist in einem stärkeren Maße als bei den Konkurrenten von Finanzdienstleistern geprägt. Zwar hielt die Gründerfamilie Münch bis zuletzt 12,5 Prozent der Aktien. Unter den übrigen Großaktionären aber befanden sich die New Yorker Investmentge-

sellschaft BlackRock, der ebenfalls US-amerikanische Finanzinvestor Templeton und die kanadische Gruppe Sun Life Financial. Der Rhön-Konzern ist unter den großen Akteuren auf dem deutschen Klinikmarkt damit am stärksten mit der Finanz- und Investmentbranche verknüpft gewesen.

Nach der vollzogenen Übernahme der Rhön-Kliniken durch Helios wird Asklepios als einer der nun verbleibenden „Big Three“ an Bedeutung gewinnen. In den vergangenen gut zehn Jahren hat sich die Zahl der Häuser dieses Hamburger Trägers fast verdreifacht, seit Herbst 2011 hält Asklepios zudem die Mehrheit der MediClin AG. Gegen den Aufstieg von Helios zum unbestrittenen Marktführer hatte sich Firmengründer Bernhard Broermann mit allen ihm möglichen juristischen Mitteln gewehrt. Der CSU-Bundestagabgeordnete Peter Gauweiler vertrat Broermann in einer Klage wegen Marktmanipulation und Nötigung, zudem erging eine Pflichtmitteilung an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Der harte Schlagabtausch zwischen den Schwergewichten auf dem privaten Krankenhausmarkt sorgte über Monate hinweg für Schlagzeilen. Fast in den Hintergrund rückte angesichts dieser Medienaufmerksamkeit die Sana-Klinikette, die – ähnlich dem Rhön-Konzern – von einer Gruppe von Aktionären getragen wird. Darunter befinden sich rund 30 Unternehmen und vor allem private Versicherungskonzerne wie DKV, Signal-Iduna, Allianz, Continentale und Debeka.

Auf dem liberalisierten Klinikmarkt sind zugleich aber auch kleinere und lokal agierende Betreiber entstanden, die neue Ansätze verfolgen. Zu ihnen gehört das 2002 gegründete hessische Unternehmen Agaplesion, das als gemeinnützige Aktiengesellschaft schon von der Betriebsform her eine Gratwanderung zwischen Profitorientierung und unbedingtem Versorgungsanspruch wagt. Die Aktien werden von gut einem Dutzend evangelischer Verbände, Stiftungen und Gemeinden gehalten.

Zuversicht und Sorge bei den Privaten

Im privaten Klinikbereich herrscht derzeit eine fast paradoxe Atmosphäre zwischen Aufbruchstimmung und Zukunftsängsten. Im Gespräch mit BERLINER ÄRZTE zeigte sich der Vorstandsvorsitzende der Rhön-Klinikum AG, Dr. Dr. Martin Siebert zunächst zuversichtlich: „Mit der Übertragung von 40 Kliniken an Fresenius/Helios hat unser Unternehmen den bislang größten Transformationsprozess seiner Geschichte bewältigt“, sagte er. Künftig werde man sich mit zehn Kliniken auf Spitzenmedizin mit wissenschaftlich-universitärer Anbindung konzentrieren. „Vor dem bekannten Hintergrund demographischer Trends schätzen wir die langfristigen Entwicklungs- und Wachstumsperspektiven weiterhin als hervorragend ein“, bekräftigte Siebert, um zugleich auf die negativen Faktoren zu verweisen: den Kostendruck, knappe öffentliche Investitionsmittel, die Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich und „die scheinbar unheilbare staatliche Regulierungswut“. Gegenüber öffentlichen Trägern, so Siebert, gingen Krankenhäuser in privater Trägerschaft diese Herausforderung in der Regel aber pragmatischer, kreativer und leistungsorientierter an.

Auch der Vorstandsvorsitzende der Sana Kliniken AG, Dr. Michael Philippi, trat Resentiments gegen private Träger entgegen. Es gehöre zu den „Klischees“, dass die privaten Krankenhausträger

vorzugsweise jüngere und gesündere Patienten behandeln. „Das Durchschnittsalter der Patienten in privaten Krankenhäusern beträgt 57,9 Jahre. Das Durchschnittsalter der Patienten in kommunalen Krankenhäusern 55,6 Jahre“, argumentierte Philippi auf Nachfrage von BERLINER ÄRZTE. Genauso verhalte es sich mit dem Casemix-Index, also der durchschnittlichen Schwere der Patientenfälle. Dieser Index erreiche bei privaten Krankenhäusern 1,20 und bei kommunalen Krankenhäusern 1,03, so Philippi, der sich auf entsprechende Zahlen des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) berief.

Während die fortschreitende Privatisierung und die damit einhergehende Konzentration auf wenige Betreibergesellschaften vor allem von Arbeitnehmervertretern kritisch gesehen werden, schlägt das Bundeskartellamt ruhigere Töne an. Bundesweit sei „noch kein wirklich bedenklicher Konzentrationsgrad erreicht“, stellte der Präsident dieser Behörde, Andreas Mundt, im Gespräch mit BERLINER ÄRZTE fest. In der Fusionskontrolle gehe es dem Kartellamt vor allem darum, den Wettbewerb zwischen verschiedenen Trägern vor Ort zu schützen, sagte Mundt, der von 1992 bis 1999 in der FDP-Bundestagsfraktion gearbeitet hat und der liberalen Partei angehört. Das Kartellamt entscheide „völlig unabhängig davon, ob es sich um einen privaten, gemeinnützigen oder kommunalen Träger handelt“, bekräftigte der Jurist: „Das heißt, dass wir ganz konkret auf der Basis von bestehenden



*Dr. Michael Philippi
Vorstandsvorsitzender der
Sana Kliniken AG*

Andreas Mundt
Präsident des
Bundeskartellamtes



Patientenströmen analysieren, welche Versorgungsalternativen vor und nach einer geplanten Fusion in der jeweiligen Region bestehen.“

Liegt in der fortschreitenden Privatisierung also der Schlüssel zum Erfolg? Die eingangs genannten Zahlen zur veränderten Relation zwischen öffentlichen und privaten Trägern lassen das vermuten. Zugleich verändert sich der betriebswirtschaftliche Diskurs mit steigendem Einfluss der Privatunternehmen in der Branche massiv. Rentabilität und Gewinnmargen rücken in den Fokus – und zunehmend auch Aktienkurse und Dividenden. So wurde die Übernahme der Rhön-Kliniken von Gesundheitsmarktexperten in Banken rege diskutiert. Im September vergangenen Jahres prognostizierte eine Marktanalytikerin der Deutschen Apotheker- und Ärztebank einen weitgehenden Wertverlust der Rhön-Aktie. Knapp sechs Monate später riet ein Analyst der Commerzbank weiterhin zum Kauf der Wertpapiere. Der „Kapitalrückfluss fällt beim fränkischen Gesundheitsdienstleister höher aus als gedacht“, bestätigte er. Das „Buy-Votum“ für die Rhön-Aktie könne von der Commerzbank bestätigt werden, hieß es im besten Börsendeutsch.

Die öffentliche Meinung beeinflussen

Gesundheit als Spekulationsobjekt? Krankenhäuser unter dem Erwartungsdruck von Aktionären? Einige Beobachter sehen diese Perspektive mit Sorge. Nicht so Fresenius-Chef Ulf Schneider. Nach der beschlossenen Übernahme der Rhön-Kliniken sagte er den 40 Häusern eine „glänzende Entwicklung“ voraus. Die neuen Kliniken sollen nach der Eingliederung eine leicht gesteigerte Ebit-Marge, also ein operatives Ergebnis von zehn bis zwölf Prozent erreichen, sagte Schneider Mitte März. Solche Ankündigungen sollen vor allem das Vertrauen in das Unternehmen stärken und sind typisch für die stark ausgeprägte Eigeninitiative der privaten Akteure, die für ihr Unternehmen aktiv werben müssen und daher stärker in der Öffentlichkeit stehen. So sind die Namen der gestandenen Klinikunternehmer wie Eugen Münch (Rhön) oder Bernard Broermann (Asklepios) bekannt. Wer aber kennt die führenden Akteure öffentlicher Häuser?

Die Diskursheftigkeit der privaten Krankenhausunternehmen in der Debatte über die Entwicklung der Branche und die dafür notwendigen politischen Konzepte wird aber auch gezielt von akademischer Seite beeinflusst. Einen großen Anteil daran hat das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) mit Sitz in Essen, das sich zu zwei Dritteln aus Bundes- und Landesgeldern sowie aus Drittmitteln finanziert. Seit 2004 veröffentlicht das RWI jährlich einen „Krankenhaus Rating Report“, der dezidiert marktliberale Positionen vertritt. Um Kosten zu sparen, würden sich perspektivisch weitere Kliniken zu großen Verbänden zusammenschließen, hieß es in einer Erklärung zum letzten Report Anfang Juni 2013: „Die Versorgungssicherheit ist dabei nur selten in Gefahr, die Politik sollte diesen Prozess unterstützen“, konstatierten die Autoren. Der „Krankenhaus Rating Report“, der über die Verbreitung durch Nachrichtenagenturen jedes Jahr große mediale Aufmerksamkeit erfährt, wird neben dem RWI von dessen Tochter-

unternehmen Institute for Health Care Business GmbH (HCB) und von der irischen Unternehmensberatung Accenture erstellt.

Der akademisch aufwändig erstellte Rapport ist fachlich nie kritisiert worden. Fragen werfen aber die Vernetzung des Instituts und auch der Autoren mit marktliberalen Lobbygruppen auf. So ist der Leiter des Bereichs Gesundheit beim RWI und Geschäftsführer des HCB, Dr. Boris Augurzky, zugleich Mitglied im Autorenstamm des „Ökonomenblogs“ der umstrittenen „Initiative für Neue Soziale Marktwirtschaft“ (INSM). Die INSM wurde im Jahr 2000 vom Arbeitgeberverband Gesamtmetall ins Leben gerufen worden und gab nach einer Aufstellung der Nichtregierungsorganisation LobbyControl in den Jahren 2012 und 2013 fünf Studien des RWI in Auftrag. Zwischen 2011 und 2012 wurde ein RWI-Forschungsprojekt zur „Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft“ vom Bundesverband der Privatkliniken bezahlt.

Dr. Ulf Schneider
Vorstandsvorsitzender der
Fresenius SE & Co. KGaA



Forderung nach sachlicher Debatte

Das Ringen um die öffentliche Meinung über die notwendige Entwicklung der Krankenhauslandschaft in Deutschland hat nicht nur in Publikumsmedien, sondern auch in Fachpublikationen zu einer emotionalen Debatte mit oft festgefahrenen Positionen geführt. Eine äquidistante Position versuchte der Gesundheitsrat Südwest, eine unabhängige Kommission der Landesärztekammer Baden-Württemberg, in einer Ende 2010 veröffentlichten Studie über „Privatisierung in der stationären Versorgung“ einzunehmen. In dem 39-seitigen Papier werden die Vorteile privater Träger im Krankenhausgeschäft durchaus anerkannt – vor allem angesichts der strukturellen Schwäche der Kommunen und Landkreise. Insbesondere außerhalb der Ballungsgebiete gebe es viele Fälle, in denen eine stationäre Versorgung in der qualitativ erforderlichen Weise und in der fachlich notwendigen Breite nur noch von privaten Trägern und Kapitalgebern gesichert werden könne, schreiben die Autoren in einer Zusammenfassung der Privatisierungsargumente. Zudem erkennen die Autoren des unabhängigen Gremiums an, dass der Wettbewerb durch private Akteure die Versorgung in einer Region quantitativ und qualitativ verbessern könne. Auch könnten Krankenhausunternehmen in kostenintensiven Bereichen wie Herzzentren oder bei spezialisierten radiologischen Angeboten leichter Investitionen tätigen als die wenig liquiden öffentlichen Träger. Und schließlich hätten private Betreiber von Krankenhäusern durch ihre Unabhängigkeit von öffentlichen Kassen die Möglichkeit, schneller auf Herausforderungen zu reagieren, zumal sie von politischen Entscheidungsträgern weitgehend unabhängig seien. Der Zwang zur Erwirtschaftung eines Überschusses schließlich sei für private Häuser überlebenswichtig und führe daher zu mehr Effektivität und Effizienz.

Zugleich beklagen die Autoren der in Reutlingen publizierten Studie eine weitgehend polarisierte Debatte zwischen

Befürwortern und Gegnern der Privatisierung. Wie sie von den beiden Lagern bestimmt wird, zeigte sich im vergangenen August im Rheinland. Dort kam es zu einem öffentlich ausgetragenen Disput zwischen Krankenhauskonzernen und Krankenkassen über die Bewertung privat geführter Häuser. Auslöser war eine Befragung von Helios, der zufolge 95,6 Prozent der Patienten das Krankenhaus dieser Kette in Wuppertal zufrieden verlassen. Vor allem die Aufnahme sei von den Patienten gelobt worden, auch Ärzte und Pflegepersonal hätten Bestnoten erhalten. Einer vergleichbaren Befragung der Barmer GEK und der AOK Rheinland/Hamburg zufolge aber landete die Klinik nur auf einem Platz im hinteren Drittel von 147 untersuchten Häusern im Rheinland. Am Ende standen beide Meinungen gegeneinander. „Sparen die Häuser etwa an der Qualität, um die Rendite nach oben zu treiben?“, fragte die „Rheinische Post“, um kritische Stimmen der Gewerkschaften anzuführen. Der Marburger Bund etwa verwies darauf, dass bei Helios über einen ärztlichen Tarifvertrag heftig gestritten werde. Die Dienstleistungsgewerkschaft ver.di beklagte Outsourcing von patientenfernen Bereichen. Sowohl bei Sana als auch Helios habe die Privatisierung von Häusern zu einer Verknappung der Personaldecke geführt, weil bei steigender Arbeitslast nicht mehr Personal eingestellt worden sei.

Beobachter des Marktes verfolgen aufmerksam, ob dem evangelischen Träger Agaplesion die Gratwanderung zwischen Markt und Medizinethik gelingt. Gegenüber BERLINER ÄRZTE erklärte Dr. Markus Hornheber, Vorstandsvorsitzender der gemeinnützigen Aktiengesellschaft, das Beteiligungsmodell. „Niemand verdient Geld mit Agaplesion“, sagte er, da Kaufpreiszahlungen durch die Einrichtung wieder erwirtschaftet werden müssten. „Stattdessen tauschen wir die Einrichtungen gegen Anteile an der gemeinnützigen AG“, so Hornheber. Dadurch blieben die finanziellen Mittel im Kreislauf des Gesundheitswesens. Der Vorstandsvorsitzende des evangelischen Trägers führt zum Vergleich die Übernahme der Rhön-



Dr. Markus Hornheber
Vorstandsvorsitzender
von AGAPLESION gAG

Kliniken durch Helios an. Für den Verkauf sei ein Kaufpreis von 3,1 Milliarden Euro gezahlt worden. „1,7 Milliarden Euro davon sollen an die Anteilseigner ausgeschüttet und dem Gesundheitssystem dadurch entzogen werden“, so Hornheber. „Natürlich müssen auch wir Überschüsse erwirtschaften, um investieren zu können und konkurrenzfähig zu bleiben“, sagt der Manager der Agaplesion gAG. Aber diese Gelder blieben im Unternehmen und würden wieder für Patienten eingesetzt.

„Beispiele dafür sind die teure Palliativversorgung, Hospize und die geriatrischen Einrichtungen“, argumentiert Hornheber.

Bei ärztlichen Verbänden beobachtet man die Entwicklung in Klinikwesen indes mit zunehmender Sorge. Assistenzärzte lernen heute zu Beginn ihrer klinischen Karriere sogenannte DRG-Visiten, bei denen nicht etwa die Genesung des Patienten im Zentrum steht, sondern die abrechnungsgerechte Optimierung der Krankenakte. Nach Ansicht des Münchener Kardioanästhesisten und Vorsitzenden des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ), Prof. Dr. Wulf Dietrich, „zwingt das DRG-System die Krankenhäuser heute zu extremen Einsparungen im Personalbereich und zu einer medizinisch unsinnigen Wachstumsstrategie durch Fallzahlvermehrung“. Erst das DRG-System habe die Realisierung systematischer Profite im Krankenhaus-

bereich ermöglicht und dadurch die stationäre Versorgung für private Investoren attraktiv gemacht, sagte Dietrich im Gespräch mit BERLINER ÄRZTE. Im Fall der Helios-Kliniken befürchtet Dietrich, dass dieser Träger nach dem Milliardengeschäft und der Auszahlung der Dividende nun lukrative Leistungen verstärkt und „womöglich unnötig“ anbietet. Eine Lehre aus den vergangenen Jahren sei zudem, dass sogenannte patientenferne Dienstleistungen wie Putzdienste an Billigkräfte ausgelagert werden. Vor diesem Hintergrund steht die Finanzspritze von 1,1 Milliarden Euro des Bundes für Krankenhäuser freilich in einem anderen Licht da. Die Gelder wurden unter anderem mit einer notwendigen Verbesserung der Hygiene in Kliniken begründet.

Im Gegensatz zu Vertretern des privaten Klinikgewerbes und von wirtschaftsliberalen Interessenverbänden sieht der Vertreter des VDÄÄ in dem Zusammenschluss wirtschaftlicher Strukturen keinen unbedingten Vorteil. Die Verbindung der Krankenhausleistungen mit dem Angebot von Medizinprodukten könne sogar „sehr gefährlich“ sein, warnte er. Die Fresenius-Unternehmen Kabi und Braun hätten sich inzwischen auf eine Lieferstrategie für den Konzern geeinigt, mit Asklepios wurde darüber hinaus die Bildung eines „Netzwerks Medizin“ vereinbart und Konzernchef Münch denke über eine eigene Krankenversicherung nach. „Langfristig ist also die Bildung eines Parallelgesundheitswesens in privater Hand nicht mehr ausgeschlossen“, so Prof. Dr. Dietrich.

In der Analyse der laufenden Debatte über die Umbrüche im deutschen Klinikwesen konnte der Gesundheitsrat Südwest wichtige Impulse geben. Dazu gehört zunächst die Erkenntnis, dass Privatisierung alleine die bestehenden strukturellen Probleme nicht lösen kann. „Die Verantwortung für die stationäre Versorgung der Bevölkerung verbleibt nach dem geltenden Recht beim Land und den Land- und Stadtkreisen“, heißt es in dem Papier: „Diese Verantwortung

werden die Gebietskörperschaften durch Privatisierung nicht los.“ Zu dem gesetzlichen Auftrag gehöre auch die Organisation der Kooperation und Integration der Versorgung vor und nach einer stationären Behandlung. Dies sei „eine Aufgabe, für deren Durchführung die Stadt- und Landkreise wegen ihrer originären Zuständigkeit in diesem sozialen Bereich weit bessere Voraussetzungen haben als die privaten Träger“. Allerdings müssten sich die öffentlichen Träger angesichts der immer knapperen Finanzmittel auch

„konsequent mit der Frage der Ökonomisierung und des Wettbewerbs befassen“, schreiben die Autoren. Mit dieser Ökonomisierung sei nicht das Streben nach einem maximalen Profit gemeint, „sondern die Notwendigkeit, die vorhandenen Ressourcen so einzusetzen, dass damit die bestmögliche Versorgung der Patienten gewährleistet wird“.

Verfasser:
Harald Neuber,
Freier Journalist

KOMMENTAR

Es ist kein Zufall, dass die Krankenhausversorgung zunehmend aus der öffentlichen Hand in die Verantwortung privater Konzerne übergeht.

Das DRG-System hat zu einer Erhöhung der Kostentransparenz geführt; das System ist in Deutschland aber immer auch als Kostensenkungssystem gedacht; steigende Fixkosten, vor allem für Personal, wurden nicht durch DRG-Steigerungen ausgeglichen, was im Bereich der Pflege zu einem dramatischen Notstand, im Bereich des ärztlichen Dienstes zu einer drastischen Arbeitsverdichtung führt.

Noch nie haben so viele Ärzte im Krankenhaus gearbeitet wie heute; es wurden aber auch noch nie so viele Patienten in so kurzer Zeit durchs Krankenhaus geschleust; nicht nur das Personal, vor allem auch die Patienten leiden... nicht unbedingt an schlechterer Versorgung, aber an mangelnder Zuwendung und somit an der politisch gewollten Wandlung vom Patienten zum Kunden.

Dieser Druck wird dadurch verstärkt, dass alle Bundesländer ihren Verpflichtungen aus dem Krankenhausfinanzierungsgesetz nicht nachkommen. Die Krankenhäuser müssen sich die nötigsten Investitionen aus den DRG-Einnahmen absparen, die juristisch lediglich zur Deckung der Betriebskosten bestimmt sind.

Diesen Druck können öffentliche Träger nicht tragen; die privaten Krankenhau-

ketten sind in der Lage, durch Investitionen aus eigenem Geld kurzfristig Produktivitätsreserven zu heben und so die (Personal-)Kosten zusätzlich zu reduzieren.

Dass diese Effekte endlich sind, kann man an der Rhön-Helios-Fusion nachvollziehen. Da weitere Produktivitätssteigerungen im Kerngeschäft schlecht möglich sind, darum die Personalkosten schneller steigen werden als die Erlöse, hat Rhön an Helios und somit an Fresenius verkauft.

Dieser integrierte Gesundheitskonzern hat durch Lieferverträge seiner Pharmasperte hier noch ganz eigene Kalkulationsmöglichkeiten, die Rhön nicht offenstanden; das bekannteste Beispiel ist hier die Dialyseversorgung.

Es geht hier ums Geldverdienen, darum, Geld aus der Solidargemeinschaft der Krankenversicherung (GKV und Privat!) als Gewinn zu generieren, um Dividenden an Anteilseigner außerhalb des Gesundheitswesens auszuzahlen. Die Tatsache, dass dies derzeit gut funktioniert, sollte uns nicht jubeln lassen, sondern nachdenklich stimmen.

Krankenhausversorgung ist Daseinsvorsorge, wie die Feuerwehr; wir Ärzte müssen der weiteren Privatisierung der Krankenhäuser politisch entgegenwirken, nicht nur bei der Universitätsmedizin, sondern auch den anderen Häusern in öffentlicher Trägerschaft.

Julian Veelken, Fraktion Gesundheit, Ärztekammer Berlin

Delegierte beschließen neue Fortbildungsordnung

Bericht von der Delegiertenversammlung am 9. April 2014

Die Delegierten hatten in ihrer April-Sitzung eine überschaubare Tagesordnung vor sich. Zentrales Thema war die Novelle der Fortbildungsordnung, die auf der im vergangenen Jahr vom Deutschen Ärztetag beschlossenen (Muster-)Fortbildungsordnung basiert. Allerdings flossen in die Neufassung auch einige Präzisierungen und Berliner Besonderheiten ein.

Von Sascha Rudat

Zuletzt war die Fortbildungsordnung der Ärztekammer Berlin grundlegend im Jahr 2003 geändert worden, wie der Leiter der Abteilung Fortbildung/Qualitätssicherung, Henning Schaefer, berichtete. Nachdem zuletzt der 116. Deutsche Ärztetag im Mai 2013 eine Neufassung der (Muster-)Fortbildungsordnung beschlossen hat, war eine Novellierung der Fortbildungsordnung der Ärztekammer dringend geboten. Der Fortbildungsausschuss der Ärztekammer Berlin habe sich im Vorfeld intensiv mit der jetzt vorliegenden Neufassung beschäftigt, erklärte dessen Vorsitzender Matthias Brockstedt.

Wie Henning Schaefer weiter ausführte, lagen die Gründe für die Novelle im Bestreben, sich an die (Muster-)FO weitestgehend anzunähern um damit einen Beitrag zur Harmonisierung der Fortbildungsregelungen in den verschiedenen Kammerbezirken zu leisten. Zudem erhalten die Neufassung der Fortbildungsordnung der Ärztekammer Berlin eine klarere Struktur und inhaltliche Ausgestaltung als die Vorfassung aus 2003.

In inhaltlicher Hinsicht werde insbesondere darauf abgezielt, durch die Neufassung die Qualität, Objektivität und Interessenneutralität der ärztlichen Fortbildung im Zuständigkeitsbereich der Ärztekammer Berlin zu fördern. Die Verantwortung von Fortbildungsveranstaltern, wissenschaftlicher Leitung von Fortbildungsmaßnahmen sowie Referentinnen und Referenten für die Objektivität und Interessenunabhängigkeit der angebotenen ärztlichen Fortbildung soll durch die Anforderungen der Neufassung gestärkt werden.

Im Weiteren ging Henning Schaefer nur auf diejenigen Punkte in der zur Beschlussfassung vorgelegten Fortbildungsordnung der Ärztekammer Berlin ein, die von der (Muster-)FO abweichend formuliert wurden.

Unter anderem wurden in § 6 Abs. 3 der Neufassung in Erweiterung zu der (Muster-)FO für bestimmte Fortbildungskategorien Obergrenzen von für das Fortbildungszertifikat der Ärztekammer Berlin anrechenbare Fortbildungspunkte festgelegt. Diese Regelungen wurden aus der Fortbildungsordnung der Ärztekammer aus dem Jahr 2003 übernommen.

Ein weiteres großes Feld, das überarbeitet wurde, ist der Bereich Voraussetzungen für die Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen: Unter § 8, Absatz 1, heißt es unter den Punkten 3 und 4 jetzt: Die Anerkennung einer Fortbildungsmaßnahme setzt voraus, dass

3. die Referentinnen und Referenten, die Inhalte und der Gestaltungsrahmen so ausgewählt sind, dass sie dem Zweck objektiver, interessenunabhängiger ärztlicher Fortbildung dienen und
4. die Inhalte frei von wirtschaftlichen Interessen sind und Interessenkonflikte des Veranstalters, der wissenschaftlichen Leitung und der Referentinnen und Referenten in Form einer Selbstauskunft offen gelegt werden.

Neu gegenüber der (Muster-)FO ist in § 8 auch der Absatz 4:

- (4) Die Ärztekammer Berlin erlässt Richtlinien zur Anerkennung von



Fortbildungsmaßnahmen, welche insbesondere die Anforderungen an die wirtschaftliche Unabhängigkeit, das Sponsoring und die Offenlegung von Interessenkonflikten näher bestimmen.

Abschließend wies Henning Schaefer auf die sicherlich für alle Kammermitglieder erfreuliche Neuregelung in der Fortbildungsordnung der Ärztekammer Berlin hin, dass im Ausland besuchte Fortbildungsveranstaltungen unter bestimmten Voraussetzungen individuell anerkannt und im Punktekonto der Kammermitglieder registriert werden können. Konkret heißt es in § 11:

- (1) Im Ausland absolvierte Fortbildungsmaßnahmen sind für das Fortbildungszertifikat anrechnungsfähig, soweit sie den Anforderungen dieser Fortbildungsordnung im Grundsatz entsprechen.
- (2) Die Ärztin oder der Arzt muss einen Nachweis über die Art der Fortbildung führen, der es gestattet, die Einhaltung der Voraussetzungen dieser Fortbildungsordnung zu prüfen.

In der anschließenden Diskussion fragte KV-Vizevorstand Burkhard Bratzke (Allianz), weshalb es möglich sei, dass Veranstaltungen, in denen ein einzelnes Medikament vorgestellt werde, zertifiziert würden, und KV-Fortbildungen zur Abrechnungsproblematik nicht. Ihm fehle in diesem Bereich die Transparenz.

Matthias Brockstedt erwiderte, dass es im Fortbildungsbeirat eine über viele Jahre entwickelte und dokumentierte Spruchpraxis gebe. Danach sei es im Einzelfall unter strengen Auflagen möglich, einzelne Medikamente vorzustellen, wenn es keine Vergleichsprodukte am Markt gebe und das Medikament innovativ sei.

Hans-Detlef Dewitz (Allianz) kritisierte, dass die Zeitangaben, nach denen zertifiziert wurde, von den Veranstaltern oft nicht eingehalten würden. Henning Schaefer erklärte, dass die Zertifizierung immer prospektiv anhand der vom Veranstalter eingereichten Unterlagen erfolgen müsse. Sollte es aber von Teilnehmern Beschwerden geben, würde diesen in jedem Einzelfall konkret nachgegangen.

Im Anschluss verabschiedeten die Delegierten die neue Fortbildungsordnung einstimmig. Sie ist nach der Veröffentlichung im Amtsblatt gültig.

Positionierung für den Deutschen Ärztetag

Im Anschluss beschäftigten sich die Delegierten mit einem Antrag, den Klaus Thierse (Marburger Bund) einige Tage vor der DV-Sitzung eingebracht hatte. Dieser

Antrag sah vor, dass die Berliner Delegiertenversammlung gemeinsam einen Antrag auf dem 117. Deutschen Ärztetag einbringen soll, der die Schaffung einer „Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der angestellten Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich“ analog zur „Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/Medizinischen Fachangestellten (AAA)“ vorsieht, um einen Tarifpartner für entsprechende Tarifabschlüsse zu schaffen.

Als Begründung führte er an, dass der im Bereich Medizinische Fachangestellte von den Tarifpartnern geschlossene Tarifvertrag allgemein als normativ akzeptiert werde, obwohl beide Tarifpartner nur eine geringe Mitgliederzahl aufwiesen.

Es sei daher davon auszugehen, dass auch für Ärztinnen und Ärzte ein analoger Tarifvertrag entsprechend akzeptiert werde. Bisher basierten Arbeitsverträge für Ärzte im ambulanten Bereich meist auf den entsprechenden Tarifverträgen der Klinikbetreiber, wie Thierse weiter ausführte. Nicht zuletzt die Diskussion über die Finanzierung von Weiterbildung im ambulanten Bereich habe jedoch gezeigt, dass der Verweis hierauf nicht ausreichend ist. „Mit der Schaffung eines Tarifver-

trages würde der Druck auf Politik und Kassen steigen, entsprechende Mittel zur Verfügung zu stellen“, hieß es abschließend in seiner Begründung. Auf Nachfrage erklärte Thierse, dass es bei der Schaffung eines solchen Tarifvertrages keine Trennung zwischen Ärzten in Weiterbildung und anderen angestellten Ärzten geben sollte. Kammerpräsident Günther Jonitz (Marburger Bund) begrüßte diesen gemeinsamen Vorstoß der Berliner Delegierten. Danach wurde der Antrag einstimmig bei einigen Enthaltungen angenommen.

Vor dem Eintritt in die Tagesordnung hatte Kammerpräsident Jonitz die Delegierten zudem darüber informiert, dass der Delegierte Justus Hilpert (Marburger Bund) kein Berliner Kammermitglied mehr ist und damit aus der DV ausscheidet. Wer für ihn nachrückt, ist noch offen. Daneben berichtete er, dass Thomas Reuter neuer Drogen- und Suchtbeauftragter der Kammer ist. Dieser löst damit Sebastian Dieckmann ab, dem Jonitz für seine Arbeit dankte.

srd

Die nächste Delegiertenversammlung findet am 11. Juni 2014 um 20 in der Ärztekammer Berlin statt.

Positive Zahlen in schwierigem Umfeld

Bericht von der Sitzung der Vertreterversammlung der Berliner Ärzteversorgung am 20. März 2014

Die Vertreterversammlung der Berliner Ärzteversorgung (BÄV) hat sich in ihrer März-Sitzung mit dem Wirtschaftsjahr 2013 und der Änderung der Satzung beschäftigt. Das größte Problemfeld ist aber gegenwärtig die Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht, die für Ärztinnen und Ärzte im Regelfall notwendig ist, um ohne Zusatzbelastungen in der BÄV Mitglied sein zu können. Hintergrund ist, dass die Deutsche Rentenversicherung aktuell ihre Prüfpraxis massiv verschärft.

Von Sascha Rudat

Zu Beginn ihrer Sitzung erhielten die Vertreter vom Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses, Helmut Mälzer, eine vorläufige Einschätzung des Geschäftsjahres 2013 (BÄV). Mälzer betonte den inoffiziellen Charakter der präsentierten Zahlen und erläuterte zunächst die Entwicklung der Kapitalanlagen, die trotz der schwierigen Zeiten an den Kapitalmärkten sehr erfreulich sei. Gleichwohl stelle die Sicherung des 4 %-igen Rechnungszinses jedes Jahr eine besondere Herausforderung dar. Sehr positiv zu bewerten sei, dass zum jetzigen Zeitpunkt der erwirtschaftete Rechnungszins bei 4,08 % liege, was trotz des schwierigen Wirtschaftsjahres durchaus als Erfolg gewertet werden könne.

Insgesamt sei der Wert der Kapitalanlagen auf 6,6 Milliarden Euro gestiegen. Die Diversifikation der Anlagen über viele Anlageklassen und die Einbindung unterschiedlicher Anlagemanager bildeten die größte Sicherheit, um die Anfälligkeit für erhebliche Kapitalmarktveränderungen zu begrenzen. Die hochverzinsten Direktanlagen mit langer Laufzeit, die von der BÄV selbst verwaltet würden, liefen in naher Zukunft aus. Damit gehe der Direktbestand tendenziell weiter zurück. Stattdessen sollten das Rentenportfolio weiter ausgebaut und die Aktienquote weiter gesenkt werden. Geplant sei außerdem eine Erhöhung und Diversifizierung im Bereich Immobilien. Abschließend ging Mälzer auf die mögliche Entwicklung der Anwartschaften und die Abhängigkeit der Rente von dem Verrentungszins und der Dynamisierung ein.

Heißes Eisen: Befreiung von der Rentenversicherungspflicht

Im Anschluss führte der Vorsitzende der Vertreterversammlung, Kammervizepräsident Elmar Wille, in ein Thema ein, das die BÄV, ihre Mitglieder, aber auch die Ärztekammer seit einiger Zeit beschäftigt: Die Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht (lesen Sie dazu auch das Editorial von Elmar Wille auf S. 3). Eingangs erläuterte er wesentliche im Sozialgesetzbuch VI, § 6, niedergelegte Voraussetzungen für eine Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht. Befreit werden würden Beschäftigte und selbstständig Tätige für die Beschäftigung oder Tätigkeit, wegen der sie aufgrund einer gesetzlich angeordneten oder auf Gesetz beruhenden Verpflichtung Mitglied einer Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe und zugleich kraft Gesetzes Mitglied einer berufsständischen Kammer seien. Nach einem Urteil des Bundessozialgerichts vom 31. Oktober 2012, so Wille, müsse „anhand der einschlägigen versorgungs- und kammerrechtlichen Normen“ geprüft werden, ob für eine Beschäftigung von der Versicherungspflicht zu befreien sei. Dies sei bei einer Pflichtmitgliedschaft in berufsständischer Kammer und Versorgungswerk gegeben. Aus Sicht der Ärztekammer Berlin

seien die Normen einschlägig, die die Pflichtmitgliedschaft in der Kammer bzw. Versorgungseinrichtung begründeten. Der Begriff „Ausübung des ärztlichen Berufs“ werde im Sinne des Berliner Kammergesetzes recht weit gefasst und beinhalte jede Tätigkeit, bei der ärztliche Fachkenntnisse angewendet oder mitverwendet würden. Aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung (DRV) jedoch müsse eine „berufsspezifische“ Tätigkeit gegeben sein. Dieses Merkmal sei gesetzlich nicht definiert, d. h. es tauche in § 6 SGB VI gar nicht auf. Die DRV würde es vielmehr in die Norm hineininterpretieren und in Orientierung am Heilkundebegriff der Bundesärzteordnung dann im Einzelfall prüfen, ob eine „berufsspezifische“ Tätigkeit vorliege. Vor diesem Hintergrund verschärfe die DRV aktuell auch die Antragsverfahrenspraxis und weite den Personenkreis aus, der seinen Befreiungsstatus klarstellen lassen müsse. Im Fokus stünden Ärztinnen und Ärzte, die vor dem 1. November 2012 eine nicht klassisch berufsspezifische Tätigkeit aufgenommen hätten und hierfür von der DRV noch nicht befreit worden seien. Wille beurteilte das massive Vorgehen der DRV mit dem Fazit: „Das ist ein Angriff auf die Friedensgrenze.“

Martin Reiss, der Geschäftsführer der Verwaltungsgesellschaft für Versorgungswerke (VGV), ergänzte, derzeit sei nur gesichert, dass Ärztinnen und Ärzte, die bis zum 31.10.2012 im Krankenhaus tätig gewesen seien, und weiterhin diese Tätigkeit ausübten, erst bei ihrem nächsten Stellenwechsel einen neuen Befreiungsantrag stellen müssten. Die Ärzteversorgung bereite gegenwärtig in Abstimmung mit der Kammer ein Informationsschreiben an die Ärztinnen und Ärzte vor, die im Fokus der DRV stünden. Elmar Wille ergänzte, dass momentan die Hauptsatzung, die Meldeordnung, die Beitragsordnung sowie die Berufsordnung der Kammer auf dem Prüfstand seien. Die Auseinandersetzung mit der Thematik habe das Bewusstsein für die Definitionen der ärztlichen Tätigkeit bzw. Berufsausübung im eigenen Regelwerk geschärft.

Vertreter Julian Veelken betonte, dass die Deutsche Rentenversicherung für ihr

Vorgehen gegen die berufsständischen Versorgungseinrichtungen starken politischen Rückhalt über Parteigrenzen hinweg habe. Historisch sei dies nicht gerechtfertigt; die Versorgungswerke hätten sich gegründet, weil Selbstständige und Freiberufler 1957 im Zuge der Rentenreform erst einmal vollends aus der Solidargemeinschaft der gesetzlichen Rentenversicherung herausgedrängt worden seien.

Geänderte Satzung

Vor der Abstimmung über die 2. Änderung der BÄV-Satzung informierte Elmar Wille darüber, dass es zu den Änderungsvorschlägen bereits das Genehmigungssignal der Senatsverwaltung gebe.

Martin Reiss erläuterte sodann die wesentlichen Änderungspunkte. Es gehe zum einen um Mitglieder, die aus dem Bereich der BÄV weggegangen seien und dann ihre freiwillige Mitgliedschaft erklärt und sich von der Mitgliedschaft in dem anderen Versorgungswerk hätten befreien lassen. Das bisher für diese freiwillige Mitgliedschaft noch bestehende Kündigungsrecht sei zur Streichung vorgeschlagen, um zahlreichen freiwilligen Mitgliedern zu ersparen, dass sie Zwangsmitglied in dem neuen Versorgungswerk werden müssen oder sogar in die Deutsche Rentenversicherung zurückfallen. Ein weiterer Änderungsvorschlag betreffe die Erhöhung des Aufnahmealters bis zum Regelrentenalter, weil sonst z. B. ein 63-jähriger Arzt, der nach Berlin komme, nicht Mitglied im Versorgungswerk werden könne und damit in die Deutsche Rentenversicherung gehen müsse. Bei einer Mitgliedschaft in der DRV unter 5 Jahren hätte dieser Arzt keinerlei Ansprüche für diese Zeit und würde damit die darauf bezogenen Beiträge verlieren. Schließlich müsse eine Anpassung an neue gesetzliche Regelungen zu den „Minijobs“ vorgenommen werden. Die Satzungsänderung wurde im Anschluss einstimmig verabschiedet.

srd

Die nächste Sitzung der Vertreterversammlung findet am 25.09.2014 um 20:00 Uhr in der Ärztekammer Berlin statt.

Was wird aus Berlins Gesundheitswesen?

Wohin steuert – oder trudelt – das Berliner Gesundheitswesen? Soll man besser schon sagen: die Berliner Gesundheitswirtschaft? An einem lebhaften Diskussionsabend des Marburger Bundes versuchte man das mit vereinten multidisziplinären Kräften herauszufinden.

Der Moderator war nicht zu beneiden: Kammerpräsident Günther Jonitz hatte einen Schwarm kreuz und quer fliegender Diskussions-Hummeln in halbwegs geordnete Bahnen zu lenken – eine fast so unmögliche Aufgabe wie die Berichterstattung über die Debatte zu einem so globalen Thema.

Eigentlich eine gute Idee, die neue Veranstaltungsreihe des Marburger Bundes „Forum Wissen und Gesundheit“: Keine Monokultur schlaffördernder Vortragsblöcke, sondern das Programm so angelegt, dass Vertreter verschiedener Bereiche – der versorgenden und forschenden Medizin, der Versicherungen, der Wirtschaft und Politik – miteinander ins Gespräch kommen. Gut fand das auch Rolf-Dieter Müller, Ex-Vorstandsvorsitzender der AOK Berlin; „Früher gab’s immer nur Betrachtungen eines bestimmten Players; wir müssen aber versuchen, auch in die Schuhe der anderen zu schlüpfen“, zum Beispiel in die der Pflege. Die sei trotz der zunehmenden Zahl Altersgebrechlicher und Multimorbider immer zu kurz gekommen, ebenso die technische Unterstützung (E-Health, Telemedizin).

„Wir haben in der Region Berlin-Brandenburg eine hervorragende Infrastruktur“, sagte Jonitz. Mit der unglaublichen Vielfalt der praktizierenden und forschenden Medizin und der Strukturen im Gesundheitswesen hätte sie phantastische Möglichkeiten, zu einer Modellregion zu werden. Darin ist sich Berlins Kammerpräsident einig mit Günter Stock, dem Präsidenten der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften und gastgebendem Hausherrn am Gendarmenmarkt. Aber diese Möglichkeiten zu realisieren und optimal zu nutzen, erfordere enorme Anstrengungen, meinte Stock.

Dabei dürfe man nicht die kurative Medizin allein in den Fokus nehmen, sondern müsse sich auch um Stiefkinder wie Public Health oder Prävention kümmern.

„In die Menschen investieren“

Dazu bemerkte Jonitz (der sich aufs Moderieren keineswegs beschränkte), man müsse „vor allem auch in die Menschen investieren“, die das alles schaffen sollen, und sie an einen Tisch bringen. Und dann sollte man, so Müller, „einfach mal quer denken“, die eigene Rolle kritisch in Frage stellen und die der anderen erproben, wie er nochmals betonte.

„Den Ärzten geht es in erster Linie um eine gute Versorgung in der Region, aber die Spielregeln werden überregional gemacht“, meinte Jonitz. Sein Stoßseufzer: „Hätten wir wenigstens eine Berliner Gesundheitspolitik aus einem Guss!“ Der Politiker auf dem Podium, MdA Heiko Thomas (gesundheitspolitischer Sprecher von Bündnis 90/Die Grünen) äußerte selber nur Wünsche: Er möchte utopischerweise eine evidenzbasierte und obendrein patientenorientierte Politik. Die Realität: „Wer gerade am lautesten schreit, der kriegt was“, weiß er. Herauskomme, dass das knappe Geld oft zum Fenster hinausgeworfen werde; etwa wenn die häusliche Pflege unzureichend, weil unterfinanziert ist und der Patient ins teure Krankenhaus muss – eine eklatante Fehlsteuerung von Ressourcen.

Im selben Boot gemeinsam rudern

Also wieder einmal ein Mangel an sektorübergreifender Zusammenarbeit und Koordination – ein Thema, das sich als ro-

ter Faden durch das Diskussionsforum zog. „Wir sitzen alle in einem Boot“, meinte Müller, „aber wir sollten auch gemeinsam rudern“ – sicher gesteuert in die richtige Richtung. Fehlsteuerung als Folge falscher Anreize bemängelte Müller, Anreize, die zu Leistungsausweitung verführen. Die Folgen: Sinnvolle Versorgungsmodelle (wie jene für Schlaganfall- oder Herzinfarktpatienten) könnten aus Mangel an Mitteln, die für Unnötiges verschwendet werden, nicht mehr entwickelt werden. Und Defizite sind häufig und deutlich. Stock nannte die unterbezahlte Pädiatrie und die unterversorgten „schwierigen Fälle“ als Beispiele.

Auch aus dem sachkundigen Publikum kamen Defizit-Exempel. Ein Vivantes-Chirurg: „Krankenhäuser sind heute in erster Linie Unternehmen. In der Daseinsvorsorge drohen wir auf der Strecke zu bleiben.“ Ein anderer Klinikarzt: Das Zentrallabor habe den unerwünschten Effekt der langen Wege, so dass man für tagesaktuell benötigte Laborwerte das teure Notfalllabor in Anspruch nehmen müsse. Eine Ärztin im Ruhestand, seit vier Jahren selbst immer wieder Klinikpatientin: Allenthalben fehle den Kranken ärztliche Zuwendung – Hauptgrund dafür, dass sich viele auf eigene Kosten in den „sekundären Gesundheitsmarkt“ der unwissenschaftlichen Heilkunde begäben (die Paul Unschuld, s. Seite 34, „Beliebigkeitsmedizin“ nennt).

Stock wünscht sich zwar, dass mehr Geld für Gesundheit ausgegeben wird, aber nicht an falscher Stelle und ohne Evidenzbasis (die man nicht immer nur auf dem „zweiten Gesundheitsmarkt“ vermisst). Begriffe wie „Gesundheitsmarkt“ und „Gesundheitswirtschaft“ gingen hier einigen ganz selbstverständlich leicht von den Lippen. Stock äußerte sich sogar sichtlich stolz zum „Wachstumsmarkt Gesundheitswirtschaft mit 15 Milliarden Wertschöpfung“ in Berlin und dessen Umkreis.

Aber Jonitz stellte die wichtigste der am Ende unbeantworteten Fragen: „Was haben die Patienten von der Gesundheitswirtschaft?“

R. Stein

Düsseldorf im Blick

Was Berliner Delegierte vom 117. Deutschen Ärztetag erwarten

Der 117. Deutsche Ärztetag in Düsseldorf steht vor der Tür. Zwischen dem 27. und dem 30. Mai treffen sich 250 Ärztinnen und Ärzte aus ganz Deutschland am Rhein, um die Weichen für die Berufspolitik zu stellen. BERLINER ÄRZTE hat die Delegierten der Hauptstadt gefragt, welche Erwartungen sie haben. Hier einige Stimmen.



„Mir liegen vor allem die Freiberuflichkeit des Arztes und die Qualität der Weiterbildung am Herzen. Im 1. Top des DÄT zur Gesundheits-, Sozial-

und ärztlichen Berufspolitik verspreche ich mir auch ein Statement zur geplanten Gesundheitspolitik der Koalition. Der Facharztstandard der Praxen der niedergelassenen haus- und fachärztlichen Medizin muss erhalten bleiben. Die Weiterbildungsinhalte müssen sowohl in der stationären wie auch ambulanten Medizin vermittelt werden, die neue Musterweiterbildungsordnung ist auf dem Weg.“

Dr. med. Klaus-Peter Spies
(Allianz Berliner Ärzte)



„Ganz dringend müssen wir auf dem 117. Deutschen Ärztetag die GOÄ-Reform thematisieren! In der zwischen Bundesärztekammer und PKV-Verband abgeschlossenen Rahmenvereinbarung vom 8. November 2013 werden alle Krankheiten des EBM auf die GOÄ übertragen! Es droht ein Honorardeckel, der dazu führen wird, dass auch hier bestimmte Leistungen nicht mehr kostendeckend erbracht werden können und es droht eine ausufernde Kontrollbürokratie, die ihrerseits gewaltige Zusatzkosten zur Folge haben wird.“

Sehr gespannt bin ich auf den Bericht der BÄK zu den krisenhaften Auswirkungen auf das europäische Gesundheitswesen. Dieser Bericht geht auf einen Beschluss des letzten Ärztetages zurück, der unter anderen von Berliner Delegierten eingebracht wurde.“

Dr. med. Svea Keller (Allianz Berliner Ärzte)



„Ich freue mich auf den Ärztetag 2014. Die große Koalition hat für den Gesundheitsbereich in ihrem Koalitionsvertrag vor allem das Thema

Qualität adressiert.

Wir Ärzte sind meiner Meinung nach gefordert, zum Thema Qualität der medizinischen Versorgung mit Sachverstand und Augenmaß Ideen zu entwickeln und zur Diskussion zu stellen. Es ist immer besser, konstruktiv mit zu gestalten, als hinterher unter den schlecht gemachten Regelungen anderer zu leiden.

Der Ärztetag kann ein gutes Forum für die notwendigen Diskussionen sein.“

Dr. med. Matthias Albrecht MBA
(Marburger Bund)



„Ich freue mich auf den Ärztetag: Auf hoffentlich gute Debatten, sinnvolle Beschlüsse und den Austausch mit den Kolleginnen und

Kollegen „von außerhalb Berlin“.

Sehr gespannt bin ich auf den Bericht der BÄK zu den krisenhaften Auswirkungen auf das europäische Gesundheitswesen. Dieser Bericht geht auf einen Beschluss des letzten Ärztetages zurück, der unter anderen von Berliner Delegierten eingebracht wurde.“

Dr. med. Daniel Rühmkorf
(FrAktion Gesundheit)



„Ich freue mich auf den Ärztetag in Düsseldorf und bin natürlich vor allem gespannt, was sich hinsichtlich der Novellierung der

Musterweiterbildungsordnung getan hat und wie es weitergehen wird. Mit den Anträgen der FrAktion Gesundheit im vergangenen Jahr haben wir deutlich gemacht, dass es aus unserer Sicht einer grundlegenden Reform bedarf und der vorliegende Entwurf zur Novellierung dahinter noch deutlich zurück bleibt. Nun hat es in den vergangenen Monaten ja doch anscheinend die ein oder andere Hürde im Novellierungsprozess gegeben und ich hoffe sehr, dass diese Widerstände nicht dazu führen werden, dass eine neue MBWO beschlossen wird, die Arbeit für Kammern, Weiterbilder und Weiterzubildende mit sich bringt, aber den echten Reformgedanken aus den Augen verliert.“

Katharina Kulike (FrAktion Gesundheit)



„Prävention, Gesundheitsförderung und Öffentlicher Gesundheitsdienst sind meine Lieblingsthemen. Meine berufliche

Erfahrung und Leidenschaft hängt damit zusammen und da erwarte ich eine wegweisende Debatte: Eine Rudolf Virchow School of Public Health auf Harvard Niveau braucht Land und Hauptstadt. Das Präventionsgesetz kommt. Die Ärztekammer Berlin hat den Kongress „Armut und Gesundheit“ begründet, heute das größte Public Health Treffen in Europa. Wir Ärztinnen und Ärzte wünschen uns ein Gesundheitssystem, das die Herausforderungen der Zukunft bewältigt, Freude an der Arbeit stärkt und menschliches Handeln honoriert.“

Dr. med. Ellis Huber (FrAktion Gesundheit)



„Ich freue mich auf den diesjährigen Deutschen Ärztetag. Dort habe ich u.a. vor, Anträge zu folgenden Themen zu stellen: zeitgemäße Anpassung des § 32,

Absatz 3 der Zulassungsverordnung der Weiterbildungsassistenten. Dieser Paragraph verhindert, dass ein Kollege, der einen Weiterbildungsassistenten hat, jemals seine Scheinzahl steigern kann. Ein weiteres für mich wichtiges Thema ist die praxisadäquate Anforderung der RiliBÄK für Hausarztpraxen. Bei der RiliBÄK handelt es sich um eine Richtlinie zur Durchführung von Laboruntersuchungen. Diese betrifft z. B. auch Blutzuckermessungen, Urinstreifen, D-Dimer-Schnelltests in der Allgemeinarztpraxis. Da diese Richtlinie sehr restriktiv ist, sollte diese Richtlinie der Bundesärztekammer den Realitäten einer Allgemeinarztpraxis, die kein Großlabor ist, angepasst werden.“

Stephan Bernhardt (Hausärzte im BDA)



„Besonders in diesem Jahr bin ich gespannt, ob es nach Bildung der neuen Koalition und dem aus meiner Sicht nicht sehr glücklichen Start des neuen Bundes-

gesundheitsministers am ersten Tag zu einer interessanteren politischen Diskussion kommt, als beispielsweise letztes Jahr. Die Reform der Weiterbildung ist so wichtig, dass sie jährlicher ermutigender und kritischer Diskussion auf dem Ärztetag bedarf; hier wollen wir wieder einen Schwerpunkt unserer Mitarbeit in diesem Jahr setzen. Tja, und dann ist da noch die weitere Diskussion um die elektronische Gesundheitskarte, deren jährliche Ablehnung durch den Deutschen Ärztetag den Vorstand der Bundesärztekammer nicht davon abhält, in diesem Projekt weiter mitzuarbeiten; hier wollen wir mithelfen, ein erneutes negatives Votum zu organisieren.“

Julian Veelken (FrAktion Gesundheit)



„Spannend dürfte sein, was der Gesundheitsminister direkt zu den Inhalten des Koalitionsvertrags noch zu sagen hat, was zwischen den

Zeilen steht und wie die Deutsche Ärzteschaft darauf eingehen wird. Nachdem Berlin beim letzten Deutschen Ärztetag als einzige Kammer der Haushaltsplanung die rote Karte gezeigt hatte und sich inzwischen mehrere Kammern zur Haushaltsführung der Bundesärztekammer sehr kritisch äußern, verspricht auch dieser sonst eher nüchterne TOP spannend zu werden.“

Dr. med. Werner Wyrwich MBA (Marburger Bund)



„Mich interessiert die Entwicklung um die neue GOÄ, da ich in der bisherigen Ausarbeitung eine deutliche Verschlechterung im Verhältnis zu der jetzt existierenden

GOÄ befürchte. Die Vorstellung einer vorgesehenen regelmäßige Überprüfung und konsekutiven Abstufelung von Gebührenpositionen würde zu einer Deckelung wie im Bereich des EBM führen und wäre ein Drama.

Die Kostenübernahme der ambulanten ärztlichen Weiterbildung durch die Krankenversicherungen wäre ein sehr wünschenswerter Beschluss. Viele ärztliche Tätigkeiten werden inzwischen ausschließlich im ambulanten Bereich erbracht. Eine vollständige Kostenübernahme aus dem Bereich der KV existiert nicht.“

Dr. med. Bernd Müller (Allianz Berliner Ärzte)



Fotos: K. Friedrich

„Bis zum Jahre 2021 gehen 51000 Haus- und Fachärzte in den wohlverdienten Ruhestand. Und wo bleibt der Nachwuchs? Warum wollen immer

Weniger als Hausarzt, noch dazu auf dem Land arbeiten?

Vielleicht wird das Berufsbild des Hausarztes in der Öffentlichkeit zu negativ abgebildet: Wenig Geld für viel Arbeit? Hier muss die Gesellschaft Verantwortung übernehmen, insbesondere bei der Finanzierung der Weiterbildung müssen sowohl der Staat, die Krankenkassen, die standespolitischen Gremien, als auch die Praxisinhaber und die Krankenhausgesellschaften an einem Strang ziehen. Ich erwarte vom Deutschen Ärztetag Antworten.“

Dr. med. Gabriela Stempor (Hausärzte im BDA)

ANZEIGE

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 ► **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 ► **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
08.05.-10.05.2014 (Modul 1) 26.06.-28.06.2014 (Modul 2) 11.09.-13.09.2014 (Modul 3) 12.12.2014 (Modul 4)	Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Intensivprogramm	Evangelische Bildungsstätte auf Schwanenwerder	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1301 E-Mail: aerztliche-fuehrung@aekb.de Teilnehmergebühr: 3.400 €	80 P
09.05.-10.05.2014 23.05.-24.05.2014 27.06.-28.06.2014	Grundlagen der medizinischen Begutachtung nach dem Curriculum der Bundesärztekammer	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1203 E-Mail: begutachtung@aekb.de Teilnehmergebühr: 400 €	45 P (15 P pro Modul)
21.05.2014	Was tun beim Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung? Kinderschutz – eine Orientierungshilfe für die Praxis (weitere Informationen s. S. 13)	Berliner Notdienst Kinderschutz, Mindener Str. 14, 10589 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-12 07 E-Mail: fb-veranstaltungen@aekb.de Anmeldung erforderlich, keine Teilnehmergebühr	3 P
06.06.-07.06.2014 oder 22.08.-23.08.2014 (Alternativtermine)	Die ärztliche Kunst schlechte Nachrichten zu überbringen: Breaking Bad News – Basiskurs	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1209 E-Mail: s.zippel@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 290 € Max. 15 Teilnehmer	17 P
09.07.2014 oder 12.11.2014	Wissenskontrolle zum Erwerb der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung nach dem Gendiagnostikgesetz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1209 E-Mail: s.zippel@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: kostenlos	keine
08.09.-17.09.2014 (Kursteil A1) 17.09.-26.09.2014 (Kursteil A2)	Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: Kurs A: 990 € Kursteile A1, A2: 495 €	60 P pro Kursteil
06.10.-08.10.2014	Grundkurs im Strahlenschutz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 270 €	21 P
08.10.-10.10.2014	Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 240 €	20 P
17.10.-18.10.2014	Die ärztliche Kunst schlechte Nachrichten zu überbringen: Breaking Bad News – Aufbaukurs	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1209 E-Mail: s.zippel@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 290 € Max. 15 Teilnehmer	17 P
17.10.-18.10.2014	Kurs zum Erwerb der Qualifikation Transfusionsbeauftragter sowie Transfusionsverantwortlicher (16. Std. Kurs)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 030 / 40806-1401 E-Mail: r.drendel@aekb.de Anmeldung erforderlich unter: E-Mail: h.daehne-noack@blutspende.de Tel: 030/80681-126 Teilnehmergebühr: 150 €	8 P pro Tag
28.11.-29.11.2014	3. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel. 030 / 40806-1205 Dr. med. H. Schaefer, Andrea Hofmann E-Mail: fortbildungskongress@aekb.de Teilnehmergebühr: 45 € Kammermitgl. 65 € Nichtkammermitglieder	vorauss. 12 P

Qualifikation Hygienebeauftragter Arzt/ Krankenhaushygieniker

Strukturierte curriculare Fortbildung „Krankenhaushygiene“

Die Ärztekammern Berlin, Thüringen, Sachsen und Sachsen-Anhalt bieten die Qualifikationsmaßnahmen **Hygienebeauftragter Arzt / Krankenhaushygieniker** gemäß der *Strukturierten curricularen Fortbildung „Krankenhaushygiene“* der Bundesärztekammer (6 Module, 200 h) im Rahmen eines Verbundsystems an. Hierfür sind insgesamt zwei Durchläufe geplant. Die Teilnehmerplätze für den 1. Durchlauf sind bereits ausbuchend.

Für den 2. Durchlauf sind bereits folgende Termine geplant:

Modul II 23.-26.06.2014	Sächsische Landesärztekammer
Modul III 26.-29.01.2015	Landesärztekammer Thüringen
Modul V 29.02.-03.03.2016	Sächsische Landesärztekammer

Die Termine für die Module I (Qualifikation zum Hygienebeauftragten Arzt), IV und VI sind derzeit noch in der Planungsphase.
Die Teilnehmerzahl je Modul ist auf 40 begrenzt.

Berliner Kammermitglieder, die Interesse an der Teilnahme des 2. Durchlauf des Verbundsystems inkl. der beiden oben genannten Termine haben, können sich bereits jetzt bei der zuständigen Ansprechpartnerin der Ärztekammer Berlin **Frau Zippel, Telefon: 030 40806-1209, s.zippel@aekb.de** melden. Wir koordinieren dann für Sie die Teilnahme an den Modulen und informieren Sie, sobald die Terminplanung für die anderen Module abgeschlossen ist.

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 Herbst 2014 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: 08.09.-13.09.2014 / Woche 2: 13.10.-18.10.2014 / Woche 3: 17.11.-22.11.2014 (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.: 030 / 40806-1402 (Organisation),
Tel.: 030 / 40806-1207 (Inhalte) oder per E-Mail: QM-Kurs 2014@aekb.de

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der
Apothekerkammer Berlin

Sucht im höheren Lebensalter – eine Herausforderung für Apotheker und Ärzte

Die Probleme alkohol-, nikotin- und medikamentenabhängiger älterer Menschen erlangen, verstärkt durch die demographische Entwicklung und veränderte soziokulturelle Strukturen, eine immer größere Brisanz in Praxis und Apotheke. Zuweilen sind Ärzte und Apotheker die ersten Ansprechpartner für Betroffene, Angehörige und Pflegepersonal – oder aber sie sehen sich in der Verantwortung, ihrerseits die Initiative zu ergreifen und ein sehr persönliches Thema in geeigneter Weise anzusprechen.

Sucht ist eines der Syndrome in der Lebensphase nach Erwerbstätigkeit und Verantwortung für andere. Verlust an äußeren Strukturen, Menschen und Aufgaben lässt ältere Menschen gelegentlich zu suchtfördernden Substanzen greifen. Eine Sensibilität gegenüber erhöhten Risikofaktoren (wie Einsamkeit und Isolation, chronische Schmerzen und Multimorbidität), die Früherkennung von Formen der Sucht im Alter wie auch die spezifische Kenntnis von Substanzen mit hohem, oft unterschätztem Suchtpotenzial (vgl. PRISCUS-Liste) bilden wesentliche Voraussetzungen für eine fachgerechte Betreuung solcher Patienten. Eine wertvolle Abrundung erhält das ärztliche bzw. apothekerliche Handeln durch die Entwicklung von Strategien multiprofessioneller Zusammenarbeit mit anderen gesellschaftlichen Kräften.

Die beiden Referenten möchten Ärzten und Apothekern Anregungen geben, wie sie Suchtprobleme bei Älteren erkennen können, wie sie zu vermeiden sein könnten und welche Möglichkeiten es gibt, diese Thematik anzusprechen. Es ist sinnvoll, Patienten auf die Wechsel der Lebensphasen frühzeitig vorzubereiten. Zur Abrundung bietet die Veranstaltung hinreichend Gelegenheit für den Erfahrungsaustausch und die fachliche Diskussion.

Referenten:

Dr. rer. nat. Sebastian Diemert, Referent für Arzneimittelinformation und Pharmakovigilanz, Geschäftsstelle der Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK), ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, Geschäftsbereich Arzneimittel

Dr. med. Andreas Dieckmann, ehemaliger Suchtbeauftragter der Ärztekammer Berlin, Chefarzt der Vivantes Entwöhnungstherapie, Hartmut-Spittler-Fachklinik am Auguste-Viktoria-Klinikum, Berlin

Moderator:

Dr. med. Matthias Brockstedt, Vorsitzender des Fortbildungsausschusses der Ärztekammer Berlin, Vorsitzender der Arzt-Apotheker-Kommission in der Ärztekammer Berlin

Termin: Mittwoch, 18.06.2014, 19:30 bis 21:30 Uhr

Ort: BITTE BEACHTEN

Kaiserin-Friedrich-Stiftung / Hörsaal; Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin

Anerkannt mit 2 Fortbildungspunkten – eine Anmeldung ist nicht erforderlich. Die Veranstaltung ist ein gemeinsames Projekt der Apothekerkammer Berlin und der Ärztekammer Berlin zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit.

Berliner Ärzte auch im Internet:

www.berliner-aerzte.net!

Wahl zur 14. Delegierten- versammlung der Ärzttekammer Berlin

Der Vorstand der Ärztekammer Berlin hat für die Durchführung der in diesem Jahr stattfindenden Wahlen zur 14. Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin gemäß § 7 der Wahlordnung einen Wahlausschuss berufen. Dem Wahlausschuss gehören folgende Kollegen und Kolleginnen an:

Wahlleiter:

Dr. sc. med. Manfred Dückert

Beisitzer:

Norbert Hardinghaus

Dr. med. Ines Ziegler

Stellvertreter:

Dr. med. Maren Holdorff

Andreas Jung

Dr. med. Trutz-Hagen Legarth

Nachfolgend gibt der Vorstand der Ärztekammer Berlin gemäß § 8 Abs. 2 der Wahlordnung den Wortlaut der Wahlordnung bekannt:



Ordnung für die Wahl zur Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin

vom 26. Januar 1994,
die zuletzt durch den 3. Nachtrag
vom 23. September 2009
(ABl. 2010 S. 316) geändert
worden ist.

I. Allgemeine Bestimmungen

§ 1

Wahlmodus

Die Delegierten der Ärztekammer Berlin werden von den Kammerangehörigen gemäß § 7 Abs. 1 des Berliner Kammergesetzes in allgemeiner, unmittelbarer, freier, gleicher und geheimer Wahl nach den Grundsätzen der Verhältniswahl gewählt. Dabei hat jeder Wahlberechtigte eine Stimme, mit der er einen Wahlvorschlag wählen kann (Hauptstimme). Er kann innerhalb des von ihm gewählten Wahlvorschlages bis zu zwei Wahlbewerbern je eine Stimme geben (persönliche Vorzugsstimmen).

§ 2

Zahl der Delegierten

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin besteht gemäß § 7 Abs. 1 des Berliner Kammergesetzes aus 45 gewählten Mitgliedern.

§ 3

Briefwahl, Wahlkreis

- (1) Die Wahl erfolgt durch Briefwahl. Es dürfen nur die von dem Wahlausschuss ausgegebenen Wahlunterlagen verwendet werden.
- (2) Die Wahlbriefe müssen spätestens bis zum Ablauf des Wahlzeitraums in der Geschäftsstelle der Ärztekammer Berlin, die von dem Wahlausschuss bekannt zu geben ist, eingegangen sein.
- (3) Das Land Berlin bildet einen Wahlkreis.

§ 4

Wahlrecht

- (1) Wahlberechtigt sind die Kammerangehörigen, soweit nicht § 8 Abs. 2 des Berliner Kammergesetzes entgegensteht.
- (2) Ein Wahlberechtigter kann von seinem Wahlrecht nur Gebrauch machen, wenn

er in die Wählerliste eingetragen ist (wahlberechtigt im Sinne der Wahlordnung).

§ 5

Wählbarkeit

Wählbar als Delegierte sind nach § 9 des Berliner Kammergesetzes die wahlberechtigten Kammerangehörigen. Nicht wählbar ist, wer nach § 9 Abs. 2 des Berliner Kammergesetzes von der Wählbarkeit ausgeschlossen ist.

II. Aufgaben des Vorstandes

§ 6

Festlegung des Wahlzeitraums

- (1) Rechtzeitig vor Ablauf der Amtsperiode der Delegiertenversammlung legt der Vorstand der Ärztekammer Berlin den Wahlzeitraum fest. Der Wahlzeitraum beträgt mindestens sechs Wochen.
- (2) Der Wahlzeitraum beginnt mit dem Tage, an dem die Wahlunterlagen zur Versendung an die Wähler zur Post gegeben werden. Das Ende des Wahlzeitraums ist nach Tag und Stunde zu bezeichnen.

- (3) Für die Berechnung der Fristen nach dieser Wahlordnung kommt es nur auf den Tag des Endes des Wahlzeitraums an. Der Ablauf der nach Tagen bestimmten und auf das Ende des Wahlzeitraums bezogenen Fristen ändert sich nicht dadurch, dass der letzte Tag der Frist auf einen Sonnabend, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag fällt.

§ 7

Berufung des Wahlausschusses, Geschäftsstelle des Wahlausschusses

- (1) Der Vorstand beruft für die Durchführung der Wahl einen Wahlausschuss.
- (2) Der Wahlausschuss besteht aus dem Wahlleiter und zwei Beisitzern sowie einer ausreichenden Zahl von Stellvertretern.
- (3) Mitglieder des Vorstandes und Bewerber um einen Sitz in der Delegiertenversammlung dürfen nicht in den Wahlausschuss berufen werden.
- (4) Zur Vorbereitung und Durchführung der Wahlen wird bei der Ärztekammer Berlin eine Geschäftsstelle des Wahlausschusses eingerichtet. Die Geschäftsstelle führt die Bezeichnung „Wahlbüro“.

§ 8

Bekanntgabe der Mitglieder des Wahlausschusses und der Wahlordnung

- (1) Der Vorstand gibt den Wahlberechtigten die Mitglieder des Wahlausschusses mit Namen, Vornamen und ggf. akademischem Grad bekannt. Er teilt darüber hinaus der Aufsichtsbehörde das Geburtsdatum, den Geburtsort sowie den Wohnsitz der Mitglieder des Wahlausschusses mit.
- (2) Der Vorstand gibt den Wahlberechtigten den Wortlaut dieser Wahlordnung bekannt.
- (3) Die Bekanntgaben nach Absätzen 1 und 2 erfolgen durch Veröffentlichung in dem offiziellen Mitteilungsblatt der Ärztekammer Berlin, dessen Ausgabetag mindestens 196 Tage vor dem Ende des Wahlzeitraums liegt. Dieselbe Frist gilt für die Mitteilung an die Aufsichtsbehörde nach Abs. 1 Satz 2.

§ 9

Wählerliste

- (1) Der Vorstand stellt eine Wählerliste auf, in der die Wahlberechtigten mit Namen, Vornamen, gegebenenfalls akademischen Grad, Geburtsdatum und Postzustellungsadresse (Privatanschrift oder Dienstanschrift) sowie einer Registriernummer aufgeführt werden. Die Wählerliste muss ferner einen Raum für Vermerke über die erfolgte Versendung der Wahlunterlagen, über die erfolgte Stimmabgabe und einen Raum für Bemerkungen enthalten. Grundlage für die Wählerliste ist das Melderegister der Ärztekammer Berlin. Die Wählerliste kann auch im automatisierten Verfahren geführt werden.
- (2) Jeder Kammerangehörige hat das Recht, an den Werktagen, außer Sonnabenden, vom 132. bis 126. Tag vor dem Ende des Wahlzeitraums von 9.00 bis 15.00 Uhr, mittwochs zusätzlich bis 19.30 Uhr, die Richtigkeit und Vollständigkeit der zu seiner Person in der Wählerliste eingetragenen Daten zu überprüfen. Zur Überprüfung der Vollständigkeit und Richtigkeit der Daten von anderen in der Wählerliste eingetragenen Personen haben Kammerangehörige nur dann ein Recht auf Einsicht, wenn sie Tatsachen glaubhaft machen, aus denen sich eine Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Wählerliste ergeben kann.
- (3) Ergänzungen der Wählerliste werden bis zum Ablauf der Auslegungszeit in einem Nachtrag vorgenommen. Danach sind Ergänzungen nur noch aufgrund von Einsprüchen gegen die Wählerliste zulässig.
- (4) Streichungen aus der Wählerliste sind bis zum Beginn des Wahlzeitraums bei Verlust der Kammermitgliedschaft oder bei Verlust des Wahlrechts gemäß § 8 Abs. 2 des Berliner Kammergesetzes vorzunehmen. Streichungen nach Beginn des Wahlzeitraums sind unzulässig.
- (5) Nach dem Ablauf der Auslegungszeit übergibt der Vorstand dem Wahlausschuss die Wählerliste. Er unterrichtet den Wahlausschuss über vorzunehmende Streichungen gemäß Abs. 4.

§ 10

Unterstützung des Wahlausschusses

- (1) Der Vorstand unterstützt den Wahlausschuss bei der Durchführung der Wahl insbesondere durch Gestellung des erforderlichen Personals, der Räume und technischen Einrichtungen der Ärztekammer Berlin.
- (2) Der Vorstand bestellt ein Mitglied der Verwaltung der Ärztekammer Berlin zum Wahlkoordinator. Der Wahlkoordinator ist bezogen auf seine Tätigkeit im Wahlverfahren nur dem Wahlausschuss verantwortlich.

III. Aufgaben des Wahlausschusses

§ 11

Bekanntmachung

- (1) Der Wahlausschuss fordert zwischen dem 182. und dem 168. Tag vor dem Ende des Wahlzeitraums zur Einreichung von Wahlvorschlägen auf. Mit dieser Aufforderung weist er auf die einzuhaltende Frist gemäß § 17 sowie auf die Voraussetzungen zur Zulassung eines Wahlvorschlages hin.
- (2) Der Wahlausschuss teilt den Kammerangehörigen Zeit und Ort der Auslegung der Wählerliste mit. Er weist dabei auf die Vorschriften der §§ 4 und 5 und auf die Möglichkeit des Einspruchs gegen die Wählerliste hin.

ANZEIGE

- (3) Der Wahlausschuss teilt den Kammerangehörigen den Wahlzeitraum mit.
- (4) Die Aufforderung sowie die Mitteilungen nach den Absätzen 1 bis 3 sind bekannt zu machen.

§ 12

Feststellung der Wahlberechtigten

Nach Übergabe der Wählerliste durch den Vorstand und Entscheidung über Einsprüche gegen die Wählerliste stellt der Wahlausschuss die Wahlberechtigten fest. § 9 Abs. 4 bleibt unberührt.

§ 13

Zulassung von Wahlvorschlägen

Der Wahlausschuss lässt die eingereichten Wahlvorschläge nach Maßgabe des § 18 zu.

§ 14

Durchführung der Wahl

Der Wahlausschuss leitet die Durchführung der Wahl nach Maßgabe des V. Abschnitts dieser Wahlordnung.

IV. Verfahren

§ 15

Verfahren des Wahlausschusses

- (1) Der Wahlleiter oder einer der Beisitzer führt den Vorsitz im Wahlausschuss. In Abwesenheit des Wahlleiters oder eines Beisitzers rücken die bestellten Stellvertreter in der Reihenfolge ihres Lebensalters ein. Sie sind zu allen Sitzungen des Wahlausschusses zu laden.
- (2) Der Wahlausschuss ist beschlussfähig, wenn drei Mitglieder, darunter mindestens der Wahlleiter oder ein Beisitzer anwesend sind. Er fasst seine Beschlüsse mit Stimmenmehrheit. Stimmenthaltung ist unzulässig.
- (3) Soweit in dieser Wahlordnung nicht anders geregelt gilt die Verfahrensordnung der Widerspruchsstelle der Ärztekammer Berlin entsprechend.

§ 16

Rechtsbehelfe

- (1) Kammerangehörige können gegen den Inhalt der Wählerliste bis zum 119. Tag vor dem Ende des Wahlzeitraums

schriftlich oder zur Niederschrift der Geschäftsstelle der Ärztekammer Berlin Einspruch einlegen. Der Einspruch ist zu begründen. Soweit behauptete Tatsachen nicht offenkundig sind, sind die erforderlichen Beweismittel beizufügen. Der Wahlausschuss entscheidet bis zum 112. Tag vor dem Ende des Wahlzeitraums über den Einspruch. Die Entscheidung ist durch Aushang bekannt zu geben.

- (2) Über Widersprüche gegen Verwaltungsakte und über Widersprüche nach § 23 entscheidet die Widerspruchsstelle der Ärztekammer Berlin.

V. Ablauf der Wahl

§ 17

Einreichung der Wahlvorschläge

- (1) Die Wahl erfolgt aufgrund von Wahlvorschlägen. Diese sind beim Wahlausschuss einzureichen. Wahlvorschläge, die nicht innerhalb der vorgeschriebenen Frist bei dem Wahlausschuss eingehen oder nicht den Inhalts- und Formbestimmungen dieser Wahlordnung entsprechen, können nicht zu der Wahl zugelassen werden.
- (2) Die Frist für die Einreichung von Wahlvorschlägen beginnt mit der Aufforderung durch den Wahlausschuss. Sie endet am 112. Tag vor dem Ende des Wahlzeitraums um 18.00 Uhr. In der Bekanntmachung des Wahlausschusses ist der Fristablauftag nach dem Kalender zu bezeichnen.
- (3) Ein Wahlvorschlag kann mit einem Kennwort gekennzeichnet werden. Das Kennwort kann aus mehreren Wörtern bestehen. Der Wahlausschuss kann ein Kennwort zurückweisen, das Strafgesetze verletzt oder keine hinreichende Unterscheidungskraft besitzt. Gehen mehrere Wahlvorschläge unter dem gleichen Kennwort ein, so gilt das Kennwort für den zeitlich früher eingehenden Wahlvorschlag. Zivilrechtliche Bestimmungen über den Schutz von Namen und Zeichen bleiben unberührt.
- (4) Mit einem Wahlvorschlag können beliebig viele Bewerber vorgeschlagen werden. Jeder Wahlvorschlag muss jedoch mindestens fünf Bewerber ent-

halten. Die Bewerber müssen mit Namen, Vornamen, ggf. akademischem Grad, Tätigkeitsmerkmal und Tätigkeitsort oder Privatanschrift laufend nummeriert aufgeführt werden. Die Bewerber müssen gemäß § 5 wählbar sein. Besteht Zweifel darüber, ob der Bewerber wählbar ist, kann ein entsprechender Nachweis verlangt werden.

- (5) Dem Wahlvorschlag ist eine schriftliche Erklärung eines jeden Bewerbers beizufügen, in der er sich mit der Aufnahme seiner Person in den Wahlvorschlag zur Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin einverstanden erklärt.
- (6) Ein Bewerber darf nur in einem Wahlvorschlag benannt werden. Bewerber, die in mehreren Vorschlägen benannt sind und entsprechende schriftliche Erklärungen abgegeben haben, werden von dem Wahlkoordinator bis zum 91. Tag vor dem Ende des Wahlzeitraums aufgefordert, dem Wahlausschuss bis zum 85. Tag vor dem Ende des Wahlzeitraums schriftlich zu erklären, für welchen Vorschlag sie sich entscheiden. Der Termin ist nach dem Kalender zu bezeichnen. Der Wahlausschuss streicht ihre Namen als Bewerber in den anderen Wahlvorschlägen. Wird die Erklärung nicht bis zum Ablauf der Erklärungsfrist abgegeben, so wird der Name des Bewerbers in allen Wahlvorschlägen gestrichen.
- (7) Ein Wahlvorschlag muss von mindestens 20 Wahlberechtigten unterstützt werden. Die Unterstützer müssen mit Namen, Vornamen, ggf. akademischem Grad, Tätigkeitsort oder Privatanschrift bezeichnet werden. Der Unterstützer hat die Erklärung persönlich zu unterzeichnen. Es ist zulässig, dass ein Wahlberechtigter mehrere Wahlvorschläge unterstützt. Die Bereitschaftserklärung eines Wahlbewerbers gilt zugleich als Unterstützung des Wahlvorschlages, in dem er benannt ist.
- (8) Für jeden Wahlvorschlag ist eine Vertrauensperson sowie deren Stellvertreter mit Namen, Vornamen, ggf. akademischem Grad sowie ladungsfähiger Anschrift zu benennen. Nur diese können bis zum Ablauf der Einreichungsfrist durch persönliche oder schriftliche

Erklärung Wahlvorschläge ändern oder zurücknehmen.

- (9) Für die Wahlvorschläge, die Einverständniserklärungen, die Unterstützungserklärungen sowie die Benennung der Vertrauenspersonen sind von der Ärztekammer ausgegebene Vordrucke zu verwenden und vollständig auszufüllen. Die Vordrucke werden vom Wahlbüro auf Anforderung in angemessener Anzahl zur Verfügung gestellt sobald der Wahlausschuss berufen ist.

§ 18

Zulassung von Wahlvorschlägen

- (1) Über die Zulassung von Wahlvorschlägen entscheidet der Wahlausschuss am 84. Tag vor dem Ende des Wahlzeitraums in kammeröffentlicher Sitzung, zu der auch Vertreter der Presse Zugang haben. Die Vertrauenspersonen der Wahlvorschläge sowie deren Vertreter sind zu dieser Sitzung zu laden. In die Ladung ist der Hinweis aufzunehmen, dass der Wahlausschuss auch in ihrer Abwesenheit verhandelt und entscheidet.
- (2) Wenn ein Wahlvorschlag nicht die erforderliche Anzahl von Bewerbern oder Unterstützern aufweist, so müssen diese Mängel bis 18.00 Uhr am 112. Tag vor dem Ende des Wahlzeitraums beseitigt sein. Andere Mängel können noch bis zum 85. Tag vor dem Ende des Wahlzeitraums beseitigt werden.
- (3) Die Entscheidungen des Wahlausschusses über die Zulassung von Wahlvorschlägen sind durch Aushang in der Geschäftsstelle der Ärztekammer Berlin bekannt zu geben. Entscheidungen des Wahlausschusses über die Nichtzulassung eines Bewerbers sind zusätzlich der Vertrauensperson des Wahlvorschlages und ihrem Stellvertreter sowie dem Bewerber, Entscheidungen über die Nichtzulassung eines Wahlvorschlages sind zusätzlich der Vertrauensperson des Wahlvorschlages sowie ihrem Stellvertreter bekannt zu geben.
- (4) Der Wahlausschuss lost den zugelassenen Wahlvorschlägen eine laufende Nummer zu.
- (5) Widerspruch gegen die Nichtzulassung eines Bewerbers kann der Bewerber oder die Vertrauensperson des Wahl-

vorschlages, gegen die Nichtzulassung eines Wahlvorschlages die Vertrauensperson des Wahlvorschlages bis zum 77. Tag vor dem Ende des Wahlzeitraums schriftlich oder zur Niederschrift der Geschäftsstelle der Ärztekammer Berlin einlegen. Über den Widerspruch entscheidet der Wahlausschuss unverzüglich nach Ablauf der Einlegungsfrist.

§ 19

Bekanntmachung der Wahlvorschläge, Wahlunterlagen

- (1) Nach Ablauf der Widerspruchsfrist gegen die Zulassungsentscheidung des Wahlausschusses und mindestens 42 Tage vor dem Ende des Wahlzeitraums macht der Wahlausschuss die zugelassenen Wahlvorschläge durch Zusendung an die Wahlberechtigten bekannt. Die Bekanntmachung gilt mit der Aufgabe zur Post als erfolgt. Die Zusendung erfolgt ausschließlich an die in der Wählerliste aufgeführte Anschrift des Wahlberechtigten. Etwas anderes gilt nur, wenn vor Ablauf des Wahlzeitraums der Wahlberechtigte seinen Umzug anzeigt oder die Wahlunterlagen vom Postdienstleister als unzustellbar zurückgesandt werden und eine neue Anschrift bekannt wird. Der Wahlausschuss ist nicht verpflichtet, Wahlunterlagen an einen vorübergehenden Aufenthaltsort des Wahlberechtigten, insbesondere seinen Urlaubsort, zu versenden. Dies gilt nicht, wenn der Wahlberechtigte vorübergehend in Haft genommen und die Anschrift der Haftanstalt rechtzeitig durch ihn oder seinen Bevollmächtigten angezeigt wird.

- (2) Die Bekanntmachung erfolgt durch Zusendung eines Abdrucks der zugelassenen Wahlvorschläge. Die Wahlvorschläge sind durch die zugeloste laufende Nummer und das Kennwort zu bezeichnen, soweit der Wahlvorschlag ein Kennwort trägt. Innerhalb des Wahlvorschlages sind die Bewerber in der in dem eingereichten Wahlvorschlag bezeichneten Reihenfolge aufzuführen. Wurden bei der Zulassung des Wahlvorschlages Bewerber gestrichen, so sind die laufenden Nummern der Bewerber entsprechend zu berichtigen. Der laufenden Nummer jedes einzelnen Bewerbers in einem Wahlvorschlag ist die laufende Nummer des Wahlvorschlages in der Weise voranzustellen, dass für alle Bewerber Kennziffern mit der gleichen Anzahl von Stellen entstehen.
- (3) Zusammen mit dem Abdruck der Wahlvorschläge erhält der Wahlberechtigte seine Wahlunterlagen. Die Wahlunterlagen bestehen aus Stimmkarten, dem Wahlbrief und dem Stimmkartenumschlag.
- (4) Der Wahlberechtigte erhält für jeden zugelassenen Wahlvorschlag eine Stimmkarte. Jede Stimmkarte trägt den folgenden Aufdruck:

Ärztekammer Berlin
 Stimmkarte
 für die Wahl zur <n.> Delegiertenversammlung

 Wahlvorschlag <Ifd. Nr.>
 Kennwort: <Kennwort>

 Persönliche Vorzugsstimmen
 (falls gewünscht):
 <Raum für Kennziffer>
 Wahlbewerber:
 <Raum für Kennziffer>
 Wahlbewerber:

- (5) Der Wahlbrief trägt die Anschrift des Wahlausschusses, den Absender mit der in der Wählerliste verzeichneten Registriernummer sowie den Vermerk: „Wahl zur Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin“.
- (6) Der Stimmkartenumschlag, in den die Stimmkarte eingelegt wird, trägt den Aufdruck: „Wahl zur Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin - Stimmkartenumschlag“. Er kann weitere Hinweise auf den Wahlzeitraum und die Stimmabgabe enthalten.

§ 20 Stimmabgabe

- (1) Der Wähler kann auf der Stimmkarte des Wahlvorschlages, dem er seine Hauptstimme gibt, bis zu zwei Bewerbern je eine persönliche Vorzugsstimme geben, indem er die Kennziffern der Bewerber in den dafür vorgesehenen Raum einträgt und ihren Namen hinzusetzt. Er legt diese Stimmkarte in den Stimmkartenumschlag ein. Der verschlossene Stimmkartenumschlag wird in den Wahlbrief eingelegt. Der Wahlbrief ist zu verschließen und an die Geschäftsstelle der Ärztekammer Berlin zu übersenden; der Wahlbrief kann auch bei der Geschäftsstelle der Ärztekammer Berlin abgegeben werden.
- (2) Legt der Wähler mehr als eine Stimmkarte in den Stimmkartenumschlag ein, so ist die Stimmabgabe ungültig. Ebenso ungültig ist die Stimmabgabe, wenn die Stimmkarte oder der Stimmkartenumschlag die Person des Wählers erkennen lassen.
- (3) Vergibt der Wähler mehr als zwei persönliche Vorzugsstimmen oder vergibt er persönliche Vorzugsstimmen an Bewerber, die nicht dem Wahlvorschlag angehören, dem er seine Hauptstimme gegeben hat, so sind die persönlichen Vorzugsstimmen ungültig. Die Gültigkeit einer im übrigen gültigen Hauptstimme wird dadurch nicht berührt.
- (4) Während des Wahlzeitraums wird die Stimmabgabe jedes Wählers unter Leitung des Wahlkoordinators in der Wählerliste vermerkt. Der Wahlkoordinator kann weitere geeignete Beschäftigte

der Ärztekammer Berlin mit der Leitung der Registrierung der Wahlbriefe beauftragen. Die eingegangenen Wahlbriefe sind bis zum Ende des Wahlzeitraums ungeöffnet unter Verschluss zu halten.

- (5) Der Wahlausschuss kann während des Wahlzeitraums Sitzungen zur Feststellung der Ordnungsmäßigkeit von Wahlbriefen und der Wahlberechtigung des Wählers abhalten. In diesem Fall sind die bereits geprüften Wahlbriefe von den noch nicht geprüften Wahlbriefen bis zum Ende des Wahlzeitraums getrennt unter Verschluss zu halten.

§ 21 Auszählung der Stimmen

- (1) Der Wahlausschuss stellt nach Beendigung des Wahlzeitraums die Zahl der eingegangenen Wahlbriefe fest. Soweit dies noch nicht während des Wahlzeitraums geschehen ist, prüft er die Ordnungsmäßigkeit der Wahlbriefe sowie die Wahlberechtigung der Wähler durch Vergleich der Absenderangaben und der Registriernummern mit dem Eintrag in der Wählerliste.
- (2) Wenn über die Person oder das Wahlrecht Zweifel bestehen, entscheidet der Wahlausschuss über die Gültigkeit des Wahlbriefes. Ungültige Wahlbriefe werden bis zum Ablauf der Fristen gemäß § 22 Abs. 7 unter Verschluss gehalten und dann ungeöffnet vernichtet. Über die nicht rechtzeitig eingegangenen und über die für ungültig erklärten Wahlbriefe ist eine besondere Niederschrift zu fertigen, der die Wahlbriefe beizufügen sind.
- (3) Die Wahlbriefe werden nach der Feststellung ihrer Gültigkeit geöffnet. Enthält ein Wahlbrief mehr als einen Stimmkartenumschlag oder neben dem Stimmkartenumschlag andere Schriftstücke, so entscheidet der Wahlausschuss über seine Gültigkeit. Abs. 2 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.
- (4) Die den gültigen Wahlbriefen entnommenen Stimmkartenumschläge werden in eine Wahlurne eingelegt. Bei Bedarf können mehrere Wahlurnen verwendet werden.

- (5) Nach Öffnen der Wahlurne entscheidet der Wahlausschuss über die Gültigkeit der Stimmkartenumschläge. Stimmkartenumschläge, die die Person des Wählers erkennen lassen, sind ungültig. Abs. 2 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.
- (6) Nach Öffnen der Stimmkartenumschläge entscheidet der Wahlausschuss über die Gültigkeit der Stimmkarten. Nur die von dem Wahlausschuss ausgegebenen Stimmkarten sind gültig. Befinden sich in einem Stimmkartenumschlag mehrere Stimmkarten, so sind alle diese Stimmkarten ungültig. Insoweit gilt Abs. 2 Sätze 2 und 3 entsprechend. Im Übrigen sind die Stimmkarten ungültig, die die Person des Wählers erkennen lassen oder den Willen des Wählers nicht eindeutig zum Ausdruck bringen. Hinsichtlich der Gültigkeit von persönlichen Vorzugsstimmen gilt § 20 Abs. 3.
- (7) Die abgegebenen Haupt- und persönlichen Vorzugsstimmen werden in Zähllisten eingetragen. Die Erfassung der abgegebenen Stimmen kann ganz oder teilweise mit Einrichtungen der automatischen Datenverarbeitung erfolgen. In jedem Fall hat der Wahlausschuss für eine geeignete Kontrolle Sorge zu tragen.

§ 22 Feststellung und Bekanntmachung des Wahlergebnisses

- (1) Aufgrund der Auszählung der abgegebenen Stimmen stellt der Wahlausschuss das Wahlergebnis fest.
- (2) Aufgrund der abgegebenen Hauptstimmen wird nach dem Höchstzahlenverfahren (d'Hondt) festgestellt, auf wie viele Delegiertensitze jeder Wahlvorschlag Anspruch hat.
- (3) Bewerber, die persönliche Vorzugsstimmen erhalten haben, rücken in der Reihenfolge der Zahl der persönlichen Vorzugsstimmen an die Spitze ihrer Liste.
- (4) Falls bei der Zuteilung des letzten Sitzes auf mehrere Wahlvorschläge die gleiche Höchstzahl entfällt, entscheidet das Los. Das gleiche gilt für den Fall, dass auf mehrere Bewerber eines Wahlvorschlages die gleiche Anzahl

von persönlichen Vorzugsstimmen entfallen ist und diese Bewerber in Konkurrenz für den letzten Sitz stehen.

- (5) Der Wahlausschuss bestimmt über die Zahl der Gewählten hinaus die Rangfolge einer hinreichenden Anzahl von Bewerbern. Bei Stimmgleichheit gilt Abs. 4 Satz 2 entsprechend.
- (6) Der Wahlleiter hat das Wahlergebnis schriftlich festzuhalten. Ort und Zeit der Feststellung des Wahlergebnisses und die daran teilnehmenden Mitglieder des Wahlausschusses müssen ersichtlich sein. Der Wahlleiter und die anwesenden Mitglieder des Wahlausschusses haben die Niederschrift, der die besonderen Niederschriften als Anlage beizufügen sind, zu unterzeichnen.
- (7) Das Wahlergebnis ist unverzüglich mit einer Rechtsmittelbelehrung bekannt zu machen. Es ist der Aufsichtsbehörde bekannt zu geben. Der Wahlausschuss unterrichtet jeden Gewählten schriftlich von seiner Wahl sowie den Verpflichtungen, die er mit der Annahme der Wahl übernimmt, und fordert ihn auf, innerhalb von zwei Wochen zu erklären, ob er die Wahl annimmt. Geht innerhalb der Frist keine Erklärung ein, so gilt die Wahl als abgelehnt.
- (8) Niederschriften, Stimmzettel und sonstige Wahlunterlagen sind zwei Jahre aufzubewahren. Sind gerichtliche Verfahren im Zusammenhang mit der Wahl anhängig, so sind die Unterlagen auch über zwei Jahre hinaus bis zur rechtskräftigen Erledigung des Verfahrens aufzubewahren.
- (9) Das Verfahren nach §§ 20 Abs. 5, 21, 22 ist kammeröffentlich. Vertretern der Presse ist Zugang zu gewähren. Räume, in denen das nach Maßgabe des Satzes 1 kammeröffentliche Wahlverfahren stattfindet, sind als Wahlräume zu kennzeichnen. Wahlräume im Sinne von Satz 2 sind nicht solche Räume, in denen Anlagen der automatischen Datenverarbeitung selbstständig arbeiten. Zu diesen Räumen haben nur die Mitglieder des Wahlausschusses, auf Antrag die Vertrauenspersonen der Wahlvorschläge sowie die nach allgemeinen Vorschriften befugten Beschäftigten der Ärztekammer Berlin Zutritt.

VI. Wahlprüfung und Schlussvorschriften

§ 23

Wahlprüfung

- (1) Gegen die Gültigkeit der Wahl zur Delegiertenversammlung oder gegen die Gültigkeit der Wahl eines Delegierten kann jeder Wahlberechtigte innerhalb eines Monats nach Bekanntmachung des Ergebnisses schriftlich oder zur Niederschrift der Geschäftsstelle der Ärztekammer Berlin Widerspruch einlegen. Der Widerspruch gilt als Widerspruch im Sinne des § 68 VwGO.
- (2) Wird die Unrichtigkeit des Wahlergebnisses im Einzelnen festgestellt, so stellt der Wahlausschuss das Wahlergebnis neu fest. Wird die Wahl der Delegiertenversammlung für ungültig erklärt, so hat eine neue Wahl stattzufinden.

§ 24

Verlust eines Mandats

Ein Delegierter verliert sein Mandat

1. durch Tod;
2. durch Verzicht. Der Verzicht ist bis zur konstituierenden Sitzung der Delegiertenversammlung dem Wahlausschuss, danach dem Vorstand schriftlich zu erklären. Der Verzicht darf keine Bedingungen enthalten. Ausführungen, mit denen der Verzicht begründet wird, sind keine Bedingungen. Der Verzicht ist unwiderruflich;
3. durch dauernden oder vorübergehenden Verlust der Wählbarkeit;
4. durch Ungültigerklärung der Wahl oder sonstiges Ausscheiden im Wahlprüfungsverfahren;
5. durch nachträgliche Feststellung eines anderen Wahlergebnisses.

§ 25

Eintretende Bewerber

Hat ein Delegierter seine Wahl abgelehnt oder scheidet ein Delegierter aus, so tritt an seine Stelle der nächstfolgende Bewerber desselben Wahlvorschlages in der nach § 22 Abs. 3 ermittelten Reihenfolge. Die Bestimmungen über die Annahme einer Wahl in

§ 22 Abs. 6 und über die Bekanntmachung einer Wahl finden entsprechend Anwendung. Für die erforderlichen Feststellungen und Bekanntmachungen ist bis zur konstituierenden Sitzung der gewählten Delegiertenversammlung der Wahlausschuss, danach der Vorstand zuständig.

§ 26

Bekanntmachungen, Bekanntgaben

Bekanntmachungen erfolgen, soweit diese Wahlordnung nichts anderes bestimmt, durch Veröffentlichung im Amtsblatt für Berlin. Bekanntgaben erfolgen, soweit diese Wahlordnung nichts anderes bestimmt, durch Veröffentlichung in dem offiziellen Mitteilungsblatt der Ärztekammer Berlin, durch Aushang in der Geschäftsstelle der Ärztekammer Berlin, durch briefliche oder mündliche Mitteilungen an den Adressaten oder in anderer geeigneter Weise.

§ 27

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Diese Wahlordnung tritt an dem Tag nach ihrer Verkündung im Amtsblatt für Berlin in Kraft. Damit tritt die Wahlordnung vom 25. August 1966 außer Kraft.

ANZEIGE

Gesundheits-„Wesen“ wird „-Wirtschaft“

„Patientenrechte und marktwirtschaftliche Grundsätze“ war das Leitmotiv des 43. Symposiums für Juristen und Ärzte der Kaiserin Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen. In zwei der Vortragsblöcke wurden diesmal besonders heiße Eisen angepackt. Bei dem einen ging es um den Einfluss wirtschaftlicher Aspekte auf die Indikationsstellung, beim anderen um Korruption.

Wie stark und immer stärker wirtschaftliche Einflüsse unser Gesundheitswesen verändern, wissen manche Ärzte noch nicht, schon gar nicht die Patienten. Einer, der ihnen die Augen öffnet, ist der Charité-Professor Paul Unschuld. Der Medizinhistoriker und Master of Public Health, Pharmazeut und Sinologe eröffnete das Symposium mit einem Grundsatzreferat über die Metamorphose des Gesundheitswesens zur Gesundheitswirtschaft; nach Meinung von deren Befürwortern eine Metamorphose der unscheinbaren Raupe zum prächtigen Schmetterling, abgebildet in der allerersten Nummer des „Journals für die Akteure der Gesundheitsbranche“.

„Die so genannte Gesundheitswirtschaft gilt als ‚Wachstumsbranche‘ der Wirtschaft“, sagte Unschuld, „Gesundheit wird zu einer ganz normalen kommerziellen Ware.“ So heißt denn auch sein streitbares kleines Buch „Ware Gesundheit – Das Ende der klassischen Medizin“. Es schlägt einen weiten historischen und weltanschaulichen Bogen und ist gerade in dritter erweiterter Auflage in der Beck'schen Reihe neu erschienen. Der Arzt wird zum Dienstleister, der Patient zum Kunden, das in Zerrüttung befindliche Vertrauensverhältnis zwischen beiden wird zur Geschäftsbeziehung.

Ärzte von Ökonomen entmündigt

Der Kranke kann sich nicht mehr darauf verlassen, dass der Arzt seine Entscheidungen im besten medizinischen Interesse des Patienten trifft. Er muss befürchten, dass kommerzielle Erwägungen

den Vorrang haben könnten. Die Ärzte werden entmündigt von den Ökonomen, die nun das Sagen haben. Die Verschwendung in den Krankenhäusern mit den früheren oft überlangen Verweildauern wurde durch die Einführung von Fallpauschalen nicht beendet, sondern nur verlagert. Im Vortrag, wie auch in späteren Diskussionen, wie auch in „Ware Gesundheit“ brachte Unschuld Beispiele für die durch die neue Vergütungsstruktur begünstigte Verschwendung zu Lasten der Patienten:

Da wird ein Port nicht gleich nach der Operation am noch narkotisierten Krebskranken eingesetzt, sondern erst später mit einem neuen Eingriff – was dem Krankenhaus eine neue Fallpauschale, aber dem Patienten neues, unnötiges Leiden zufügt. Da werden Knieoperationen – kostenträchtig oder, in anderer Perspektive, gewinnbringend – aufgeteilt: Erst die diagnostische Arthroskopie, erste Fallpauschale. Ist ein Meniskusriß zu erkennen, gibt's einen weiteren Betrag für eine Teilresektion. Lässt sich auch noch eine Chondromalazie feststellen, ist für deren Beseitigung eine weitere Summe fällig. Dazu Paul Unschuld:

„Es bietet sich folglich an, bei möglichst jeder Arthroskopie auf später nicht mehr nachweisbare Ausfransungen und Chondromalazie zu erkennen und die gesamte Gebührenbreite abzuschöpfen.“

Amputation nur pekuniär indiziert

Er wusste sogar von einer Privatklinik zu berichten, in der Diabetiker mit peripheren arteriellen Durchblutungsstörungen

unnötig amputiert werden – nicht aus Unkenntnis der Gefäßchirurgie, sondern aus pekuniärer Indikation! Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie kritisiert seit langem, dass in Deutschland zu viel operiert wird; nicht zuletzt, weil viele Chefärzte vertraglich zu einer bestimmten Zahl möglichst lukrativer Eingriffe verpflichtet oder besser verführt werden: Nur dann erhalten sie die Boni, die eigentlich ein Teil ihrer Vergütung sind. Inzwischen hat die Bundesärztekammer eine Stelle eingerichtet, die solche Vertragsklauseln prüft und die Stellungnahmen hierzu veröffentlicht. Dieser Hinweis fehlte in dem hier referierten Vortrag, aber die Rechtsexpertin der Ärztekammer Berlin, Martina Jaklin, holte ihn nach. Sie erinnert auch daran, dass solche Klauseln als berufsrechtlich unzulässig angesehen werden (siehe <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=3.71.9972.10927.10931&all=true>).

In einer Vortragsreihe des Symposiums über „Patientenrechte und marktwirtschaftliche Grundsätze“ ging es speziell um den Einfluss wirtschaftlicher Aspekte auf die Indikationsstellung. Markus Müschenich sollte die ärztliche Sicht schildern. Er war zwar ursprünglich Pädiater, später aber jahrelang Krankenhausmanager, gründete dann unter anderem einen „Think Tank für die Gesundheitswirtschaft“ und ist auch sonst sehr emsig auf dem „Gesundheitsmarkt“ tätig, kennt ihn also von innen.

Auch er vermutet, dass in Deutschland hunderttausende von Operationen ohne medizinische Notwendigkeit ausgeführt werden, dass also die Indikationsqualität oft sehr zu wünschen übrig lässt. Warum sonst hat sich zum Beispiel die Zahl der Wirbelsäuleneingriffe binnen sechs Jahren mehr als verdoppelt? Im Krankenhaus habe sich etwas herausgebildet, was Kriminalisten die „Tatgelegenheitsstruktur“ nennen. Der Markt, auf den man in der Politik setze, habe in der Gesundheitsversorgung versagt. Nun solle der Patient als „Kunde“ vor einer Operation „regelmäßig“ eine Zweitmeinung einholen und sich entscheiden. Am Ende ist er alleingelassen.

Kliniken zwischen Ethik und Monetik

„Ein direkter Einfluss wirtschaftlicher Interessen auf die Indikationsstellung ist abzulehnen“, sagte Vivantes-Chefin Andrea Grebe, ohne aber in ihrem Referat zu diesem Thema aus betriebswirtschaftlicher Sicht auf das Problem der Übertherapie einzugehen. Eher sprach sie von drohender Unterversorgung wegen Kürzungen durch den Medizinischen Dienst, und im Wesentlichen beschränkte sie sich auf eine allgemeine Darstellung des Spannungsfeldes der Krankenhäuser „zwischen Ethik und Monetik“, zwischen Qualität und Ökonomie. Sie schlossen aber einander nicht aus: „Wer nur auf die Kosten schaut, senkt die Qualität. Wer auf die Qualität schaut, senkt die Kosten“, konstatierte sie, ohne sich direkt auf die Qualität der Indikation zu beziehen. Diese Regel lässt sich jedoch sehr gut auf das Problem der – oft fehlenden – Indikation für chirurgische Eingriffe anwenden.

Hauptsächlich, aber nicht nur um das Risiko der Unterversorgung ging es auch in den Ausführungen von Matthias Kronenberger, Berliner Fachanwalt für Medizinrecht, der die juristische Sicht des Themas Einfluss wirtschaftlicher Interessen auf die Indikationsstellung darstellte. Er zitierte aus einem Urteil des Bundesgerichtshofs vom 1.12.1990: „Gefährdungen des Patienten werden durch die Berufung auf die Unwirtschaftlichkeit der Behandlung allein nie gerechtfertigt.“

Nach dem Gesetz muss jeder Heileingriff und jede Heilbehandlung indiziert sein. In die Wahl zwischen den Methoden ist der entsprechend aufgeklärte Patient einzubeziehen. Ansonsten ist der Arzt „nur an die Regeln der medizinischen Wissenschaft gebunden, die eine maßvolle Behandlung gebietet“. Nach der Rechtsprechung muss er nicht immer den sichersten Weg wählen, „ein höheres Risiko muss aber stets medizinisch-sachlich begründet sein“ – ein Gebot, das, wenn gewissenhaft befolgt, die Zahl vermeidbarer Operationen wohl drastisch reduzieren würde.

In der Diskussion nach dieser Vortragsreihe war die Zweitmeinung ein wichtiger Punkt. Harald Mau, als langjähriger Kinderchirurg und ÄKB-Vorstandsmitglied, kritisierte, dass nun zur Regel werden soll, was bisher, wenn notwendig, selbstverständliche ärztliche Konsultation war. Ein anderer Diskussionsteilnehmer bezeichnete die Zweitmeinung als Surrogat. Unter Hinweis auf die bewährten Tumorkonferenzen plädierte er in Zweifelsfällen für interdisziplinäre Entscheidungen.

Braucht das Gesundheitswesen ein Antikorruptionsgesetz?

Nicht nur bei der Indikationsstellung geht es in der Medizin keineswegs immer ganz *lege artis* zu. Da bekommen Ärzte unerlaubte „Fangprämien“ für Zuweisung von Patienten; da gibt's Geld, Geschenke oder geldwerte Vorteile vom Hersteller für die Verordnung seiner Präparate; da fordert eine Vertragsärztin, wie's kürzlich durch die Medien ging, 50 Euro von Patienten, damit sie in der „Komfort-Sprechstunde“ nicht wochenlang auf einen Termin warten müssen; da werden gesetzlich Versicherte dazu gedrängt, auf eigene Kosten privatärztliche Leistungen in Anspruch zu nehmen...

Brauchen wir also ein Antikorruptionsgesetz fürs Gesundheitswesen? In der Koalitionsvereinbarung heißt es schlicht: „Wir werden einen neuen Straftatbestand der Bestechlichkeit und Bestechung im Strafgesetzbuch schaffen.“ Der Nürnberger Allgemeinmediziner Veit Wambach, in vielen Gremien berufspolitisch aktiv, würde eine klare gesetzliche Neuregelung begrüßen, die nicht allein die Ärzte, sondern alle im Gesundheitswesen Tätigen einzubeziehen hätte.

Schon vorm Koalitionsvertrag lag ein entsprechender Gesetzentwurf des Bundesrats vor („Entwurf eines Strafrechtsänderungsgesetzes zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen“, (Drucksache 451/13, 5.7.2013). Anlass war der bekannte Beschluss des Bundesgerichtshofs vom 29.3.2013. Er stellte klar, dass Vertragsärzte keine Amts- oder Funktionsträger, sondern

Freiberufler sind und daher nicht wegen Korruption strafverfolgt werden könnten – eine Regelungslücke, die zu schließen Aufgabe des Gesetzgebers sei.

Würde das die Lage bessern? Martina Jaklin meint: nein – eher verschlechtern. Die Leiterin der Abteilung Berufsrecht der Ärztekammer Berlin sieht zwar (wie die Autoren des Gesetzentwurfs) insgesamt ein Vollzugsdefizit; sie macht dafür aber andere Gründe verantwortlich als die im Entwurf genannten mangelnden Ermittlungsbefugnisse der Kammern.

Von Vorschriften umstellt

Die vielen schon heute geltenden gesetzlichen Grundlagen zur Verfolgung und Ahndung ärztlicher Korruption zählte der Göttinger Medizinrechtsprofessor Gunnar Duttge auf: Neben der ärztlichen Berufsordnung das Approbationsrecht, das vertragsärztliche Disziplinarrecht, das Zulassungsrecht, ferner das Heilmittelwerbegesetz und natürlich auch schon heute das Strafrecht. Alle umstellen sie den Arzt mit Verboten und Sanktionsdrohungen, die korruptives ärztliches Verhalten erfassen oder zumindest erfassbar machen. Da in großen Krankenhäusern eine schier unüberschaubare Menge von Vorschriften und Regeln zu beachten ist, hat man „Compliance-Manager“ eingeführt – auch in der Charité, wie deren Ärztlicher Direktor Ulrich Frei mitteilte. Sie haben dafür zu sorgen, dass die Mitarbeiter alle Regeln „compliant“ einhalten. Auch Industrieunternehmen bemühen sich um deren Befolgung, wie Herbert Nuszpl, „Compliance-Manager“ des Drägerwerks, am Beispiel dieser Firma schilderte.

Und doch hoffe man auf ein verschärftes Strafrecht als „Super-Antibiotikum“ – wahrscheinlich umsonst, meint Duttge. Er sprach sich stattdessen für eine „multifaktorielle Behandlungsstrategie als Goldstandard“ für die Korruptionskrankheit aus. Ein schon selbstverständlich angewandtes Mittel ist die Angabe von Interessenkonflikten bei Publikationen, Vorträgen, Leitlinienarbeit usw. Deutschland geht allerdings noch nicht so weit

wie die USA, wo Ärzte nach dem „Physicians Payment Sunshine Act“ schon Zuwendungen im Wert von zehn Dollar offenlegen müssen.

Schwarze Schafe ungeschoren?

Man müsste Wahrsager sein, um verlässliche Aussagen über das tatsächliche Ausmaß korruptiven Verhaltens durch Ärztinnen und Ärzte zu treffen, wie Martina Jaklin darstellte. So ist zum Beispiel die Zahl der Meldungen durch die Strafjustiz, durch Patienten oder Krankenkassen trotz oftmals in der Öffentlichkeit anders wiedergegebener Informationen äußerst gering. Wegen des Verdachts der Zuweisung gegen Entgelt etwa gingen in sechs Jahren nur

51 Anzeigen bei der Ärztekammer Berlin ein, berichtete deren Rechtsexpertin. Das muss nicht heißen, dass die schwarzen Schafe unter den Berliner Ärzten äußerst rar sind. Wir wissen es schlichtweg nicht, so die Kammer-Juristin. Was nun die Vollzugsdefizite betrifft – Lücken in den Zäunen um die verbotenen saftigen Weiden der schwarzen Schafe –, so dürfen sie nach ihrer Einschätzung durch ein Antikorruptionsgesetz noch breiter werden. Einer der Gründe: Schon heute wird die Kammer an der Verfolgung von Vergehen gegen die Berufsordnung gehindert – durch überlange Strafverfahren, deren Ende berufsrechtliche Verfahren abwarten müssen. Oft genug werden Strafverfahren erst verschleppt und dann eingestellt. Denn die Staatsanwaltschaft

ist überlastet und hat zu wenig Personal mit den nötigen Fachkenntnissen.

Wie Duttge meint aber Martina Jaklin, dass ein Strafrechtsänderungsgesetz zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen hohe Erwartungen wecke. Am Ende wahrscheinlich zu hohe Erwartungen.

Genauer zum Thema Korruption und Berufsrecht finden Sie in einem lesenswerten Beitrag von Martina Jaklin in BERLINER ÄRZTE 2/2013, S. 30-41: „Keine bestechenden Aussichten für Mediziner“, www.berliner-aerzte.net/pdf/bae1302_039.pdf

Rosemarie Stein

Wenn die soziale Ungleichheit zunimmt

Bericht vom Kongress „Armut und Gesundheit“ in Berlin

Seit mittlerweile 19 Jahren thematisiert der Kongress „Armut und Gesundheit“ den engen Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit. Der Public Health-Kongress fand in diesem Jahr am 13. und 14. März in der Technischen Universität statt. Die Veranstaltung wird gemeinsam von Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., der Technischen Universität Berlin (Zentrum für Technik und Gesellschaft, Gesundheitsökonomisches Zentrum Berlin, Institut für Berufliche Bildung und Arbeitslehre) und der Deutschen Gesellschaft für Public Health initiiert

Im Mittelpunkt einer dem Public Health Forums vorgeschalteten Pressekonferenz stand die Frage, wie erfolgreiche und wirksame Strukturen und Prozesse langfristig, ganzheitlich und gerecht gesichert werden können.

PD Dr. Thomas Lampert vom Robert Koch-Institut benannte den Zusammenhang von erhöhter vorzeitiger Sterblichkeit und der geringen Lebenserwartung von sozial Benachteiligten als extreme Ausprägungsform sozialer Ungleichheit. Viele chronische Erkrankungen sowie die zugrundeliegenden Risikofaktoren sind

bei Personen mit niedrigem sozialem Status – gemessen über Einkommen, Beruf und Bildung – stärker verbreitet als bei Personen mit höherem Sozialstatus. Sie sind einem erhöhten Risiko ausgesetzt, vorzeitig, das heißt vor dem 65. Lebensjahr, zu sterben. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), vom Robert Koch-Institut in den Jahren 2008 bis 2011 durchgeführt, zeigen:

- Männer und Frauen mit niedrigem Sozialstatus haben ein 1,8- bzw. 3,1-fach erhöhtes Risiko, an Diabetes mellitus zu erkranken

- Männer und Frauen mit niedrigem Sozialstatus sind zudem 2,3- bzw. 4,4-mal häufiger adipös, treiben weniger Sport und rauchen vermehrt

- Den eigenen allgemeinen Gesundheitszustand schätzen Männer und Frauen mit niedrigem Sozialstatus 4- bzw. 5,1-mal häufiger als nur mittelmäßig oder schlechter ein

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Vorstandsvorsitzener Gesundheit Berlin-Brandenburg und Paritätischer Gesamtverband, betonte nicht nur die hohe sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen, er wies auch darauf hin, dass sie in Deutschland zunimmt. Krankheits- und Sterbedaten folgen einer gewissen Verzögerung der Entwicklung der Verteilung von Bildung und Einkommen. Die Ungleichverteilung der Einkommen nimmt in Deutschland kontinuierlich zu, zeigt die Armuts- und Reichtumsberichterstattung. Die Verteilung der Bildungschancen folgt noch immer konstant der sozialen Position der Eltern, insofern ist kaum mit einer Verbesserung für die Verteilung von Gesundheitschancen zu rechnen. „Verteilungspolitik und Bildungspolitik sind Gesundheitspolitik“, sagte Rosenbrock und forderte, mit



Auf dem Podium (von links nach rechts): Moderatorin Marion Amler (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.), Jürgen Graalman (Vorstand des AOK-Bundesverbandes), Anne Janz (Dezernentin für Jugend, Schule, Frauen und Gesundheit in Kassel), Cornelia Prüfer-Storcks (Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg), Prof. Dr. Rolf Rosenbrock (Vorstandsvorsitz Gesundheit Berlin-Brandenburg und Paritätischer Gesamtverband), PD Dr. Thomas Lampert (Robert Koch-Institut).

Prävention und Gesundheitsförderung Ungleichheit wirksam und nachhaltig zu kompensieren. Prävention funktioniert am besten, wenn Menschen in ihren Lebenswelten wie etwa Kita, Schule, Betrieb, Senioreneinrichtung, Kiez ermuntert und unterstützt werden, ihre Lebenswelt aktiv und den eigenen Bedürfnissen entsprechend zu verändern. Diese Interventionen benötigen die vertrauensvolle Kooperation aller Beteiligten.

Eine wichtige Aufgabe kommt in diesem Zusammenhang den Ländern und Kommunen zu, hob die Hamburger Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks hervor. „Wir wollen eine deutliche Erhöhung der Finanzmittel“, sagte Prüfer-Storcks. In verbindlichen Rahmenvereinbarungen zwischen Ländern, Kommunen und allen Sozialversicherungsträgern sieht die Senatorin den Weg zur nachhaltigen und qualitätsorientierten Gesundheitsförderung und Prävention.

Anne Janz, Kasseler Gesundheitsdezernentin und Vorsitzende des Gesundheits-

ausschusses des Deutschen Städtetages, verwies auf viele Kommunen, die „hier bereits in Vorleistung getreten sind“ – teilweise unter schwierigsten finanziellen Bedingungen. Gerade im Bereich gesundes Aufwachsen wurden Präventionsketten geknüpft. Sie trat dafür ein, den Kommunen und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst in Fragen der Prävention und Gesundheitsförderung eine stärkere Rolle und mehr Handlungsmacht zuzusprechen.

Ohne eine umfassende Strategie, die Bildung, Jugend, Arbeit, Soziales und Stadtentwicklung neben dem Handlungsfeld Gesundheit einbezieht, sind nur bedingt Erfolge zu erzielen, gibt Jürgen Graalman, Vorstand des AOK-Bundesverbandes, zu bedenken. Prävention und Gesundheitsförderung seien eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. „Gesundheit“, verweist Graalman auf das Anliegen des Public Health-Kongresses, „wird hier nicht als medizinischer oder ökonomischer Sachverhalt diskutiert, sondern als Frage

nach gesellschaftlicher Teilhabe und Chancengleichheit.“

Gemäß des Kongressmottos „Gesundheit nachhaltig fördern: langfristig – ganzheitlich – gerecht“ diskutierten und informierten sich rund 2000 Besucher in den Räumlichkeiten der Technischen Universität Berlin. Neben Veranstaltungspunkten zur internationalen Katastrophenhilfe, zu Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung wie HIV/AIDS wurden auch Projekte für Wohnungslose, Migranten, ältere Menschen und Kinder in Deutschland vorgestellt. Im Rahmen des Fachforums „Nachhaltige Gesundheitsförderung im Setting Kita. Wie kann das gelingen?“ gab es Hintergrundinformationen über das Berliner Landesprogramm „Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita“. Die Ärztekammer Berlin unterstützt dieses Programm gemeinsam mit elf weiteren Partnern. (Lesen Sie dazu auch BERLINER ÄRZTE 1/2014, S. 20ff.)

Verfasserin:
Ulrike Hempel
Freie Journalistin

Therapiefreiheit oder Überwachungsmedizin? –

Freiberuflichkeit, neue GOÄ, Patientenpfade und elektronische Gesundheitskarte: Was Ärzte und Patienten erwartet

Bericht zum Kongress Freier Ärzte, Ärztetag der Basis 2014 am 29. März 2014 in Berlin

Der zweite von der Freien Ärzteschaft in Berlin veranstaltete Kongress erhielt, obwohl bedenkliche Entwicklungen im Mittelpunkt standen, durch den Blick über den Tellerrand ins europäische Ausland auch eine optimistische Note.

Die ersten Redner sprachen über die Freiberuflichkeit und deren Entwicklung. **Dr. Axel Brunngraber** aus dem Vorstand der Freien Ärzteschaft betonte in seiner Eröffnungsrede die Bedeutung der Freiberuflichkeit – insbesondere im Sinne des Patienten, denn nur ein freier Arzt kann seinen Patienten gegenüber wirklich loyal sein.

Wieland Dietrich, Bundesvorsitzender der Freien Ärzteschaft e.V., verdeutlichte mit einem chronologischen Abriss der letzten 20 Jahre, wie die Niederlassung in freier Praxis, die bis 1993 attraktiv war, durch die verschiedenen Gesundheitsreformen im GKV-System nach und nach ihre Attraktivität eingebüßt hat. Bürokratie, Willkür und Unterfinanzierung machen heute die Niederlassung wenig interessant. Die selbstständige Tätigkeit in freier Praxis bliebe zwar nach wie vor erstrebenswert, nicht aber das GKV-System. Eine so hochwertige Versorgung wie die durch die freien Praxen werde es aber mit keinem anderen System geben können!

Auch **Prof. Karsten Vilmar**, Ehrenpräsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, hielt ein starkes Plädoyer für die Freiberuflichkeit, die nicht nur erhalten, sondern auch gestärkt werden müsse. Er sprach über die hektische Gesetzgebung mit immer neuen Gesundheitsreformen und über politische Kräfte, für die das Vertrauen der Patienten in ihre Ärzte und die Wertschätzung der freien Arztwahl ein Störfaktor ist und mit dem Aufbau einer Misstrauenskultur bekämpft wird. Vilmar lobte den Gesetzgeber dafür,

dass er sich im Koalitionsvertrag für die Freiberuflichkeit ausgesprochen hat. Seine Aufgabe sei aber nur, die Rahmenbedingungen festzulegen, nicht aber, diese Freiberuflichkeit mit unüberschaubaren Detailregelungen einzuschränken.

Prof. Helge Sodan, Direktor des Deutschen Instituts für Gesundheitsrecht (Berlin), kritisierte seinerseits die seit 35 Jahren fortgeführte Kostendämpfungspolitik, die aktuell nicht einmal mehr erforderlich sei. Der Jurist ging auf die Rolle des Bundesverfassungsgerichtes und des Bundessozialgerichtes ein, das dem Vertragsarzt keinen Anspruch auf eine angemessene Vergütung zugesteht, wie sie in anderen Wirtschaftsbereichen selbstverständlich sei. Im privatärztlichen Bereich läge aus seiner Sicht auch vieles im Argen, besonders gegen die gemeinsame Entwicklung der neuen GOÄ durch Bundesärztekammer, PKV und Beihilfe habe er verfassungsrechtliche Bedenken.

Ausführlicher nahm **Dr. Christian Scholber**, Facharzt für Innere Medizin, zum Thema GOÄ Stellung. Seine Analyse der Rahmenvereinbarung zur Novellierung der GOÄ war schwindelerregend: Globalbudget und Wirtschaftlichkeitsgebot sollen jetzt auch in die Privatmedizin Einzug halten, das sei eine „Bürgerversicherung light“!

Nach diesen finsternen Aussichten wirkte der Vortrag von **Dr. Margareta Kirsch**, die als saarländische Gynäkologin seit 2006 eine Zweitpraxis in Luxemburg betreibt, wie ein Lichtblick. Das luxemburgische Gesundheitswesen habe zwar eine Einheitsversicherung, diese basiere jedoch

auf dem Rückerstattungssystem und könne auf fast alle bürokratischen Elemente, an die wir uns längst gewöhnt haben, verzichten: die Gebührenordnung ein dünnes Heft, der selten benutzte Diagnoseschlüssel ein DIN A 4 Blatt, die Anzahl der benötigten Formulare: drei! Es geht also auch anders und das weckt Hoffnung. Der zweite Teil der Veranstaltung widmete sich dem Thema „Cybermedizin – zum Wohle des Patienten?“. **Dr. Silke Lüder**, stellvertretende Vorsitzende der Freien Ärzteschaft e.V., berichtete über den aktuellen Stand der eCard. Die Weiterentwicklung der Karte scheiterte bisher an Fehlplanung, katastrophal verlaufenen Praxistests und dem Widerstand der Ärzteschaft, obwohl die Kassen zunehmend Druck machten. Nach der Farce mit dem nicht überprüften Foto des Versicherten wären allein bis 2013 60 Millionen ungültige Behandlungsausweise und stolze 728 Millionen Euro Kosten zu veranschlagen. Hier lohnt auch der Blick ins Ausland, wo ähnliche Projekte bereits gescheitert sind. Wer glaubte, es gebe noch irgendwelche Daten, die vor Geheimdiensten und organisierten Kriminellen sicher seien, verlor diesen Glauben beim Vortrag von **Prof. Hartmut Pohl**, u.a., Sprecher des Präsidiumsarbeitskreises „Datenschutz und IT-Sicherheit“ der Gesellschaft für Informatik e. V.. Sein Fazit: Überwachung und Angriffe auf Sicherheitslücken gebe es immer. Im Zweifelsfall solle man dem Patienten seine Befunde persönlich mitgeben – selbst Faxen würden überwacht.

Mut machte auch der letzte Redner, **Dr. Christian Euler**, Vorsitzender des Österreichischen Hausärzterverbandes (ÖHV), der den erfolgreichen Protest der österreichischen Hausärzte gegen die Elektronische Gesundheitsakte ELGA mit einer Karte ohne Bild schilderte – obwohl die Kollegen zuvor schon fast resigniert hatten.

Nach einer lebhaften Diskussion, auch zu den Folgen der NSA-Affäre und der weltweiten Überwachung, endete Dr. Axel Brunngraber mit der Forderung: Die seit Generationen gepflegte Stafette (der ärztlichen Schweigepflicht) dürfe man nicht brechen, sondern müsse sie weitergeben!

Verfasserin:
Dr. med. Svea Keller

Wenn Kröten schreiten

„Hund gut fürs Herz“, titelte „test“. „Ärzte wissen das schon lange – nun ist es evidenzbasiert. Das Blatt der Stiftung Warentest zitiert das Resultat einer Metaanalyse der American Heart Association: Mehrere Studien bestätigen die Wirkung des treuen Vierbeiners als Blutdrucksenker. Und der präventive Effekt ist nicht alles. Sogar manifest Herz-Kreislauf-Kranke sollen vom Haushund so profitieren, dass ihre Lebenserwartung steigt.“

Na klar, mit Hund muss man regelmäßig raus und die Streicheleinheiten, die Bello braucht, mindern auch den Stress des Streichlers. Also positive psychische wie physische Effekte. Haben Sie schon mal einem Patienten einen Hund verordnet? Geht natürlich nicht immer, und geht nicht ganz ohne UAW ab. Denn auch die Hundelebenserwartung ist gestiegen, sodass immer mehr der geliebten Tiere ihren Krebs erleben – Kummer für Frauchen und Herrchen! Vielleicht wirken kleinere Tiere ebenfalls kardioprotektiv? Zum Beispiel Kröten. Solche Gartentiere kosten kein Futter, keine Hundesteuer, keinen Tierarzt und die Entdeckung ihrer Langsamkeit wirkt sicher beruhigend. Nur mit den Streicheleinheiten hätte man wohl seine Schwierigkeiten. Dafür wachsen sie einem auch nicht schmerzlich ans Herz.

Bei uns saß kürzlich eine ganz besonders dicke Erdkröte in einem feuchten Winkel am Fuße der äußeren Kellertreppe. „Die hat ja zwei Köpfe“, rief die herbeigeholte Nachbarin. Falsch – es saßen zwei Kröten aufeinander, eine kleine auf der dicken. Also eine Krötenhochzeit. Aber als die Doppelkröte am nächsten Tag am selben Ort noch immer so reglos saß und am übernächsten auch, fragten wir uns besorgt: Sind die etwa tot oder gibt's so was von hochzeitlicher Nachhaltigkeit?

Der moderne Mensch sucht die Antwort im Internet. Eher Altmodische sagen sich

bei zoologischen Problemen: Schlag nach bei Brehm! „Ist amüsanter“, meint die Nachbarin, „bei dem ‚schreiten‘ doch alle Tiere zur Fortpflanzung.“ Also die alten, vergilbten sechs Bände von Brehms Tierleben aus dem Regal geholt. Band 6: „Kriechtiere, Lurche, Fische“. Bei den Kröten wettet Papa Brehm erstmal dagegen, dass „die harmlosen, unschuldigen und nützlichen Tiere so verleumdet“ und völlig zu Unrecht verfolgt würden.



Foto: Stefanie Sören-Decker, pixello.de

Nachhaltige Hochzeit

Die Kröte „verzehrt eine unglaubliche Menge Ungeziefer“, besonders gern Nacktschnecken. Da lacht das Gärtnerherz.

Und nun kommt's: „Sofort nach dem Verlassen der Winterherberge schreitet sie zur Paarung, wobei sie mit jedem, auch dem kleinsten Gewässer vorliebnimmt...“ – worauf wir unserem auf dem Trocknen sitzenden Dauerhochzeitspaar eine alte, stiellose Bratpfanne voll „kleinstem Gewässer“ vor die Kellertür stellten.

Ein paar Tage später waren die Kröten weg und ein Knäuel Eierschnüre schwamm in der Pfanne. Was tun damit? Wir wollten unsere Gärten gern mit ein paar jungen Kröten versorgen, wegen der vielen gefräßigen Schnecken nach dem milden Winter. („Biologische Schädlingsbekämpfung.“) Aber die kleine Bratpfanne als Kinderzimmer? Zumutung! „Fragen Sie doch Ihren Hausarzt“, riet die Nachbarin.

Gute Idee, denn er wohnt ein paar Häuser weiter und hat einen kleinen Teich im Garten. Aber er wehrt ab: „Der ganze Teich ist voller Kröteneier. Ich habe schon Schnüre verschenkt und viele in den See getragen.“ Das machten wir dann auch. Aber wie imitiert man da die Kröten? Die wickeln nämlich laut Brehm die Eierschnüre um Wasserpflanzen – wahrscheinlich, damit sie nicht oben schwimmen und leichter von den Enten gefressen werden? Unsere Krötenschnüre in der Pfanne hatten sich aber schon weitgehend zerteilt. Also den Glibber mit Gummihandschuhen in ein Eimerchen umgefüllt und in den See gekippt, mit ein paar Kiefernzweigen zum Schutz obendrauf.

Leider waren ja unsere Gartentiere keine Geburtshelferkröten. Die hätten kein menschliches Eingreifen gebraucht. Bei denen nämlich entbindet der „treue Vater“ (Brehm) die werdende Mutter mit den hinteren Zehen von den Eierschnüren, befruchtet sie und wickelt sie sich in 8-förmigen Schlingen um die Schenkel. Dann vergräbt er sich zwecks ungestörter Kindesentwicklung erst in die Erde und schüttelt die Schnüre ungefähr am elften Tag im Wasser zappelnd ab, wo die kleinen Kaulquappen schnell schlüpfen.

Welch faire Arbeitsteilung zwischen Vater und Mutter!

R. Stein

BERLINER  ÄRZTE
5/2014 51. 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 Pötter (Redaktionsassistentin)
Redaktionsbeirat:
Dr. med. Svea Keller
Univ. Prof. Dr. Harald Mau
Dr. med. Bernd Müller
Dr. med. Gabriela Stempor
Julian Veelken
Dr. med. Thomas Werner
Dr. med. Elmar Wille
Anschrift der Redaktion:
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-4100/-4101, FAX -4199
Titelgestaltung Sehstern

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 Universitäts-
druckerei 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 € 82,50 inkl. Versandkosten, Patenschaftsabo Berlin-Brandenburg € 55,60 inkl. Versandkosten, im Ausland € 82,50 (zzgl. Porto). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 5,65 zzgl. € 2,50 Versandkosten.

Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste 2014 vom 01.01.2014.

ISSN: 0939-5784