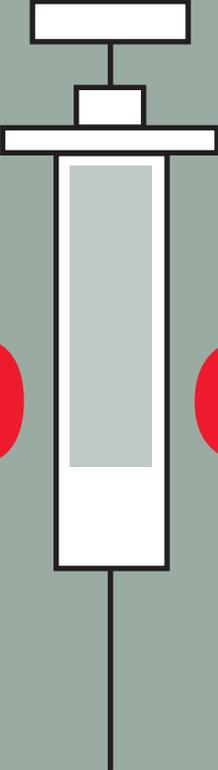


# BERLINER ÄRZTE

11 / 2015 52. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin



# Leb ende

STERBEHILFE UND  
SUIZIDBEIHILFE:  
DAS SCHWIERIGE  
LEBENSENDE

# Krankenhausplan 2016

**Mehr Qualität und mehr Betten – ...und doch schon überholt?**

Über 20.000 Betten, etwa die Hälfte der Kapazität von 1990 sind bis heute in Berlin abgebaut worden. Nun deutet sich eine Trendwende an. Nach vier Jahren Planung soll der Krankenhausplan 2016 demnächst vom Senat verabschiedet werden und bis 2020 gelten. Nicht nur welche Leistungen angeboten, sondern in welcher Qualität sie für die Patienten erbracht werden können, soll für die Zulassung zur stationären „Plan“-Versorgung mitentscheidend sein. Angesichts des medizinischen Fortschritts und den gesellschaftlichen Anforderungen an eine patientenorientierte, qualitativ hochwertige medizinische Versorgung eine begrüßenswerte und logische Trendwende. 1.324 Krankenhausbetten mehr als noch 2010 und zahlreiche Qualitätskriterien sieht der neue Plan vor. Die Ärztekammer Berlin unterstützt den Qualitätsansatz dabei ausdrücklich und hat sich mit zahlreichen Vorschlägen intensiv am Planungsprozess beteiligt. Beispielhaft dafür ist die Einführung der Zusatzbezeichnung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ die zur Verbesserung der Versorgung in den Rettungsstellen führen soll und mit der Berlin auch bundesweit Maßstäbe setzt. Berlin hat gemeinsam mit Baden-Württemberg die geringste Betten-dichte und zusammen mit dem Saarland und Hamburg die höchste Auslastung (83 Prozent) im Bund.

Und die Stadt wächst rasant. Der Krankenhausplan stützt sich auf die obere Variante der Bevölkerungsprognose von 2011, die von einem Zuwachs von 173.000 Einwohnern zwischen 2013 und

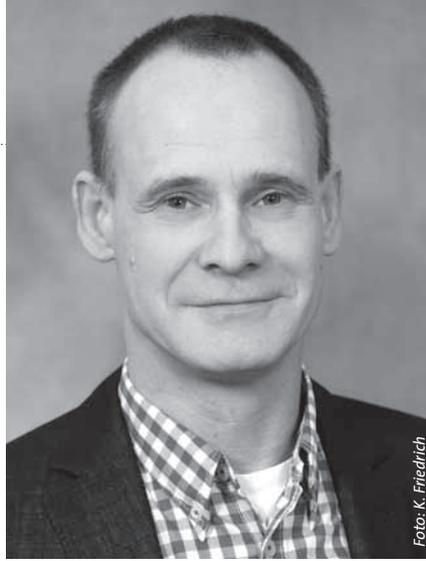


Foto: K. Friedrich

**Dr. med. Thomas Werner**

*MBA (Chirurg) ist Mitglied des Vorstandes und Vorsitzender des Krankenhausausschusses der Ärztekammer Berlin.*

2020 ausgeht. Sollte Berlin jedoch, wie jüngst prognostiziert um jährlich bis zu 80.000 Einwohner wachsen, wird es schnell noch enger werden in den Kliniken und Rettungsstellen. Eine rasche Nachsteuerung der Kapazitäten – rechnerisch würden bei gleicher Auslastung ca. 470 Betten pro Jahr mehr benötigt – scheint unvermeidbar. Nach welchen Kriterien die Verteilung über das Berliner Stadtgebiet vorgenommen wurde, erschließt sich bei genauerem Hinsehen jedoch nicht immer. Warum vor diesem Hintergrund und den definierten Versorgungszielen einer qualitätsgerechten Sicherstellung der Unfall- und Notfallversorgung, als auch der wohnortnahen Basisversorgung, weiterhin z. B. an der Schließung eines Standortes des Vivantes Konzerns incl. Rettungsstelle und MVZ im Prenzlauer Berg, der zur am stärksten wachsenden und somatisch unterversorgten Versorgungsregion Nord-Ost gehört, festgehalten wird, ist angesichts der aktuellen Prognosen und der eigenen Zielsetzung des Senats nicht nachvollziehbar.

An anderer Stelle wie der spezialisierten Krankenhausversorgung, sind Konzentrationsprozesse durchaus sinnvoll. Dort, wo evidenzbasiert Verbesserungen in der Ergebnisqualität erreichbar sind oder G-BA Beschlüsse mit höchsten Struktur-anforderungen, wie sie im Bereich der

Herzmedizin definiert sind, umgesetzt werden müssen, ist eine weitere Konzentration dringend geboten und erforderlich. Vor dem Hintergrund aktueller Studien zum Gefährdungspotenzial für Patienten, als auch den Arbeitsbedingungen der in den Krankenhäusern tätigen Ärzte und Pflegekräfte, wäre die Definition einer adäquaten Personalausstattung beider Berufsgruppen zu begrüßen. Grundsätzlich sollte darüber hinaus die Anwendung von Vorsorgesystemen zur Vermeidung von Unterbesetzung und Überlastungssituationen implementiert werden. – Und wie soll das alles bezahlt werden? Zu Recht bemängeln die Klinikträger eine unzureichende Investitionsfinanzierung durch die Länder, die sie weiterhin zwingt, Mittel aus den Betriebskosten abzuzweigen um die Krankenhäuser am Netz und die Versorgung aufrechtzuerhalten. Daran werden auch die aufgestockten Landesmittel grundsätzlich nichts ändern. Aktuelle Bemühungen einschließlich des Entwurfes zum Krankenhausstrukturgesetz sind daher kaum mehr als Ansätze zu einer fortgesetzten „intelligenten Fehlfinanzierung“, die allenfalls zur Verschlimmbesserung führen. Die Ursachen hingegen, welche im geltenden DRG-System zu suchen sind, werden nicht beseitigt. Eine grundlegende Reform, u. a. mit einer vollständigen Refinanzierung der entstehenden Personal- und Personalentwicklungskosten wird unumgänglich sein, wenn die richtigen Ansätze des notwendigen Systemwechsels hin zu einer qualitätsorientierten Planung nicht mangels Finanzierbarkeit ins Leere laufen sollen.

Ihr Thomas Werner

# CIRS Berlin: Der aktuelle Fall

Denn sie wissen nicht, was sie tun....



NETZWERK CIRS BERLIN

## Was ist das Netzwerk CIRS-Berlin?

Das Netzwerk CIRS-Berlin ([www.cirs-berlin.de](http://www.cirs-berlin.de)) ist ein regionales, einrichtungsübergreifendes Fehlerberichts- und Lernsystem. Hier arbeiten derzeit 25 Berliner Krankenhäuser gemeinsam mit der Ärztekammer Berlin (ÄKB) und dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) daran, die Sicherheit ihrer Patienten weiter zu verbessern. Dazu betreiben die Kliniken nicht nur intern ein Fehlerberichts- und Lernsystem, sondern berichten aus ihrem internen in das regionale CIRS (Critical Incident Reporting System):

In anonymisierter Form werden im Netzwerk CIRS-Berlin Berichte über kritische Ereignisse und Beinahe-Schäden gesammelt. Ziel ist es, das gemeinsame Lernen aus Fehlern zu fördern und beim Lernen nicht an Klinikgrenzen halt zu machen.

## Eine Ärztin, ein Arzt berichtet ein erstmaliges Ereignis aus der Anästhesiologie:

Übliche Narkoseeinleitung intravenös + Larynxmaske. Anschließend Aufrechterhaltung mit Propofol-Infusion über Spritzenpumpe. Anschließend erhält der Patient einen Schmerz Katheter. Dabei fällt auf, dass der Patient die Augen öffnet und die Larynxmaske ausspuckt. Sofortige i. v. Injektionen zur Vertiefung der Narkose, Re-Platzierung der Larynxmaske, zusätzlich inhalativ Sevofluran über die Beatmung und Überprüfung des i. v. Zuganges. Neuanlage des i. v. Zuganges, obwohl es keine Hinweise auf paravenöse Injektion gibt. Im angeschlossenen EEG imponieren zu hohe Werte als Zeichen von Wachheit. Das ändert sich langsam mit der inhalativen Vertiefung der Narkose. Eine Inspektion der Spritzenpumpe zeigt, dass der hintere Bügel hinter dem Spritzenstempel schließt, ohne allerdings den Spritzenstempel richtig zu fassen. Somit fördert die Pumpe nicht! Das müsste eigentlich einen Alarm auslösen, was aber nicht der Fall ist. Das Display der Pumpenspritze suggeriert eine korrekte Förderung. Der hinzugezogene Medizintechniker stellt eine gebrochene Feder als Ursache fest, die gleichzeitig den Alarm unterläuft, da für die Pumpenelektronik scheinbar alles korrekt ist. Ursachen liegen in der beschriebenen Fehlerkette. Quantitativ und qualitativ ausreichendes Personal ist in einem so sensiblen medizinischen Bereich unabdingbar. Der technische Mangel wird der Firma mitgeteilt,

um auch andere Anwender über diese Fehlermöglichkeit zu informieren.

## Kommentar und Hinweise des Haus-internen CIRS-Teams und des Anwender-Forums des Netzwerk CIRS-Berlin:

Der Bericht schildert einen Geräte-Bedienungsfehler (Perfusorspritze nicht korrekt eingespannt) und einen Gerätefehler (die gebrochene Feder im Perfusorgerät, die verhindert, dass der Bedienungsfehler vom Gerät erkannt wird). Möglicherweise wird der Bedienungsfehler dadurch verursacht, dass die (Leasing-)Pflegekraft mit dem Gerät nicht vertraut ist, möglicherweise wird der Gerätefehler daher auch erst spät bemerkt.

Im pflegerischen und zunehmend mehr auch im ärztlichen Bereich arbeiten viele Krankenhäuser mit zeitlich befristet beschäftigten Mitarbeitern (Leasingkräfte, Honorarärzte). Dabei müssen die Krankenhausleitungen sicherstellen, dass diese Mitarbeiter über die für ihre Aufgaben erforderliche Qualifikation und Erfahrung verfügen. Dazu gehören in manchen Bereichen (z. B. Anästhesie, Intensivmedizin) auch die Kompetenzen, medizinische Geräte zu bedienen.

Allerdings ist es von den Kollegen vor Ort zu viel verlangt und für einen störungsfreien Ablauf auch zu spät, wenn erst zu Dienstbeginn geklärt wird, über welche Kompetenzen die Zeitarbeitskraft verfügt. Nach der Medizinprodukte-Betreiber-

ordnung (§ 5 Betreiben und Anwenden) muss die Einweisung in die Anwendung von „aktiven Medizinprodukten“ belegt werden (z. B. in den sogenannten Gerätepässen). Allerdings liegen diese für die Mitarbeiter oft nicht vor.

Ausführliche Vorab-Informationen seitens der Leasingfirmen über die Kompetenzen und Qualifikationen der vermittelten Personalkräfte stehen häufig nicht zur Verfügung. Den Krankenhäusern bleibt oft nur, die Vermittlung von Personalkräften, mit denen sie unbefriedigende Erfahrungen gemacht haben, zukünftig zu vermeiden.

## Wichtige Empfehlungen aus diesem Ereignis:

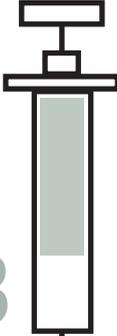
- In manchen Krankenhäusern werden den Zeitarbeitskräften **Listen mit den im Haus eingesetzten Geräten** (oder auch bestimmte Verfahren) vorgelegt, um vorab zu klären, welche Geräte sie kompetent bedienen können. Auch die festangestellten Mitarbeiter sollten über die Gerätequalifikationen der Leasingkräfte informiert sein, damit sie wissen, welche Kenntnisse sie bei den Leasingkräften voraussetzen dürfen.
- Andere Häuser nutzen einen **Pool von Mitarbeitern**, die bei Personalmangel eingesetzt werden können. Dies sind oft Teilzeitkräfte.
- So oder so: Der zuständige Arzt sollte sich **vor Arbeitsaufnahme am Patienten von der Qualifikation des Pool- oder Leasingmitarbeiters überzeugen** und muss im Bedarfsfall Tätigkeiten, die der betreffende Mitarbeiter nicht ausführen kann oder darf (bspw. mangels Unterweisung), selbst durchführen oder anderen Mitarbeitern übertragen.

Diesen Fall können Sie auch unter der Nr. 124091 unter [www.cirs-berlin.de](http://www.cirs-berlin.de) nachlesen.

Kontakt: Dr. med. Barbara Hoffmann, MPH  
[b.hoffmann@aekb.de](mailto:b.hoffmann@aekb.de), Abteilung Fortbildung/  
 Qualitätssicherung Ärztekammer Berlin



TITELTHEMA

**LEB**  **Das schwierige ENDE**

**Sterbehilfe und Suizidbeihilfe: Vier Gesetzentwürfe im Deutschen Bundestag und eine Ad-Hoc-Empfehlung des Deutschen Ethikrates – eine Synopse.**

Von Michael Janßen und Jochen Fink.....Seite 14

EDITORIAL.....

**Krankenhausplan 2016**  
Mehr Qualität und mehr Betten –  
...und doch schon überholt?  
Von Thomas Werner.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*.....6

BUNDESINSTITUTE.....

**Aktueller Jahresbericht des epidemiologischen Krebsregisters erscheint in Kürze**  
Informationen des Gemeinsamen Krebsregisters.....11

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

**Flüchtlinge: Sechs Forderungen der DV an den Senat**.....18

**Haftungssituation bei der ehrenamtlichen ärztlichen Behandlung von Flüchtlingen**  
Von Martina Jaklin.....19

**Flüchtlinge: Delegierte diskutieren intensiv über medizinische Versorgung**  
Bericht von der Delegiertenversammlung am 23. September 2015  
Von Sascha Rudat.....20

**Ärzteversorgung: Renten und Anwartschaften steigen – Altersteilrente beschlossen**  
Bericht von der Sitzung der Vertreterversammlung der Berliner Ärzteversorgung am 01. Oktober 2015  
Von Sascha Rudat.....25

**Kinderärzte begrüßen vier neue Kinderschutzambulanzen an Berliner Kliniken**  
Von Angela Misslbeck.....28

**Ärztliche Suizidbeihilfe zwischen Strafbarkeit und Straffreiheit**  
Von Martina Jaklin.....32

FORTBILDUNG.....

**CIRS – Der aktuelle Fall**..... 4  
**Sicherer verordnen**.....10  
**Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin**.....22

FEUILLETON.....

**Die Anfänge**  
Von Malgorzata J.M. Nowaczyk.....30  
**Was sonst noch passierte**  
Von Harald Mau .....32

## Klassikvergnügen

### Hochkarätige Stars gemeinsam für einen guten Zweck

Ein ganz besonderes Klassikvergnügen verspricht das Benefizkonzert der Stiftung Gute-Tat am 16. Dezember ab 20 Uhr im Kammermusiksaal der Philharmonie. Nach der Eröffnung durch den Staats- und Domchor Berlin erwartet die Gäste u.a. Musik von Bach, Händel, Mozart, Rodrigo und Brahms. Präsentiert werden diese vom Pianisten Martin Stadtfeld, der Sopranistin Simone Kermes, dem Gitarristen Miloš Karadaglić, dem Bratscher Nils Mönkemeyer und dem Pianisten William Youn. Begleitet werden sie vom Barockorchester La Folia unter der Leitung von Robin Peter Müller. Durch den Abend führt Holger Wemhoff.

Mit dem Kauf einer Karte unterstützen die Gäste die Stiftung Gute-Tat, deren Mitglieder sich für über 500 Projekte in Berlin einsetzen, die ehrenamtliche Hilfe benötigen. Karten kosten zwischen 20 und 45 Euro (zzgl. Gebühren) und sind telefonisch unter Tel.: 018 06-999 00 00, im Internet unter: [www.ticketmaster.de](http://www.ticketmaster.de) (-> Suchen -> „Benefizkonzert“ eingeben) sowie an allen bekannten Vorverkaufsstellen erhältlich. Mehr über die Aktivitäten der Stiftung erfahren Interessierte unter: [www.gute-tat.de](http://www.gute-tat.de)



Foto: Gregor Hohenberg

Die Sopranistin Simone Kermes und ihre Kollegen werden einige ihrer persönlichen Lieblingsstücke präsentieren.

### Chefarztwechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



#### Charité – Universitätsmedizin Berlin

Zum 1. Oktober 2015 hat Prof. Dr. Volkmar Falk, Charité-Professor für Kardiochirurgie und Ärztlicher Direktor sowie Direktor der Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie am DHZB, die Leitung der Klinik für Kardiovaskuläre Chirurgie am Campus Charité Mitte angetreten. In seiner Doppelfunktion verantwortet Volkmar Falk nun die Herzchirurgie beider Institutionen und setzt auch die bewährte Kooperation mit der Klinik für Kardiologie am Campus Charité Mitte fort. Sein Vorgänger, Prof. Dr. Wolfgang Konertz, war 1993 als Klinikdirektor an die Charité gekommen und wurde nun in den Ruhestand verabschiedet.

Ebenfalls zum 1. Oktober 2015 hat Prof. Dr. Thomas Liebig die Leitung des Instituts für Neuroradiologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin sowie die Professur für Neuroradiologie übernommen. Der gebürtige Bremer absolvierte zunächst ein Studium der Humanmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover mit Auslandsaufenthalten an der University of Florida und der Harvard Medical School. Nach einer fünfjährigen wissenschaftlichen Mitarbeit in den Kliniken für Radiologie und Neurochirurgie der Charité legte er im Jahr 2000 seine Facharztprüfung in der diagnostischen Radiologie ab. Bis vor kurzem leitete Thomas Liebig die Neuroradiologie am Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie der Uniklinik Köln und kehrt nun an die Charité zurück.

#### DRK Kliniken Berlin | Westend

Das Diabeteszentrum für Kinder und Jugendliche an den DRK Kliniken Berlin | Westend hat eine neue Leitung. Seit dem 1.10.2015 steht Dr. med. Silvia Müther an der Spitze des Spezialzentrums. Sie übernimmt das Zentrum von Prof. Dr. Walter Burger, der in den Ruhestand gewechselt ist. Silvia Müther ist Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin sowie von der Fachgesellschaft DDG (Deutsche Diabetes Gesellschaft) und der Berliner Ärztekammer anerkannte Diabetologin. Seit 2007 ist sie an den DRK Kliniken Berlin | Westend tätig, zunächst im Deutschen KinderUrologieZentrum Berlin (DKUZB), dann im Diabeteszentrum. Zudem ist sie Projektmanagerin des Berliner TransitionsProgramms, das jungen chronisch kranken Patienten beim Übergang in die Erwachsenenmedizin helfen und eine kontinuierliche medizinische Betreuung erleichtern soll.

Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Chefarztpositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause.  
Tel.: 030 / 408 06-41 00/-41 01, Fax: -41 99,  
E-Mail: [m.braun@aekb.de](mailto:m.braun@aekb.de) oder [s.rudat@aekb.de](mailto:s.rudat@aekb.de)

## Gemeinsam klug entscheiden



Foto: Sascha Rudat

Unter dem Motto „Gemeinsam Klug Entscheiden“ (GKE) hat die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) eine neue Initiative gestartet. Nach dem Vorbild der internationalen Initiative „Choosing Wisely“ möchte sie evidenzbasierte, fachübergreifende und mit Patientenvertretern abgestimmte Empfehlungen zu wichtigen Gesundheitsfragen in die öffentliche Diskussion bringen. Die AWMF hat im Frühjahr eine ad hoc Kommission eingesetzt, die jetzt das methodische Vorgehen entwickeln und testen soll.

„Ärzte sollen Gewohntes hinterfragen, das vielleicht nicht immer das Beste für den jeweiligen Patienten ist“, erklärte Rolf Kreienberg, Präsident der AWMF im Vorfeld des Berliner Forums der AWMF, das am 15. Oktober in Ber-

lin stattfand. Zur Kunst des Tuns oder Lassens gehörten zudem immer das persönliche Gespräch und die gemeinsame Entscheidung von Arzt und Patient.

Der Präsident der Ärztekammer Berlin, Günther Jonitz, wies auf die zunehmende marktwirtschaftliche Orientierung des Gesundheitssystems hin. Ärzte würden sich immer mehr genötigt sehen, primär wirtschaftlich zu handeln. Belohnt werde der Arzt, der viel unternimmt, und nicht derjenige, der sich seinem Patienten in einem längeren Gespräch widmet. Man brauche jetzt jedoch „mehr Arzt und weniger Medizin“. Hinter „Gemeinsam klug entscheiden“ stehe nicht die Prämisse, Kosten zu sparen, sondern eine wertorientierte Medizin, die sich danach richtet, was dem Patienten wirklich etwas bringt, betonte Jonitz.

## BfArM warnt vor Silimed-Implantaten

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) wurde gemeinsam mit anderen europäischen Behörden für Medizinprodukte darüber informiert, dass das CE-Zertifikat (EG-Bescheinigung) für alle Medizinprodukte des Herstellers Silimed ausgesetzt wurde. Die benannte Stelle TÜV Süd hat kürzlich eine Inspektion der Produktionsstätte in Brasilien durchgeführt und festgestellt, dass die Oberfläche einiger Produkte mit Partikeln verunreinigt war.

Die folgenden Produkte sind von der Aussetzung der EG-Bescheinigung betroffen:

- Silikon-Implantate für die plastische Chirurgie: „Mammary implants, Pectoral implants, Gluteal Implants, Calf Implants, Implants for Hand Surgery, Tissue Expanders, Facial Implants, Nostril Retainers, Suspension Sheet for Mammoplasty“
- Silikon-Implantate für die bariatrische Chirurgie: „Gastric Balloons, Gastric Bands“
- Silikon-Implantate für die Urologie: „Testicular Implants, Penile Implants, Vesical Conformers, Periurethral Constrictors, Tubes for Hypospadias, Vaginal Stents“
- Silikon-Implantate für die allgemeine Chirurgie: „Silicone Blocks and Sheets“
- Invasive Produkte aus Silikon: „Sizers for Silicone Implants“

Das BfArM empfiehlt daher, diese Produkte bis auf Weiteres nicht zu implantieren. Bislang liegt der Behörde eine Vorkommnis-Meldung zu Produkten des Herstellers Silimed vor, diese enthält jedoch keine Hinweise, dass sie auf eine partikuläre Verunreinigung zurückzuführen ist. Das BfArM arbeitet bei den aktuellen Untersuchungen eng mit den europäischen Partnerbehörden zusammen und informiert über neue Erkenntnisse auf seiner Webseite unter: [www.bfarm.de](http://www.bfarm.de)

Jubiläumsveranstaltung

## Einladung zu 15 Jahre S.I.G.N.A.L.-Intervention und 5 Jahre Koordinierungs- und Interventionsstelle

Im Rahmen einer Jubiläumsveranstaltung wollen die Mitglieder des S.I.G.N.A.L. e.V. am 20. November 2015 den Blick auf bereits erreichte Ziele sowie auf weitere Perspektiven richten. Dr. Claudia Garcia-Moreno wird als Vertreterin der Weltgesundheitsorganisation (WHO, Abteilung „Reproduktive Gesundheit und Forschung“) einen Fachvortrag über neue Erkenntnisse zu Gesundheitsfolgen, zu evidenzbasierten Versorgungsstandards und zu richtungsweisenden Ansätzen in der Umsetzung der WHO Leitlinien „Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller



Gewalt gegen Frauen“ halten. Zudem besteht die Möglichkeit, sich mit Vertreterinnen und Vertretern aus der Versorgungspraxis, aus der Wissenschaft und aus dem (Frauen-) Unterstützungsbe- reich auszutauschen: Wie können die WHO Leitlinien in der Versor-

gungspraxis umgesetzt werden? Welche strukturellen und konzeptionellen Entwicklungen stehen für die nächsten Jahre an?

Das S.I.G.N.A.L. – Interventionsprogramm startete vor 15 Jahren als Modellprojekt in der Rettungsstelle eines Berliner Klinikums (heute: Charité Campus Benjamin Franklin) und verdeutlichte, welche zentrale Rolle die Gesundheitsversorgung für die Intervention und Prävention bei häuslicher Gewalt einnehmen kann, um gewaltbetroffene Frauen gezielt zu unterstützen. Seit der Eröffnung der Koordinierungs- und Interventi-

onsstelle des S.I.G.N.A.L. e.V. vor fünf Jahren konnte die Thematik häusliche und sexualisierte Gewalt innerhalb der Gesundheitsversorgung in Berlin weiter verankert und zunehmend in die Aus-, Fort- und Weiterbildung für Gesundheitsberufe integriert werden. Interessierte sind herzlich zur Jubiläumsveranstaltung am 20. November 2015 eingeladen. Die Veranstaltung findet in der Zeit von 9.30 bis 16 Uhr im Rathaus Charlottenburg (Festsaal) statt und das Programm gibt es im Internet unter [www.signal-intervention.de](http://www.signal-intervention.de)

[Internetangebot](#)

## Stellenbörse für Ärzte und Medizinstudenten



Unter [www.praktischArzt.de](http://www.praktischArzt.de) finden Interessierte eine Stellenbörse für Ärzte und Medizinstudenten, die sich neben klassischen Stellenangeboten auch durch einen abwechslungsreichen Blog und ein Informationsportal, mit dem vor allem Jungmediziner bei ihrem Werdegang

in den Klinikalltag unterstützt werden sollen, auszeichnet. Das Angebot ist nicht nur für Bewerber, sondern auch für Arbeitgeber in den Bereichen Famulatur und PJ kostenfrei. So sollen vor allem auch kleinere Häuser, Praxen und der Mediziner Nachwuchs erreicht werden.

## Patienteninformation

### Doose-Syndrom – eine seltene Form der kindlichen Epilepsie

Verständlich und kompakt auf zwei Seiten informiert die neu erschienene Kurzinformation zum „Doose-Syndrom“ über Krankheitszeichen und Behandlungsmöglichkeiten dieser seltenen Erkrankung. Zudem finden Eltern hier wichtige Fakten und praktische Tipps zum besseren Umgang mit der Krankheit.

Das Doose-Syndrom ist eine seltene Form der Epilepsie im Kindesalter – ungefähr 1 von 10.000 Kindern ist betroffen. Kennzeichnend für das Doose-Syndrom ist, dass verschiedene Anfallsformen auftreten. Die Muskeln können komplett verkrampfen oder schlagartig erschlaffen. Die Erkrankung beginnt meist im Alter von 1 bis 5 Jahren. In der Regel sind die Kinder zu Beginn der Krankheit körperlich und geistig altersgerecht entwickelt. Der Krankheitsverlauf ist von Kind zu Kind verschieden. Bei vielen Kindern „verwächst“ sich die Krankheit nach mehreren Jahren. Bei anderen treten Anfälle trotz

Behandlung weiterhin auf und die geistige Entwicklung des Kindes wird beeinträchtigt.

Als Behandlungsmöglichkeiten kommen Medikamente, Hormone und ketogene Diät infrage. Da jedes Kind unterschiedlich auf die Behandlung reagiert, sollte diese persönlich auf das betroffene Kind zugeschnitten sein.

Interessierte können die Kurzinformation kostenfrei im Internet unter: [www.patienten-information.de](http://www.patienten-information.de) -> Kurzinformationen -> Kurzinformationen für Patienten zu seltenen Erkrankungen -> Doose-Syndrom herunterladen.

Die Reihe „Kurzinformationen für Patienten“ wird im Auftrag der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) entwickelt. Ausgewählte Themen liegen zusätzlich zur deutschen Version auch in verschiedenen weiteren Sprachen vor.

## Synagogale Musik

### Musik der osteuropäischen „Chor Shul“



In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts erreichte die Musik von Sulzer und Lewandowski viele Kantoren in Osteuropa. Infolge dessen öffnete sich die osteuropäisch-jüdische Kultur zunehmend dem Westen. Es wurde ein neuer Stil geschaffen, in dem der

Chor auf westliche Art sang, während der Kantor freie und blumige Rezitative vortrug. Dieser neue Stil erfreute sich großer Popularität und bald entstanden „Chor Shul“ genannte Synagogen in vielen Orten Russlands, Polens, Litauens, Lettlands, Ungarns und Rumäniens.

Einige der herausragendsten Chor Shul Komponisten stehen im Mittelpunkt des fünften Louis Lewandowski Festivals, das vom 17. bis 20. Dezember in Berlin und Potsdam stattfindet.

Das detaillierte Programm sowie nähere Informationen zum Kartenverkauf finden Interessierte unter: [www.louis-lewandowski-festival.de](http://www.louis-lewandowski-festival.de)

STIKO

## Neue Impfeempfehlungen

Die Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) hat folgende Empfehlungen leicht geändert:

- Pneumokokken-Impfung:  
nur noch 3 Impfungen im Alter von 2, 4, und 11 – 14 Monaten nötig. Dies gilt jedoch nur für reif geborene Säuglinge. Für Frühgeborene gilt das alte Schema mit vier Impfungen.
- Gelbfieber-Impfung:  
Eine einmalige Impfung bietet lebenslang Schutz, keine Auffrischung notwendig.
- Meningokokken-B-Impfstoff:  
nur für immundefiziente Patienten nach Prüfung des Einzelfalles, keine generelle Impfung empfohlen.

Quelle: Pharm. Ztg. 2015; 160 (35): 33

*Postmenopausale Hormontherapie*

## Mehr Ovarialkarzinome

Trotz einer deutschen Leitlinie, nach der keine eindeutige Bewertung einer Assoziation einer postmenopausalen Hormontherapie und Ovarialkarzinom gemacht werden könne, ergab eine Metaanalyse aus 17 prospektiven Studien ein um 20 Prozent erhöhtes relatives Risiko eines Ovarialkarzinoms unter der Therapie. Bei Frauen unter einer Hormontherapie war das Risiko sogar um 41 Prozent höher.

Quelle: Ärzte Ztg. 8./9.05. 2015. S. 10

Generika

## Ruhen der Zulassung

Aufgrund gefälschter/manipulierter Bio-äquivalenzstudien der Firma GVK Biosciences in Indien hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte den betroffenen Zulassungsinhabern per Bescheid die Anordnung des Ruhens der Zulassung (seit dem 21. August 2015) mitgeteilt. Betroffen sind Alendronsäure-, Ciprofloxacin-, Escitalopram-, Irbesartan-, Leveticetam-, Pramiprexol-, Repaglinid-, Ropirinol-, Valsartan- und Venlafaxin-haltige Generika verschiedener Hersteller, darunter auch bekanntere wie Stadapharm, Heumann, betapharm, Basics.

Eine aktuelle Liste kann bezogen werden über [www.bfarm.de/gvk](http://www.bfarm.de/gvk), über Änderungen informiert das BfArM in derzeit nicht näher bekannten Abständen.

Grundsätzlich stellt sich bei der Vielzahl von Präparaten die Frage, ob hier Kontrollen versagten (oder gar nicht stattfanden). Sorgfältig prüfende Arzneimittelüberwachungsbehörden sind in Ländern der „Dritten Welt“ oder in den sogenannten Tigerstaaten „Mangelware“, sodass Herstellern aus Deutschland eine zusätzliche Überwachungspflicht obliegt. Auch wenn derzeit keine Hinweise auf Gesundheitsgefahren für Patienten vorliegen, sollten diese beim Arzt oder Apotheker nachfragen, ob sie in Besitz eines der Präparate sind. Ein Umtausch wäre anzuraten, auch wenn von der Behörde ein Rückruf auf Patientenebene nicht vorgesehen ist.

Fest steht, dass die entsprechenden Arzneimittel seit dem 21. August 2015 nicht mehr verkehrsfähig sind und nicht mehr abgegeben beziehungsweise verkauft werden dürfen

Quelle: Pharm. Ztg. 2015; 160 (35): 73-75

*Spironolacton*

## Bei therapieresistenter Hypertonie

In einer Studie mit 335 Patienten mit resistenter Hypertonie wurden der Alphablocker Doxazosin, der Betablocker Bisoprolol, Spironolacton und Placebo gegeneinander getestet. Im Zielbereich (unter 135 mmHg) lagen im Doxazosin-Arm 41,7 Prozent, im Bisoprolol-Arm 43,6 Prozent, im Placebo-Arm 24,4 Prozent und im Spironolacton-Arm 57,8 Prozent der Patienten. Unter sorgfältiger Überwachung der Nierenfunktion und der Kaliumwerte scheint der schon sehr lange bekannte Arzneistoff Spironolacton gerade bei problematischer Hypertonie noch sinnvoll zu sein.

Quelle: Ärzte Ztg. vom 2.9.15, S. 1

*Misoprostol*

## Off-Label-Use

Misoprostol (Cytotec®), ein synthetisches Prostaglandin, scheint off-label zur Verflüssigung des Schleimes des Cervix uteri eingesetzt zu werden, um das Legen einer Spirale zu erleichtern. Bei einer 28-jährigen Patientin traten 30 Minuten nach Einnahme einer Tablette schwere Bauchkrämpfe auf, die sich erst nach Gabe von 3 mg Midazolam lösten. Ein spezifisches Antidot von Misoprostol existiert nicht, sodass nur symptomorientierte Maßnahmen wie Spasmolytika oder Benzodiazepine eingesetzt werden können.

Quelle: Der Notarzt 2015; 4: 199 – 200

Ihr Ansprechpartner bei Rückfragen:

Dr. Günter Hopf,  
Ärztchammer Nordrhein  
Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf  
Telefon: 0211 / 43 02-22 72

## Aktueller Jahresbericht des epidemiologischen Krebsregisters erscheint in Kürze

Im Dezember veröffentlicht das Gemeinsame Krebsregister in seiner Schriftenreihe den Jahresbericht zum aktuellen Krebsgeschehen in den neuen Bundesländern und im Land Berlin. Darin wird über die Krebsinzidenz und -mortalität der einzelnen Länder in den Jahren 2009-2012 informiert. Detaillierte Informationen gibt es zu Krebs insgesamt und zu 25 Lokalisationen bzw. Lokalisationsgruppen.

In Berlin erkrankten im Berichtszeitraum durchschnittlich 8.425 Männer und 8.660 Frauen pro Jahr neu an Krebs (ohne sonstige Haut, C44). Das entspricht einer jährlichen altersstandardisierten Neuerkrankungsrate (nach Europastandardbevölkerung) von 384 pro 100.000 bei Männern und 333 pro 100.000 bei Frauen.

Bei Männern waren die häufigsten Krebsneuerkrankungen Lunge (18,5%), Prostata (18,4%) und Darm (12,4%). Frauen erkrankten am häufigsten an Brust- (31,1%), Lungen- (11,2%) und Darmkrebs (11,3%). Die drei häufigsten Lokalisationen machen jeweils rund die Hälfte aller Neuerkrankungen aus.

Der Trendverlauf über die vergangenen zehn Jahre zeigt für die drei häufigsten Lokalisationen der Männer leicht rückläufige Neuerkrankungsraten. Bei Frauen ist die Neuerkrankungsrate für Darmkrebs leicht fallend, während Brust- und Lungenkrebs



einen steigenden Trend zeigen. Der Trend kann durch die Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen und durch das Meldeverhalten der diagnostizierenden Ärzte beeinflusst sein.

Das Risiko einer Krebserkrankung nimmt mit dem Alter zu. In Berlin liegt das mediane Erkrankungsalter beider Geschlechter bei 69 Jahren. Im Alter von 70 Jahren und älter erkranken jedes Jahr 1,5% der Frauen und 2,2% der Männer neu an Krebs. Das schlägt sich auch in den Prävalenzzahlen der höheren Altersgruppen nieder. Bei den über 70-Jährigen leben etwa 10% der Männer und etwa 7% der Frauen mit einer in den vergangenen zehn Jahren diagnostizierten Krebserkrankung.

Jährlich sterben in Berlin rund 4.556 Männer und 4.164 Frauen an Krebs. Häufigste Todesursache ist dabei Lungenkrebs, der bei Männern 28% und bei Frauen 18% aller Krebstodesfälle ausmacht.

Der Bericht ermöglicht den Vergleich der Inzidenz und Mortalität unter den neuen Bundesländern und Berlin sowie zum Bundesdurchschnitt. Erkennbare regionale Un-

terschiede gibt es beispielsweise bei Lungenkrebs. Während in den neuen Bundesländern die Neuerkrankungsrate bei Frauen größtenteils unter dem Bundesdurchschnitt liegt, ist sie in Berlin weiterhin deutlich darüber. Bei beiden Geschlechtern ist zudem eine von Norden nach Süden abnehmende Lungenkrebsinzidenz erkennbar. Für Krebs insgesamt entspricht in den betrachteten Bundesländern die Neuerkrankungsrate bei Männern ungefähr dem Bundesdurchschnitt. Bei Frauen liegt sie leicht unter dem Bundesdurchschnitt.

Der Bericht kann nach Erscheinen über die Webseite des Gemeinsamen Krebsregisters ([www.krebsregister.berlin.de](http://www.krebsregister.berlin.de)) bestellt oder dort kostenfrei heruntergeladen werden. Dort stehen auch die 2014 erschienenen Länderberichte für Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen sowie aktuelle Bezirksdatenblätter zur Verfügung, in denen Erkrankungshäufigkeiten und deren Trends nach Bezirk ausgewertet wurden.

Ramona Scheufele  
Gemeinsames Krebsregister der Bundesländer Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen  
- Registerstelle -  
Brodauer Straße 16-22, 12621 Berlin  
[www.krebsregister.berlin.de](http://www.krebsregister.berlin.de)



ÄRZTEKAMMER  
BERLIN

Die Ärztekammer Berlin lädt zusammen mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft zum 4. Fortbildungskongress am 05. Dezember 2015 ein. Die schleichende Veränderung des Gesundheitswesens hin zur Gesundheitswirtschaft sowie die Überflutung mit wissenschaftlichen und pseudowissenschaftlichen Informationen ist einer der Auslöser dafür, dass dieser industrieunabhängige Fortbildungskongress 2012 ins Leben gerufen wurde.

Auch in diesem Jahr haben wir wieder ein Programm zusammengestellt, das sich den täglichen Herausforderungen im ärztlichen Berufsalltag widmet und den Teilnehmerinnen und Teilnehmern insbesondere in den sechs Workshops:

- Verschreibst du noch oder bist du schon unabhängig? – von industriellen Interessen in der ärztlichen Berufspraxis
- Hausärztlich relevante Antibiotikatherapie
- Werteorientierte Kommunikation – Der schwierige Patient, Kollege, Mitarbeiter... gibt es ihn!?
- Zweckmäßige Osteoporose-diagnostik und -therapie
- Neue orale Antikoagulanzen (NOAK)
- Fallbeispiele zu Nebenwirkungen und Medikationsfehlern aus dem Spontanmeldesystem

die Möglichkeit geben soll, in kleinen Gruppen und im engen Kontakt mit den Referenten Lösungen zu konkreten Fragen und Aufgabenstellungen aus der ärztlichen Praxis zu erarbeiten. Sie haben wieder die Gelegenheit, zwei der angebotenen Workshops zu besuchen.

## 4. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft



Des Weiteren werden in zwei Vorträgen die Themen „Die Therapie des Diabetes mellitus Typ 2 mit Kompromissen – Die Nationale Versorgungsleitlinie“ sowie von Cochrane Deutschland „*Wie glaubwürdig ist die Evidenz? – von verzerrter Publikation bis zur Fälschung*“ kritisch dargestellt.

**Ganztages-Workshop „Simulation vital bedrohlicher Notfälle in der ärztlichen Praxis“**

Parallel zum Kongressprogramm bietet die Ärztekammer Berlin in Kooperation mit dem Zentrum für Notfalltraining des Unfallkrankenhauses Berlin im Rahmen eines Pilotprojektes ein

simulationsgestütztes Notfall-Teamtraining an. Vier Praxis-teams, bestehend aus einer Ärztin/einem Arzt und bis zu drei Medizinischen Fachangestellten, erhalten die Möglichkeit, in interprofessionellen Teams an dem Simulationsworkshop teilzunehmen.

### Inhalt des Workshops

In der Praxis des niedergelassenen Arztes sind vital bedrohliche Notfälle selten. Tritt der Notfall jedoch ein, muss die Versorgung des Patienten unter Stress optimal ablaufen, um dem Patienten ein bestmögliches Überleben zu gestatten und ihm nicht zusätzlich Schaden zuzufügen.

Moderne Simulationstrainings erlauben, entsprechende Szenarien zu üben, ohne dass ein Patient zu Schaden kommt. Unter Anleitung von erfahrenen Klinikern mit einer speziellen Ausbildung zum Simulationsinstructor und mit Hilfe modernster Simulationstechnik werden die notfallmedizinischen Abläufe sowohl im Hinblick auf medizinische Inhalte als auch sogenannte „Human Factors“ wie Kommunikation und Teamführung hin analysiert. Über einen nachhaltigen Lerneffekt entsteht so mehr Sicherheit im Team beim Umgang mit Notfällen und die Patientensicherheit in der eigenen Praxis wird erhöht.

<b>Kongressleitung:</b>	Dr. med. Günther Jonitz, Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig, Dr. med. Matthias Brockstedt
<b>Termin:</b>	Samstag, 05. Dezember 2015, 9.20 – 16.30 Uhr
<b>Veranstaltungsort:</b>	Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16 in 10969 Berlin
<b>Teilnehmerentgelt:</b>	45,00 EUR für Mitglieder der Ärztekammer Berlin 65,00 EUR für Nichtmitglieder der Ärztekammer Berlin
<b>Fortbildungspunkte:</b>	10 Punkte
<b>Informationen zum Inhalt:</b>	Dr. med. Henning Schaefer Tel.: 030/408 06-12 00, E-Mail: <a href="mailto:fortbildungskongress@aekb.de">fortbildungskongress@aekb.de</a>
<b>Anmeldung:</b>	Andrea Hofmann, Tel.: 030/408 06-12 05, E-Mail: <a href="mailto:fortbildungskongress@aekb.de">fortbildungskongress@aekb.de</a> Die Teilnehmerzahl ist begrenzt.
<b>Programm/ Anmeldeformular:</b>	Siehe Homepage der Ärztekammer Berlin: <a href="http://www.aerztekammer-berlin.de">www.aerztekammer-berlin.de</a> => Ärzte => Fortbildung => Fortbildungskongress

Fortbildung II

### 3. Kursangebot: „Nicht-ärztliche/r Praxisassistent/in“



Gegenwärtig bietet die Ärztekammer Berlin zwei Kurse nach dem Curriculum „Nicht-ärztliche/r Praxisassistent/in“ der Bundesärztekammer an. Die Kurse haben im April bzw. Juni dieses Jahres begonnen und werden im Februar bzw. April des kommenden Jahres enden. Da es sich um geschlossene Kurse handelt, ist ein nachträglicher Einstieg leider nicht möglich.

Der Beginn des dritten Kurses, geplant für den 5. November 2015, wird sich aufgrund der zögerlichen Nachfrage verschieben; als erster Kurstag ist nunmehr der 7. Dezember 2015 vorgesehen. Der Kurs entspricht den Vorgaben der zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen getroffenen Delegationsvereinbarung und kann von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern noch innerhalb der bis zum 30. Juni 2016 gesetzten Übergangsfrist abgeschlossen werden.

Die Anmeldeunterlagen für das neue Kursangebot „NP 2015/03“ finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin unter [www.aerztekammer-berlin.de](http://www.aerztekammer-berlin.de). Anmeldeschluss ist der 16. November 2015.

Bitte beachten Sie: Die Ärztekammer Berlin behält sich vor, die Durchführung dieses Kurses von einer Mindestteilnehmerzahl abhängig zu machen. Sollte der Kurs mangels ausreichender Nachfrage nicht zu Stande kommen, wird ein weiterer Kurs, der noch vor Ablauf der Übergangsfrist beendet werden kann, aus Zeitgründen nicht mehr angeboten werden können. Weitere Informationen erhalten Sie unter der Telefonnummer 030/408 06-26 36.

Kongress

## DÄB beschließt aktive Hilfe bei der medizinischen Versorgung für Flüchtlinge – insbesondere für Frauen und Familien

Unter dem Motto „Wir mischen uns ein“ fand im September der 34. Kongress des Deutschen Ärztinnenbundes e.V. (DÄB) statt. Unter der Schirmherrschaft von Manuela Schwesig, Bundesministerin für Familie, Frauen und Jugend (BMFSFJ), wurden erneut aktuelle Themen aus der Berufs- und Gesundheitspolitik aufgegriffen, die eine nach Geschlecht differenzierende Medizin im Blick haben. Dazu zählten unter anderem Social Freezing, das Mammographie-Screening und die Quote im Gesundheitswesen.

Von besonderem Interesse für die Teilnehmerinnen waren zudem die Workshops, die sich mit Sprache, Kommunikation, Rhetorik und Präsentation beschäftigten sowie ein Deeskalationskurs, der sich mit

Präventionsmaßnahmen bei der zunehmenden Gewalt auch in Praxen auseinandersetzte.

„Der 34. Kongress ist seinem Motto vollständig gerecht geworden, hat aktuelle Themen und historische Bezüge verbunden.“ so Dr. med. Christiane Groß, M.A., Präsidentin des DÄB, im Rückblick. Zudem habe die im Rahmen des Kongresses stattfindende Mitgliederversammlung beschlossen, einen Pool von DÄB Ärztinnen einzurichten, die aktiv Hilfe bei der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen, insbesondere für Flüchtlingsfrauen und Familien leisten wollen. Dies sei für den DÄB ein Gebot der Stunde – ebenso wie die Forderung des DÄB an die Bundesregierung, eine verständliche, transparente Darstellung über die



Workshop Social Freezing - Graphic Recording: Antje Rieder, Diplom-Designerin

Auswirkungen des Transatlantischen Freihandelsabkommens (TTIP) auf das deutsche Gesundheitswesen und eine Offenlegung der Geschlechterperspektive bei allen TTIP-Verhandlungen

zur Verfügung zu stellen. Weiterhin wurden im Rahmen des Kongresses verschiedene Auszeichnungen, wie beispielsweise der Wissenschaftspreis des DÄB vergeben.



# Das schwierige Lebensende

**Sterbehilfe und Suizidbeihilfe:  
Vier Gesetzentwürfe im Deutschen Bundestag  
und eine Ad-Hoc-Empfehlung des  
Deutschen Ethikrates – eine Synopse**

Das Thema „Sterbehilfe“ hat in der öffentlichen und ärztlichen Wahrnehmung und Diskussion in den vergangenen Jahren zunehmende Beachtung gefunden. Dazu haben auch die Existenz von Sterbehilfeorganisationen in der Schweiz und die Zulassung aktiver Sterbehilfe in den Niederlanden, Belgien und Luxemburg beigetragen. Die politische und berufsrechtliche Diskussion ist für nicht täglich damit befasste Ärztinnen und Ärzte etwas unübersichtlich geworden; dieser Artikel soll Orientierung geben.

*Von Michael Janßen und Jochen Fink*

**B**isher gilt im Strafrecht folgende Rechtslage: Suizid wie auch die Beihilfe zum Suizid sind in Deutschland nicht strafbar. Die Beihilfe besteht in der Bereitstellung von Mitteln zur Selbsttötung; der Suizident beherrscht dabei den letzten Schritt. Dagegen ist aktive Sterbehilfe, die Tötung auf Verlangen, strafrechtlich verboten (StGB § 216).

2012 scheiterte ein Gesetzentwurf der damaligen Bundesjustizministerin Sabine Leutheuser-Schnarrenberger (FDP), ausschließlich gewerbsmäßige Suizidbeihilfe durch einen neuen § 217 StGB unter Strafe zu stellen.

Im vergangenen Jahr kündigte dann Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) an, erneut ein Gesetz zum Verbot der Beihilfe zum Suizid vorzulegen.

Passive Sterbehilfe (Sterbenlassen), d. h. die Unterlassung oder der Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen auf Verlangen des betroffenen Patienten oder einer dazu befugten Person (zum Beispiel künstliche Beatmung, parenterale Ernährung) ist für den behandelnden Arzt nach übereinstimmender juristischer Auffassung nicht nur straffrei möglich, sondern nach dem sogenannten Patientenverfügungsgesetz aus 2009 sogar verpflichtend, soweit dies dem Willen des Patienten entspricht. Straffrei bleibt auch die sogenannte indirekte Sterbehilfe, d. h. die Inkaufnahme einer möglichen Beschleunigung des Todes eintritts als unbeabsichtigte oder unvermeidbare Nebenwirkung einer Medikamentengabe, z. B. einer gezielten Schmerztherapie bei einem tödlich Kranken oder Sterbenden.

Das parlamentarische Verfahren startete am 13.11.2014 mit einer Orientierungsdebatte im Deutschen Bundestag, in der zunächst fünf Positionspapiere verschiedener Abgeordnetengruppen vorgestellt wurden.

In der Bundestagsdebatte am 2. Juli 2015 wurden dann vier Gesetzentwürfe mit prinzipiell unterschiedlichen ethischen und juristischen Überlegungen und Vorschlägen ins weitere parlamentarische Verfahren eingebracht, das in diesem Herbst abgeschlossen werden soll:

- 1 **Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung**
- 2 **Strafbarkeit darüber hinaus der Teilnahme (Anstiftung oder Beihilfe) an einer Selbsttötung**
- 3 **Organisierte und geschäftsmäßige Sterbehilfe unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt, nur gewerbsmäßige Hilfe zur Selbsttötung mit Strafe bedroht**
- 4 **Zivilrechtliche Regelung einer ärztlich begleiteten Lebensbeendigung, keine strafrechtliche Regelung**

Der Deutsche Ethikrat legte nach seiner Sitzung am 27.11.2014 eine ad-hoc-Empfehlung vor. Er lehnt mehrheitlich eine eigene gesetzliche Regelung der ärztlichen Suizidbeihilfe ab. Allerdings sollten die geschäftsmäßige Suizidbeihilfe sowie ausdrückliche Angebote dafür untersagt werden.

Die vier Gesetzentwürfe, bei denen es sich um fraktionsübergreifende Gruppenanträge handelt, und die Empfehlungen des Ethikrats im Einzelnen:

Der Gesetzentwurf der Abgeordneten Brand, Griese, Vogler, Terpe u. a. (1), dem sich bisher die größte Zahl von Abgeordneten angeschlossen hat, plädiert durch eine strafrechtliche Neuregelung und Ergänzung in § 217 StGB für ein Verbot von organisierten Formen der Förderung der Selbsttötung oder der Beihilfe zum Suizid im Sinne einer geschäftsmäßigen (nicht notwendig kommerziell orientierten, aber auf Wiederholung angelegten) Dienstleistung.

Auch die Werbung für solche Angebote soll strafbar sein. Unter bestimmten Voraussetzungen soll die Hilfe für Angehörige und nahestehende Personen aber ausdrücklich straffrei bleiben.

Explizites Ziel des Entwurfs ist es, „die Entwicklung der Beihilfe zum Suizid als Dienstleistungsangebot der gesundheitlichen Versorgung zu verhindern und einer gesellschaftlichen Normalisierung auch mit den Mitteln des Strafrechts entgegenzuwirken. Alte und/oder kranke Menschen könnten sich dadurch zu einem assistierten Suizid verleiten lassen oder gar gedrängt fühlen.“

Der Antrag der Abgeordneten Sensburg u. a. (2), der in der weitest gehenden Regelung jegliche Anstiftung oder Beihilfe zur Selbsttötung als eigenen Straftatbestand (§ 217 Teilnahme an einer Selbsttötung) definiert, orientiert sich an der Gesetzgebung anderer europäischer Länder, u. a. Österreich, England und Wales, Irland, Portugal, Spanien und Polen.

Künast, Sitte, Gehring u. a. (3) postulieren ein selbstbestimmtes Sterben für jeden Menschen, der seine Lebenssituation nicht mehr ertragen kann und wollen in ihrem „Entwurf eines Gesetzes über die Straffreiheit der Hilfe zur Selbsttötung“ organisierte oder geschäftsmäßige Beihilfe zum Freitod unter bestimmten Voraussetzungen (Beratungs- und Dokumentationspflicht) weiterhin straflos lassen; die Freiwilligkeit und Selbstbestimmtheit des Sterbewilligen wird betont. Eine solche Hilfe kann durch Ärzte, Mitarbeiter in einem Hospiz oder Krankenhaus, Sterbehelfer oder Mitglieder bzw. Angestellte von Sterbehilfeorganisationen geleistet werden. Ausschließlich gewerbsmäßige, kommerzielle Suizidbeihilfe und deren Förderung wird in diesem Antrag unter Strafandrohung verboten – mehr Fürsorge statt mehr Strafrecht sei geboten. Reimann, Hintze, Lauterbach u. a. (4)



Foto: fotolia.com/RobertKneschke

beabsichtigen die Straffreiheit eines ärztlich assistierten Suizids durch eine zivilrechtliche Neuregelung im Bürgerlichen Gesetzbuch, § 1921a BGB-E (Suizidhilfegesetz): „Ein volljähriger und einwilligungsfähiger Patient, dessen unheilbare Erkrankung unumkehrbar zum Tod führt, kann zur Abwendung eines krankheitsbedingten Leidens die Hilfestellung eines Arztes bei der selbst vollzogenen Beendigung seines Lebens in Anspruch nehmen.“

Eine solche Hilfestellung darf nur unter bestimmten Voraussetzungen erfolgen, wenn alternative palliative Behandlungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der Gesamtsituation des Patienten nicht mehr in Frage kommen:

- a) ernsthafter und endgültiger Wunsch des Patienten
- b) ärztliche Beratung über andere Behandlungsmöglichkeiten und über die Durchführung der Suizidassistenz hat stattgefunden
- c) Unumkehrbarkeit des Krankheitsverlaufs sowie die Wahrscheinlichkeit des Todes müssen medizinisch festgestellt sein

d) Patientenwunsch und Einwilligungsfähigkeit des Patienten müssen, wie die Voraussetzungen nach c), durch einen zweiten Arzt bestätigt werden (Vier-Augen-Prinzip).

Mit dem Begriff der „unheilbaren, unumkehrbar zum Tode führenden Erkrankung“ werde der Anwendungsbereich auf die Fälle von nicht mehr therapierbaren organischen und zugleich irreversibel tödlich verlaufenden Erkrankungen eingeschränkt; damit seien psychische Erkrankungen und auch unheilbare, aber nicht tödlich verlaufende Erkrankungen nicht erfasst. Der Gesetzentwurf zielt darauf, „Rechtssicherheit für Ärzte und Patienten herzustellen und die Selbstbestimmung von unheilbar kranken Patienten zu stärken“.

Als staatliche Rechtsnorm habe diese gesetzliche Neuregelung nach § 1921a BGB Vorrang vor dem, die Berufsausübung der Ärzte regelnden Kammerrecht.

Ein Verbot von Sterbehilfevereinen wird nicht explizit gefordert.

## Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung

Allen hier dargestellten Gesetzentwürfen wird im Sinne der Suizidprävention die Notwendigkeit einer Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung im ambulanten und stationären Bereich vorangestellt, zum Teil mit einer weiteren Gesetzgebungsinitiative (Deutscher Ethikrat).

Am 17.6.2015 ist vom Gesundheitsministerium ein Gesetzentwurf zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung im Bundestag eingebracht und beraten worden.

Der Deutsche Ethikrat hat seine ad hoc Empfehlung mit der Kernaussage veröffentlicht, das derzeit geltende Strafrecht nicht grundsätzlich zu ändern. Eine eigene gesetzliche Regelung einer Zulassung der Suizidbeihilfe, wie jetzt in (4) vorgesehen, wurde abgelehnt.

Allerdings wurde ein Verbot der geschäftsmäßigen Sterbehilfe mehrheitlich gefordert: *Suizidbeihilfe* sowie

*ausdrückliche Angebote dafür sollten untersagt werden, wenn sie auf Wiederholung angelegt sind, öffentlich erfolgen und damit den Anschein sozialer Normalität ihrer Praxis hervorrufen könnten und Anstrengungen zur Suizidprävention unterlaufen.*

Und an die Ärzteschaft und ihre Standsvertretungen richtete der Ethikrat die besondere Empfehlung, *dass die Ärztekammern einheitlich zum Ausdruck bringen sollten, dass ungeachtet des Grundsatzes, dass Beihilfe zum Suizid keine ärztliche Aufgabe ist, im Widerspruch dazu stehende Gewissensentscheidungen in einem vertrauensvollen Arzt-Patient-Verhältnis in Ausnahmesituationen respektiert werden.*

Und weitergehend war eine Mehrheit des Ethikrats der Auffassung, dass der Gesetzgeber im Betäubungsmittelrecht klarstellen sollte, dass eine im Ausnahmefall erfolgende Verschreibung von Betäubungsmitteln auch im Rahmen einer Beihilfe zu einem frei verantwortlichen Suizid nicht strafbar ist.

Diese Empfehlung deutet auf eine Problematik im ärztlichen Berufsrecht hin: In den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbegleitung aus 2011 heißt es: „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.“

Auf dem Deutschen Ärztetag 2011 wurde die (Muster-) Berufsordnung geändert, sie besagt in § 16: *...Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten*“. Die Umsetzung in den Landesärztekammern ist in der Folge uneinheitlich erfolgt, so dass es von der Zugehörigkeit zur Landesärztekammer abhängt, ob Assistenz zum Suizid eindeutig verboten ist oder nur nicht geleistet werden soll (*dürfen nicht* vs. *sollen nicht*).

In Berlin heißt es in der Berufsordnung in § 1: *Die Mitwirkung bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe. Ärztinnen und Ärzte sollen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten, und in § 16 lediglich: Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen.*

Das Verwaltungsgericht Berlin hat in seinem Urteil vom 30.3.2012 den ärztlich assistierten Suizid *in extremen Ausnahmefällen (Vorliegen unerträglicher, irreversibler Krankheit, Ausschöpfung palliativmedizinischer Mittel) auf Grund einer persönlichen Gewissensentscheidung des Arztes und bei einer engen Arzt-Patienten-Bindung (...) für berufsrechtlich zulässig erachtet.* Im Mai 2015 hat eine Gruppe deutscher

Strafrechtsprofessorinnen und -professoren eine Stellungnahme gegen die Strafbarkeit des assistierten Suizids veröffentlicht und darin begründet, dass das Recht auf Selbstbestimmung auch das eigene Sterben umfasse und eine Strafbarkeit der Suizidbeihilfe unverhältnismäßig in das Selbstbestimmungsrecht eingreife.

Sie plädieren dafür, das Berufsrecht so zu vereinheitlichen, dass die Hilfe beim Suizid als ärztliche Gewissensentscheidung zulässig bleibt.

Alle hier vorgestellten Überlegungen zu den Fragen einer ärztlichen Hilfe zum Sterben betonen bei aller Unterschiedlichkeit der Positionen die besondere Bedeutung eines vertrauensvollen Patient-Arzt-Verhältnisses in der Begleitung eines terminal Kranken. Drei von vier Gesetzentwürfen wollen in Ausnahmesituationen die persönliche Gewissensentscheidung eines Arztes ohne Strafandrohung respektiert wissen: Es erscheint dabei wichtig, nach Wegen aus der uneinheitlichen berufsrechtlichen Situation zu suchen.

### Fazit:

Aber was bedeuten diese Stellungnahmen und Gesetzentwürfe im Weiteren für das Selbstverständnis von Ärztinnen und Ärzten?

Besonders zu bedenken bleibt, ob und wie einer gesellschaftlichen Stimmung entgegengewirkt werden kann, die (assistierten) Suizid als gewöhnliche oder erwünschte Option bei schwerer Krankheit oder in der letzten Lebensphase erachtet, ohne jedoch Hilfe Suchenden diese letzte Möglichkeit zu verschließen.

*Dr. Jochen Fink*  
Facharzt für Innere Medizin

*Michael Janßen*  
Facharzt für Allgemeinmedizin



# Flüchtlinge: Sechs Forderungen der DV an den Senat

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin hat in ihrer Sitzung am 14. Oktober 2015 einstimmig eine Resolution beschlossen, in der sechs Forderungen an den Senat von Berlin zur Verbesserung der medizinischen Versorgung der Asylsuchenden in Berlin aufgestellt werden:

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin heißt die asylsuchenden Flüchtlinge willkommen und dankt zugleich allen Freiwilligen und Hauptamtlichen, die sich täglich mit vollem Einsatz und Engagement an der Versorgung und Betreuung der Flüchtlinge in unterschiedlichster Weise beteiligen. Ohne dieses überwältigende Engagement wäre eine Versorgung der asylsuchenden Flüchtlinge nicht möglich. Zugleich ist dies ein herausragendes Beispiel des hohen sozialen und gesellschaftlichen Potenzials der Berliner Zivilgesellschaft. Die in Berlin ankommenden Flüchtlinge haben noch vor der Registrierung einen uneingeschränkten Anspruch auf eine umfassende humanitäre und damit zugleich auch medizinische Versorgung. Dies muss gewährleistet werden.

In den vergangenen Monaten sind im Zuge der Versorgung einer hohen Anzahl Asylsuchender in Berlin erhebliche Probleme zutage getreten. Auch im Hinblick auf die anhaltenden Herausforderungen ist eine angemessene medizinische Versorgung der Asylsuchenden dringend geboten. In diesem Zusammenhang richtet die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin sechs Forderungen an den Senat von Berlin:

## 1) Einführung der Krankenversicherungskarte für alle Asylsuchenden

Die Krankenversicherungskarte muss unabhängig vom Registrierungsverfahren für alle Asylsuchenden und deren Familien schnellstmöglich in der Weise eingeführt werden, wie dies beispielsweise in anderen Bundesländern (Hamburg) bereits geschehen ist.

## 2) Sicherstellung einer hauptamtlichen medizinischen Erst- und Basisversorgung durch Haus- und Fachärzte

Eine hauptamtlich und auf Facharzt-niveau wahrgenommene medizinische Erst- und Basisversorgung am Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGeSo) und in den Erstaufnahmeeinrichtungen muss durch vertragliche Vereinbarungen mit Hilfsorganisationen sichergestellt werden.

Die medizinische Versorgung muss auch die fachärztlich geleitete Früherkennung und Akutbehandlung (sog. „fast-lane“) besonders schutzbedürftiger Asylsuchender bei der Annahmestelle des LAGeSo umfassen (grundsätzlich innerhalb von 24 Stunden). Der Umfang der Versorgung lässt sich anhand der Erkenntnisse und Erfahrungen bemessen, die aus dem ehrenamtlichen Engagement gewonnen wurden. Beispielhaft kann hier auf die Erfahrungen in der Betreuung im Haus C in der Turmstraße 21, der Charité – Universitätsmedizin Berlin sowie der DRK Kliniken Berlin/Westend verwiesen werden.

Der notwendigen Personalplanung kann folgender Schlüssel zugrunde gelegt werden: Auf je 500 Asylsuchende in der Anmelde- und Erstaufnahmesituation kommen ein Arzt sowie eine Medizinische Fachangestellte zum Einsatz. Auch hier sind die notwendigen medizinischen Mindeststandards Grundlage der Behandlung und Betreuung.

## 3) Ausbau der sog. Zentralen Impfstätte am LAGeSo zu einer zentralen Untersuchungs- und Impfstelle

Die Zentrale Impfstätte am LAGeSo muss zu einer zentralen Untersuchungs- und Impfstelle ausgebaut werden, an der unter anderem die altersgestaffelte Tuberkulose-Diagnostik erfolgt und ebenso eine standardisierte Erstanamnese und Dokumentation der

Untersuchungsbefunde; dies ist im Interesse einer raschen Überleitung aller Asylsuchender in das Regelversorgungssystem gemäß SGB V.

(vgl. hierzu: Brief des Bundesverbands der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. an das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit vom 28.08.2015 / Anlage 1)

## 4) Durchführung von altersgerechten Impfungen gemäß STIKO-Empfehlungen

Impfungen müssen altersgerecht und explizit nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) für Asylsuchende durchgeführt werden (s. Anlage 2 sowie Anlage 3).

## 5) Personelle Verstärkung der bezirklichen Gesundheitsämter

Die bezirklichen Gesundheitsämter müssen eine personelle Verstärkung dergestalt erhalten, dass sie den fortlaufenden Mehraufwand für Hygienemaßnahmen leisten sowie die rasche Integration asylsuchender Kinder und Jugendlicher in Schulen und anderen Gemeinschaftseinrichtungen garantieren können. Ebenso ist durch die personelle Verstärkung die notwendige wohnortnahe und in Sozialräumen stattfindende kinder- und jugendpsychiatrische Hilfe durch die Gesundheitsämter koordinierbar.

## 6) Gesundheitsgefährdende Zustände bei der Erstregistrierung abstellen

Die Ärztekammer Berlin fordert, dass die gesundheitsgefährdenden Zustände bei der Erstregistrierung der in Berlin neu ankommenden Flüchtlinge umgehend abgestellt werden.

- 1) Schreiben des Bundesverbands der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. an das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit vom 28.08.2015
- 2) Robert Koch-Institut (2015): Impfungen für ungeimpfte Asylsuchende und Asylsuchende mit unklarem Impfstatus. Epidemiologisches Bulletin 41/2015, Online-Vorab: 05.10.2015, S. 439-444
- 3) Robert Koch-Institut (2015): Für medizinisches Personal: Akut Behandlungsbedürftige, für Deutschland ungewöhnliche Infektionskrankheiten, die bei Asylsuchenden auftreten können. Epidemiologisches Bulletin 38/2015, 21.09.2015, S. 413-414

Die Anlagen sind auf Nachfrage in der Redaktion unter [presse@aekb.de](mailto:presse@aekb.de) erhältlich.

# Haftungssituation bei der ehrenamtlichen ärztlichen Behandlung von Flüchtlingen

Die Frage der Haftung bei der Behandlung von Flüchtlingen durch ehrenamtlich tätige Ärztinnen und Ärzte sorgt immer wieder für Unsicherheiten bei den ehrenamtlich Tätigen. BERLINER ÄRZTE hat sich daher dieses Themas angenommen und möchte mit den folgenden Informationen und Erläuterungen für mehr Klarheit bei den Beteiligten sorgen.

## 1. Staatshaftung

Der Staat haftet für seine Angestellten und Beamten, wenn diese bei der Erledigung staatlicher Aufgaben eine Amtspflicht verletzen und dem Bürger dadurch ein Schaden entsteht. Das ergibt sich aus Art. 34 Grundgesetz in Verbindung mit § 839 Bürgerliches Gesetzbuch. Der Staat haftet bei Fahrlässigkeit des Bediensteten an dessen Stelle und im Falle einer vorsätzlichen Pflichtverletzung neben diesem. Das Gesundheitsministerium des Landes Nordrhein-Westfalen hat sich Anfang September 2015 u. a. gegenüber der dortigen Landesärztekammer dahingehend geäußert, dass man keinen Anlass sähe, den Einsatz ehrenamtlicher Ärztinnen und Ärzte anders zu beurteilen, da die Flüchtlingsaufnahme und alle damit unmittelbar zusammenhängenden Maßnahmen hoheitlicher Natur seien. Das sieht die Ärztekammer Berlin genauso, allerdings gibt es dabei Folgendes zu beachten:

Voraussetzung für die Staatshaftung ist die Tätigkeit in einer vom Land betriebenen Einrichtung für Flüchtlinge und zwar mit „Wissen und Wollen“ des staatlichen Trägers. Einer besonderen Erklärung oder Bestätigung des Landes bedarf es hierfür nicht. Im Falle eines groben Behandlungsfehlers oder Vorsatzes besteht allerdings eine Rückgriffsmöglichkeit des Landes.

Wann wird die ehrenamtlich tätige Ärztin / der ehrenamtlich tätige Arzt aber mit „Wissen und Wollen“ des staatlichen Trägers ärztlich tätig? Nach den von der Rechtsprechung geprägten Grundsätzen

der Staatshaftung spricht vieles dafür, dass diese in folgenden (nicht abschließend genannten) Fallkonstellationen greift:

- Die Ärztin / der Arzt wird vom Land oder vom staatlichen Träger für die ärztlichen Tätigkeiten in der vom Land betriebenen Flüchtlingseinrichtung bezahlt.
- Die Ärztin / der Arzt wird unbezahlt in einer vom Land betriebenen Einrichtung tätig und hierzu direkt von der zuständigen Behörde beauftragt.
- Die Ärztin / der Arzt wird unbezahlt in einer vom Land betriebenen Einrichtung tätig. Der Dienstplan der Einrichtung ist mit der zuständigen Behörde abgestimmt.
- Die Ärztin / der Arzt wird unbezahlt in einer vom Land betriebenen Einrichtung tätig und es bestehen eindeutige von der zuständigen Behörde bestimmte Handlungsanweisungen.
- Die Ärztin / der Arzt wird unbezahlt in einer vom Land betriebenen Einrichtung tätig, ist in die Organisation der Einrichtung eingebunden und informiert die zuständige Behörde über ihre / seine dortige Tätigkeit.

## 2. Haftpflichtversicherung

Tritt die Haftung des Staates nicht ein, haftet die Ärztin oder der Arzt persönlich. Nach der Berufsordnung der Ärztekammer Berlin (BO) besteht daher für Ärztinnen und Ärzte die Verpflichtung, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit zu ver-

sichern (§ 21 BO). Eine regelmäßige ehrenamtliche ärztliche Tätigkeit ist als eine berufliche Tätigkeit im Sinne dieser Vorschrift anzusehen. Dies gilt daher auch für die ärztlichen Tätigkeiten in der Ambulanz auf dem Gelände des Landesamtes für Gesundheit und Soziales oder in einer Flüchtlingsunterkunft.

Die (berufsrechtliche) Verpflichtung des Abschlusses einer eigenen Haftpflichtversicherung besteht zwar dann nicht, wenn der Patient z. B. über eine Staatshaftung ausreichend geschützt ist. Unabhängig davon sollten jedoch alle für Flüchtlinge ehrenamtlich ärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte über eine eigene Haftpflichtversicherung verfügen. Dies ist zu raten, da es sich hier nicht um klassische Fälle der Verwaltungshelferschaft handelt und im Streitfall durchaus nicht sicher ist, dass die Staatshaftung in jedem Einzelfall von den Gerichten bejaht werden würde. Zudem kann eine Haftpflichtversicherung im Fall eines groben Behandlungsfehlers und eines Rückgriffs auf den ehrenamtlich Tätigen (s. o. unter 1.) die bestehende Schutzlücke schließen.

Die Deutsche Ärzteversicherung hat am 22.09.2015 über eine Pressemitteilung kundgetan, dass der Haftpflichtversicherungsschutz für die ambulante Behandlung von Flüchtlingen bei allen laufenden Berufshaftpflichtverträgen garantiert sei. Alle nicht bei der Deutschen Ärzteversicherung Versicherten sollten den Versicherungsschutz mit ihrem Versicherer gesondert abklären.

Ärztinnen und Ärzte die über keine eigene Berufshaftpflichtversicherung verfügen sollten sich bei einem Haftpflichtversicherer erkundigen, ob für ihre ehrenamtliche Tätigkeit eine sog. Restrisikoversicherung, mit der man normalerweise für die Behandlung von Verwandten und Freunden und für die Hilfe bei Unfällen abgesichert ist, ausreichenden Schutz gewährleistet und sich für ihre Tätigkeit entsprechend absichern.

Martina Jaklin  
Leiterin Abteilung Berufsrecht der  
Ärztekammer Berlin

# Flüchtlinge: Delegierte diskutieren intensiv über medizinische Versorgung

Bericht von der Delegiertenversammlung am 23. September 2015

Das Thema Flüchtlinge beherrschte natürlich auch die Delegiertenversammlung (DV) am 23. September. Intensiv tauschten sich die Delegierten über die problematische medizinische Versorgung der Flüchtlinge in Berlin aus. Insbesondere die katastrophale Situation rund um das Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGeSo) in der Turmstraße stand im Fokus.

Von Sascha Rudat

Vorstandsmitglied Peter Bobbert (Marburger Bund) berichtete, dass die Situation am LAGeSo Anfang August „im negativen Sinn beeindruckend“ gewesen sei. Dadurch, dass das LAGeSo seiner Aufgabe, die Flüchtlinge zeitnah zu registrieren, nicht nachgekommen sei, seien die Menschen in ein Vakuum geraten. Sie waren meist obdachlos und hatten keinen Zugang zur medizinischen Versorgung. Nur durch den intensiven Einsatz von Freiwilligen hätte die Situation etwas abgemildert werden können. Die daraufhin von der Ärztekammer Berlin verfasste Pressemitteilung, in der die kritischen Punkte deutlich benannt und die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales aufgefordert wurde, diese zu beheben, habe ein enormes mediales und politische Echo ausgelöst. „Wir wurden von der politischen Seite wahrgenommen – auch als Ansprechpartner“, erklärte Bobbert. Beim daraufhin folgenden Runden Tisch im August wurde noch einmal festgehalten, dass es Aufgabe des LAGeSo sei, die medizinische Hilfe zu koordinieren. Gleichzeitig startete die Ärztekammer Berlin einen Aufruf, ehrenamtliche Hilfe zu leisten – woraufhin sich rund 800 Ärztinnen und Ärzte beim LAGeSo meldeten. „Es war schön zu sehen, welche Stimme die Ärztekammer Berlin hat und was wir damit bewirken können“, fügte Bobbert hinzu. Allerdings konnten nicht alle Ärztinnen und Ärzte erfasst und eingesetzt werden. Die daher ausbleibenden

Rückmeldungen durch das LAGeSo sorgten verständlicherweise zum Teil für Frust bei den Hilfwilligen.

Bobberts Sicht wurde von Jürgen Hölzinger, Mitglied des Ausschusses für Menschenrechtsfragen der Kammer und als Gast bei der DV anwesend, geteilt. „Es gab mitten in Berlin noch nicht einmal eine medizinische Basisversorgung und das auf dem Gelände eines ehemaligen Krankenhauses“, stellte Hölzinger, der regelmäßig an der Versorgung vor Ort teilgenommen hatte, fassungslos fest. Die Verbesserungen seien bislang überschaubar. So gebe es in den Räumen, wo die Krankenstation untergebracht ist (Haus C auf dem LAGeSo-Gelände), bislang kein fließendes Wasser. Darüber hinaus wür-



Christiane Wessel (Fraktion Gesundheit), niedergelassene Gynäkologin, ist für Heinrich-Daniel Rühmkorf neu in die DV gekommen. Rühmkorf hat den Kammerbereich verlassen.



den die Medikamente als Spende geliefert. „Es darf nicht sein, dass eine solche staatliche Aufgabe nicht wahrgenommen wird“, betonte er.

Kammerpräsident Günther Jonitz (Marburger Bund), der in den vergangenen Wochen regelmäßig auf dem LAGeSo-Gelände unterwegs war, ergänzte: „Das Engagement und die fachliche Qualifikation der ehrenamtlichen Helfer ist beispiellos. Ebenso wie die schlechten Bedingungen, unter denen sie arbeiten müssen.“ Durch das Engagement der Kammer sei einiges in Bewegung geraten. Zur Rolle der Ärztekammer Berlin sagte Jonitz, sie sei „die einzige Einrichtung, die alle Ebenen gleichzeitig bespielen kann. Die Engpässe, die bei mir aufschlagen, werden möglichst vor Ort gelöst. Aber was nach wie vor nicht läuft, ist die professionelle Organisation der medizinischen Hilfe“. An die Delegierten gerichtet sagte er weiter, dass man sich über die Rolle der Kammer verständigen müsse. Wie wolle man aktiv werden? Dabei betonte er „Wir sind nicht die besseren Manager für Katastrophenhilfe. Wir sind auch nicht das bessere LAGeSo“.

Es folgte eine Reihe von Redebeiträgen der Delegierten, die sich zumeist um die mangelhafte medizinische Versorgung der Flüchtlinge drehten. Katharina Thiede (vormals Kulike) (Fraktion Gesundheit) erklärte, man habe den Eindruck, dass noch keine der Forderungen der Kammer umgesetzt sei: „Da muss man dran bleiben, denn die Begeisterung in der Bevölkerung

wird auf Dauer nicht zu halten sein.“  
Vorstandsmitglied Harald Mau (Allianz/NAV-Virchow-Bund) betonte, dass sich die Kammer vor allem für die Arbeitsbedingungen der ärztlichen Kolleginnen und Kollegen verantwortlich fühlen müsse. Und Peter Bobbert fügte hinzu: „Die Ärztekammer Berlin kann nicht die medizinische Versorgung der Flüchtlinge organisieren. Aber wir können politischen Druck ausüben. Denn es wird zukünftig darum gehen müssen, darauf zu dringen, dass die Versorgung eine staatliche Aufgabe ist.“

Abschließend verständigte man sich darauf, eine Arbeitsgruppe aus Vorstandsmitgliedern, Delegierten und hauptamtlichen Kammermitarbeitern ins Leben zu rufen, um die konkreten Möglichkeiten der Ärztekammer Berlin bei der medizinischen Versorgung auszuloten (s. auch S. 18-19).

## WbA II bleibt unverändert

Neben der Diskussion der Flüchtlingsproblematik hatten die Delegierten auch noch über eine Reihe von Anträgen abzustimmen. Dazu gehörte zum einen der 14. Nachtrag zur Gebührenordnung. Dieser beinhaltet u.a. die Einführung von Gebühren für die Prüfung von „Nicht-ärztlichen Praxisassistenten/-innen“; die Ärztekammer Berlin bietet die Fortbildung für Medizinische Fachangestellte und nach dem Krankenpflegegesetz qualifizierte Personen seit April dieses Jahres an. Des Weiteren sieht der Nachtrag Gebührenerhöhungen für die Umschulungsprüfungen im Ausbildungsberuf Medizinische Fachangestellte vor; die Anhebungen waren aus Gründen der Kostendeckung erforderlich geworden. Schließlich wurde mit dem einstimmig beschlossenen Nachtrag eine Gebührenergänzung für das Verfahren zur Anerkennung nach der Strahlenschutzverordnung verabschiedet. Daneben wählten die Delegierten einstimmig die Liste mit den Prüferinnen und Prüfern in der Weiterbildung.

Intensiver diskutierten die Delegierten über die Nachwahl von zwei Mitgliedern in den Weiterbildungsausschuss II (Allgemeinmedizin). Dies war von DV-Mitglied Hans-Peter Hoffert (Hausärzte) beantragt



*Delegiertenversammlung: Große Unzufriedenheit mit der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen.*

worden, der bei der Sitzung nicht anwesend war. Wolfgang Kreischer, Vorsitzender des Hausärzterverbandes Berlin-Brandenburg, erklärte, dass vor der Neubesetzung des Ausschusses für die 14. Amtsperiode alle Mitglieder des Hausärzterverbandes angeschrieben worden seien. Daraufhin habe es keine Rückmeldung von den beiden Mitgliedern gegeben, die nun nachbenannt werden sollten. Somit wurden sie in der DV-Sitzung am 4. März 2015 nicht in den WbA II gewählt. Eine Begründung, weshalb nun eine Nachwahl erfolgen soll, habe Hans-Peter Hoffert nicht geliefert, erläuterte Kammerpräsident Jonitz. Wolfgang Kreischer stellte daher einen Antrag auf Nichtbefassung, der einstimmig bei einigen Enthaltungen angenommen wurde. Somit blieb der WbA II unverändert.

Daneben wählten die Delegierten einstimmig Vorstandsmitglied Thomas Werner (Marburger Bund) zum neuen Vorsitzenden des Krankenhausausschusses (zuvor stellvertretender Vorsitzender). Zu seinem Stellvertreter wurde Julian Veelken (Fraktion Gesundheit)

gewählt. Die Neuwahlen waren notwendig geworden, weil der bisherige Vorsitzende Gebhard von Cossel als Kammermitglied ausgeschieden war. Aus demselben Grund wurde anschließend Julian Veelken einstimmig in die Haushaltskommission gewählt.

## Drei Mal unentschuldigt gefehlt

Ein Novum war, dass ein Mitglied des Krankenhausausschusses sein Mandat verlor, weil es an drei aufeinander folgenden Sitzungen unentschuldigt gefehlt hatte. Dies ist gemäß der Geschäftsordnung der Ärztekammer Berlin der Fall. Die Delegierten diskutierten darüber, ob ein Automatismus bei diesem Verfahren sinnvoll sei oder nicht. Einigkeit herrschte darüber, dass die Ausschussvorsitzenden ein Auge darauf haben sollten, wem ein möglicher Ausschluss droht, um die betroffenen Ausschussmitglieder gezielt anzusprechen. Die Delegierten stimmten dem Ausschluss schließlich einstimmig bei zwei Enthaltungen zu.

srd

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

**Online-Fortbildungskalender** unter [www.aerztekammer-berlin.de](http://www.aerztekammer-berlin.de) ▶ **Ärzte** ▶ **Fortbildung** ▶ **Fortbildungskalender** recherchiert werden. Der Fortbildungskalender ermöglicht eine Recherche nach Terminen, Fachgebieten oder auch nach freien Suchbegriffen. Damit bietet der Kalender in Abhängigkeit von der gewählten Suchstrategie sowohl einen umfassenden Überblick über sämtliche Fortbildungsveranstaltungen in Berlin als auch eine an den individuellen Interessenschwerpunkten orientierte Veranstaltungsauswahl weit im Voraus.

Termine	Thema / Referenten	Veranstaltungsort	Information / Gebühr	Fortbildungspunkte
<p>■ <b>Online-Modul:</b> . 02.11.–18.12.2015 <b>Präsenztage:</b> 20.11.2015 und 18.12.2015</p>	<p><b>Gesundheitsförderung und Prävention</b> strukturierte curriculare Fortbildung gemäß Curriculum der BÄK zur Erlangung einer ankündigungsfähigen Qualifikation</p>	<p>Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin</p>	<p>Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 11 E-Mail: m.nehrkorn@aekb.de Teilnehmergebühr: 650 €</p>	33 P
<p>■ 06.11.–07.11.2015</p>	<p><b>Arzt-Patienten-Kommunikation: Das Überbringen schlechter Nachrichten</b></p>	<p>Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin</p>	<p>Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 09 E-Mail: s.zippel@aekb.de Teilnehmergebühr: 290 €</p>	17 P
<p>■ 18.11.2015 oder 17.02.2016</p>	<p><b>Wissenskontrolle zum Erwerb der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung nach dem Gendiagnostikgesetz</b></p>	<p>Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin</p>	<p>Information: Tel.: 030 / 408 06-12 09 E-Mail: s.zippel@aekb.de Anmeldung erforderlich Keine Teilnehmergebühr Jetzt auch Gebiet Augenheilkunde</p>	keine
<p>■ 03.12.2015</p>	<p><b>Spezialkurs im Strahlenschutz interventionelle Radiologie</b></p>	<p>Deutsches Herzzentrum Berlin Augustenburger Platz 1 13353 Berlin</p>	<p>Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 155 €</p>	9 P
<p>■ 05.12.2015</p>	<p><b>4. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin</b> in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (weitere Informationen s. S. 12)</p>	<p>Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin</p>	<p>Information und Anmeldung: Andrea Hofmann, Tel.: 030 / 408 06-12 05 E-Mail: fortbildungskongress@aekb.de Teilnehmergebühr: 45 € Kammermitglieder, 65 € Nicht-Kammermitglieder</p>	10 P 9 P (Simulations-WS)
<p>■ 12.02.–13.02.2016 11.03.–12.03.2016 15.04.–16.04.2016 20.05.–21.05.2016</p>	<p><b>Suchtmedizinische Grundversorgung</b> zum Erwerb der Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ in vier Modulen</p>	<p>DRK Kliniken Mitte Haus E Drontheimer Str. 39-40 13359 Berlin</p>	<p>Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-13 01 /-13 03 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 160 € / Kursteil</p>	13 P pro Kursteil
<p>■ 29.02.–02.03.2016</p>	<p><b>Grundkurs im Strahlenschutz</b></p>	<p>Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin</p>	<p>Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 270 €</p>	23 P
<p>■ 02.03.–04.03.2016</p>	<p><b>Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik</b></p>	<p>Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin</p>	<p>Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 240 €</p>	20 P
<p>■ 22.04.2016</p>	<p><b>Untersuchung des Kontrast- und Dämmerungssehens / Gesichtsfeldbefundung</b></p>	<p>Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin</p>	<p>Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 60 €</p>	4 P

Termine	Thema / Referenten	Veranstaltungsort	Information / Gebühr	Fortbildungspunkte
■ 22.04.–23.04.2016	<b>Verkehrsmedizinische Begutachtung – Qualifizierung gemäß Fahrerlaubnisverordnung</b>	Ärztchamber Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 250 € Kombigebühr mit „Unters. des Kontrast- und Dämmerungssehens“: 290 €	16 P

## Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Intensivprogramm

nach dem Curriculum der Bundesärztekammer

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

Das Führungsseminar der Ärztekammer Berlin setzt an diesem Punkt an: Im Mittelpunkt steht die Führungsperson selbst. Denn Führung bedeutet mehr als ein bloßes Plus an Aufgaben. Sie fordert die ganze Person mit ihren Kompetenzen, Werten und Haltungen.

Das Seminar erweitert Ihre Führungskompetenzen. Es vermittelt konzeptionelles Wissen, um Organisationen werte-, ziel- und mitarbeiterorientiert zu steuern, erfolgreich mit Mitarbeitern, Kollegen und Verhandlungspartnern gerade in schwierigen Situationen zu kommunizieren und zu interagieren. Die erfolgskritischen Dimensionen ärztlicher Führung werden aufgezeigt und die Gelegenheit geboten, die eigenen Kompetenzen zu stärken und ein persönliches Führungskonzept zu entwickeln. In 2016 wird das Führungsseminar der Ärztekammer Berlin bereits im siebenten Jahr durchgeführt. Das Seminar verfolgt mit seinen vier Modulen, die sich auf drei Quartale erstrecken, bewusst einen prozess- und praxisorientierten Ansatz.

Um als ärztliche Führungskraft auch die Anforderungen und Konsequenzen ökonomischer Konstellationen verstehen und beeinflussen zu können, werden in einem Planspiel u.a. betriebswirtschaftliche Grundkenntnisse vermittelt.

Bei abendlichen Kamingsgesprächen werden zusätzlich zum Tagesprogramm aktuelle Fragestellungen der Führung aus ungewohnten Blickwinkeln diskutiert.

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

### Termine:

Modul 1: Die Praxis des Führens	Do., 21.04.2016 bis Sa., 23.04.2016
Modul 2: Führen als Prozess	Do., 16.06.2016 bis Sa., 18.06.2016
Modul 3: Führung und Entwicklung	Do., 08.09.2016 bis Sa., 10.09.2016
Modul 4: Transfer: Sicherung des eigenen Konzepts	Fr., 25.11.2016

**Kursleitung:** PD Dr. med. Peter Berchtold

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

**Organisation und Anmeldung:** Die Teilnahme kostet 3.400 Euro.

Andrea Hofmann, Tel.: 030 / 408 06-12 05; E-Mail: aertzliche-fuehrung@aekb.de

**Fragen zum Inhalt:** Dr. med. Henning Schaefer, Tel.: 030 / 408 06-12 00. Anerkannt mit **80 Fortbildungspunkten**.

## Strukturierte curriculare Fortbildung „Medizinische Begutachtung“ 2016

Begutachtung gehört zu den beruflichen Verpflichtungen des Arztes. Sie fordert vom Arzt einen Rollenwechsel vom Therapeuten zum Gutachter. Medizinisches Fachwissen und Beachtung der im jeweiligen Versicherungs- bzw. Rechtsgebiet geltenden Regeln und Bestimmungen sind notwendige Voraussetzungen für die Gutachtertätigkeit.

Die Ärztekammer Berlin bietet die führungsfähige Strukturierte Curriculare Fortbildung „Medizinische Begutachtung“ (64 Stunden) nach dem Curriculum der Bundesärztekammer als Blended-Learning-Kurs an: Präsenzveranstaltungen und Selbst-Lern-Phasen auf der Online-Plattform wechseln sich ab. Begleitend zu den Präsenzmodulen sind Übungsgutachten und abschließend eine Lernerfolgskontrolle zu absolvieren. Das komplette Programm finden Sie auf der Homepage der ÄKB.

Der Kurs wendet sich sowohl an Neulinge im Begutachtungswesen, als auch an Ärztinnen und Ärzte, die bereits über Erfahrungen in der Begutachtung verfügen.

### Termine und Teilnehmerentgelt:

Modul	Termine	TN-Entgelt
E-Learning	11.02. bis 11.03.2016	
I a	11./12.03.2016	130 EUR
II	12.03.2016	90 EUR
I b	20./21.05.2016	130 EUR
I c	27./28.05.2016	170 EUR
Hausaufgabe	29.05. bis 23.06.2016	
III	24./25.06.2016	170 EUR
Lernerfolgskontrolle	26.06. bis 31.07.2016	
	Gesamtkurs	690 EUR

### Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. med. P. Marx, *ehemals Neurologische Klinik der Charité, Campus Benjamin Franklin, Berlin;*

Prof. Dr. med. M. Wich, *Unfallkrankenhaus Berlin und Achenbach-Krankenhaus, Königs Wusterhausen*

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

### Informationen und Anmeldung:

Anja Hellert, Tel.: 030 / 408 06-12 03; E-Mail: gutachterkurs@aekb.de

Berliner Ärzte auch im Internet:

**www.berliner-aerzte.net**

## Spezialkurs im Strahlenschutz bei Computertomographie

zum Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung

**Termin:** Freitag, 4. Dezember 2015, 9 bis 17:30 Uhr  
**Veranstaltungsort:** Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16 in 10969 Berlin  
**Informationen und Anmeldung:** Die Teilnahme kostet 155 Euro.  
 Tel.: 030 / 408 06-12 15, E-Mail: fb-aag@aekb.de  
 Anerkannt mit **9 Fortbildungspunkten**.

*Die Lehrinhalte entsprechen der Anlage 2.2 der Richtlinie „Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz bei dem Betrieb von Röntgeneinrichtungen in der Medizin oder Zahnmedizin“ vom 22.12. 2005, geändert am 27. Juni 2012.*

## Impfungen in der Praxis

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

**Termin:** Sonnabend, 12. Dezember 2015, 9 bis 17:30 Uhr  
**Kursleitung:** Dr. med. Christian Schönfeld (ehem. Leiter der Reise-medizinischen Ambulanz, Institut für Tropenmedizin und internationale Gesundheit, Charité – Universitätsmedizin Berlin)

**Veranstaltungsort:** Kaiserin-Friedrich-Haus, Robert-Koch-Platz 7 in 10115 Berlin

**Informationen und Anmeldung:** Die Teilnahme kostet 100 Euro (inkl. Verpflegung).  
 Anmeldung: Ärztekammer Berlin, Tel.: 030 / 408 06-12 15 / Fax: 030 / 408 06 55-13 99, E-Mail: fb-aag@aekb.de. Anerkannt mit **8 Fortbildungspunkten**.

## Neue Arzneimittel 2014/2015 – eine kritische Bewertung / Aktuelle Themen und interessante Verdachtsfälle aus der Arzneimittelsicherheit

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Die Arzt-Apotheker-Kommission der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin freut sich, auch die diesjährige Herbst-Fortbildungsveranstaltung in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) auszurichten.

Die AkdÄ berät als wissenschaftlicher Fachausschuss die Bundesärztekammer in allen das Arzneimittelwesen betreffenden wissenschaftlichen Fragen. Sie informiert Ärzte über eine rationale Arzneimitteltherapie – unabhängig von den Interessen der pharmazeutischen Industrie – und klärt über Risiken der Therapie auf. In Zusammenarbeit mit den für die Arzneimittelsicherheit zuständigen Bundesoberbehörden ist sie beteiligt an der Erfassung, Dokumentation und Auswertung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen.

Im Mittelpunkt der Herbst-Fortbildungsveranstaltung stehen zwei Vorträge: Prof. Dr. med. Ulrich Schwabe nimmt eine kritische Bewertung neuer Arzneimittel der Jahre 2014/2015 vor. Dr. med. Thomas Stammschulte referiert über aktuelle Themen und interessante Verdachtsfälle aus der Arzneimittelsicherheit. Beide Beiträge widmen sich den Themen unter besonderer Beachtung klinisch-praktischer Aspekte der Patientenversorgung.

Im Anschluss an die Vorträge besteht hinreichend Möglichkeit zu einer moderierten Fachdiskussion mit den Experten.

**Termin:** 25.11.2015, 19:30 bis 21 Uhr

**Referenten:** Prof. Dr. med. Ulrich Schwabe, *Facharzt für Pharmakologie, Heidelberg, Mitglied der AkdÄ*  
 Dr. med. Thomas Stammschulte, *Facharzt für Innere Medizin, Berlin, AkdÄ*

**Moderator:** Dr. Christian Heyde, *Vorsitzender der Arzt-Apotheker-Kommission der Apothekerkammer Berlin*

**Ort:** Kaiserin-Friedrich-Stiftung / Hörsaal; Robert-Koch-Platz 7 in 10115 Berlin  
**Verkehrsverbindungen:** U6 Oranienburger Tor/Bus 123 Robert-Koch-Platz; Bus 147 Luisenstr./Charité; Bus 240 Robert-Koch-Platz

Eine Anmeldung ist nicht erforderlich. Die Veranstaltung ist anerkannt mit **2 Fortbildungspunkten**.

## Weiterbildungskurs Pädiatrie der Ärztekammer Berlin zum Facharzt für Allgemeinmedizin

Der Kurs Pädiatrie kann in Verbindung mit einem 6-monatigen Weiterbildungsabschnitt in Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung den lt. Weiterbildungsordnung zu erbringenden Abschnitt in der Kinder- und Jugendmedizin ersetzen und besteht aus folgenden drei Teilen:

1. 9 Stunden Theoriekurs
2. 40 Stunden Hospitation in einer Kinderarztpraxis
3. 60 Stunden Teilnahme am kinderärztlichen Notfall- und Bereitschaftsdienst der KV

**Termine 9 Stunden Theoriekurs:** 18.11.2015 und 09.12.2015  
 jeweils mittwochs 19 bis 21.15 Uhr

**Ort:** Ärztekammer Berlin, Seminarraum, Friedrichstr. 16 in 10969 Berlin  
**Informationen und Anmeldung:** Die Teilnahme kostet 550 Euro. Tel.: 030 / 408 06-12 03, E-Mail: a.hellert@aekb.de. Anerkannt mit **9 Fortbildungspunkten**.

## Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Der 200 Stunden-Kurs *Qualitätsmanagement* nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité im Frühjahr 2016 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: 29.02. bis 05.03.2016  
 Präsenzwoche 2: 18.04. bis 23.04.2016  
 Präsenzwoche 3: 13.06. bis 18.06.2016  
 (jeweils montags bis freitags von 9 bis 18 Uhr und samstags von 9 bis 16 Uhr)

**Veranstaltungsort:** Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16 in 10969 Berlin  
**Informationen und Anmeldung:** Tel.: 030 / 408 06-14 02 (Organisation), Tel.: 030 / 408 06-12 07 (Inhalte) oder per E-Mail: QM-Kurs2016@aekb.de

# Ärzteversorgung: Renten und Anwartschaften steigen – Altersteilrente beschlossen

## Bericht von der Sitzung der Vertreterversammlung der Berliner Ärzteversorgung am 1. Oktober 2015

Zum ersten Mal in der neuen Amtsperiode beschäftigte sich die Vertreterversammlung der Berliner Ärzteversorgung (BÄV) mit einem Jahresabschluss. Der Vorsitzende des BÄV-Verwaltungsausschusses, Helmut Mälzer, präsentierte bereits zum vierten Mal die Bilanz. Deren erfreuliches Ergebnis macht erneut eine Dynamisierung der laufenden Renten und Anwartschaften möglich: Mehrheitlich beschloss die Vertreterversammlung eine Erhöhung um 0,5 % zum 1. Januar 2016. Zudem beschlossen die Vertreter einstimmig die dritte Satzungsänderung der BÄV, welche die Möglichkeiten der Altersrente erheblich flexibilisiert (s. Kasten „Vorgezogene Altersteilrente“).

Von Sascha Rudat

Im Rahmen seiner Präsentation des Jahresabschlusses 2014 erläuterte Helmut Mälzer (Liste Allianz), dass die Zahl der Rentenanwärter im vergangenen Jahr auf 27.843 gestiegen ist (2013: 27.206), die Zahl der Rentner kletterte um 6,6 % auf 6.472: „Wir wachsen“, sagte Mälzer. Beim Frauenanteil der BÄV-Mitglieder geht die Tendenz weiter nach oben, von 50,7 % im Jahr 2013 auf 51,1 % im vergangenen Jahr.

Die Zahlungen für Versicherungsfälle stiegen um 8,5 % von 153,2 Millionen im Jahr 2013 auf 166,3 Millionen Euro im Jahr 2014. Die Altersrenten machten dabei einen Anteil von 77,7 % (129,1 Millionen) aus, gefolgt von Witwen- und Witwerrenten mit 8,1 % (13,5 Millionen) und Berufsunfähigkeitsrenten mit 3,8 % (6,2 Millionen Euro). Geringfügig gestiegen ist der Anteil der vorgezogenen Altersrenten: 42,6 % (Vorjahr: 41,2 %).

Die Beitragseinnahmen sind um 4,2 % auf rund 281 Mio. Euro gestiegen. Bei den Versorgungsabgaben wuchs der Anteil der Gruppe mit Zahlungen oberhalb des 1,0-fachen Beitragssatzes geringfügig (bezogen auf die jeweils einschlägige West- bzw. Ost-Beitragsbe-

messungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung) und zwar auf 14,5 % (2013: 14,3 %). Das heißt, diese Mitglieder zahlen freiwillig mehr ein als sie müssten. Der Verwaltungskostensatz sank von 1,12 % im Vorjahr auf erfreuliche 1,06 %.

### 7 Milliarden Euro Kapitalanlagebestand

Der Kapitalanlagebestand kletterte erneut deutlich mit einem Plus von 6,2 % und knackte erstmals die Marke von 7 Milliarden Euro. Der Durchschnittszins, der sich auf die laufenden Erträge und Aufwendungen der Kapitalanlagen bezieht, stieg von 4,09 % im Jahr 2013 auf 4,25 % im Berichtsjahr. Die Nettoverzinsung, die auch außerordentliche Positionen wie Zu- und Abschreibungen umfasst, kletterte ebenfalls von 4,09 auf 4,25 %.

Aufgrund dieses – mit Blick auf die problematischen Rahmenbedingungen an den Finanz- und Kapitalmärkten – weiterhin sehr positiven Ergebnisses konnte der Rechnungszins, der dem Leistungsversprechen der Berliner Ärzteversor-

gung gegenwärtig zu Grunde liegt, wieder bei 4,00 % gehalten werden. Da die Volatilität an den Kapitalmärkten deutlich zugenommen hat und die Niedrigzinsphase weiter anhält, lag der Nettozins in den vergangenen Jahren nicht immer über dem Rechnungszins, aber im Mittel mehrerer Jahre. Die Sicherung des Rechnungszinses wird weiterhin das zentrale Thema der zukünftigen Entwicklung des Versorgungswerkes bleiben. Für den Ausgleich über mehrere Jahre ist die Bildung von ausreichenden Reserven notwendig.

Vom Rohüberschuss in Höhe von 85,3 Millionen Euro konnten der Zinsschwankungsreserve im Jahr 2014 56,4 Millionen Euro zugeführt werden. Der Gesamtbestand betrug damit zum 31.12.2014 rund 456 Millionen Euro (Vorjahr: 400 Millionen Euro). Aus dem verbleibenden Rohüberschuss von 28,9 Millionen Euro konnten der von Rechts wegen eigens vorgesehenen Sicherheitsrücklage im Jahr 2014 rund 0,7 Millionen Euro zugeführt werden (Gesamtrücklage damit 52,1 Millionen Euro).

Wie Helmut Mälzer weiter ausführte, reichen die Zinsschwankungsreserve und die Sicherheitsrücklage zusammen für drei Jahre aus, um bei einem Kapitalergebnis mit einer Nettoverzinsung von 2,0 % auf den Rechnungszins von 4,0 % auffüllen zu können. 28,2 Millionen Euro wurden der Gewinnrückstellung zugeführt, die damit zum 31.12.2014 insgesamt 56,4 Millionen Euro betrug.

Verwaltungs- und Aufsichtsausschuss schlugen der Vertreterversammlung deshalb vor, mittels dieser Rückstellung die Anwartschaften (37 Millionen Euro) sowie die Renten und Kinderzuschüsse (12,8 Millionen Euro) um jeweils 0,5 % zu erhöhen. Die restlichen 6,7 Millionen Euro sollten ins nächste Jahr vorgetragen werden.

Nachfolgend stellten die Vertreter der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Baker Tilly Roelfs ihren Prüfbericht vor. Hauptprüfungsgegenstand waren den Angaben zufolge die Buchführung, der Jahresabschluss und der Lagebericht. Ein uneingeschränkter Bestätigungsvermerk

## Deutsche Rentenversicherung (DRV) versus BÄV

**Fall: Geburtsjahrgang 1950, Rentenbeginn 2014, Eintrittsalter 30**

**35 Jahre Höchstbeitrag zur DRV      monatl. Rentenanspruch: 1.990 EUR**

**35 Jahre Höchstbeitrag zur BÄV      monatl. Rentenanspruch: 3.355 EUR**

Die Leistungen der Berliner Ärzteversorgung liegen deutlich über denen der DRV.

habe wie im Vorjahr erteilt werden können, da die Ordnungsmäßigkeit des Jahresabschlusses festgestellt worden sei. Es habe keinerlei Beanstandungen gegeben.

Wie im Vorjahr sprach sich VV-Mitglied Julian Veelken (Fraktion Gesundheit) in der anschließenden Diskussion gegen eine Dynamisierung der Renten aus; es wäre sinnvoller, die vollständige Gewinnrückstellung der Zinsschwankungsreserve zuzuführen. Er stellte daher einen entsprechenden Antrag. VV-Vorsitzender Elmar Wille (Liste Allianz) richtete in diesem Zusammenhang an die Wirtschaftsprüfer die Frage, wie die BÄV bei den Zinsschwankungsreserven und den stillen Reserven im Vergleich zu anderen berufsständischen Versorgungswerken liege. Mit einer Zinsschwankungsreserve von 7,0% der Deckungsrückstellung (Vorjahr: 6,5%) und stillen Reserven in Höhe von 9,4% der Buchwerte der Kapitalanlagen (Vorjahr: 6,3%) bewege man sich geschätzt im oberen Viertel, erklärte Wirtschaftsprüfer Helmut Heyer.

Von Kammerpräsident Günther Jonitz (Marburger Bund) gab es Nachfragen zur Zusammensetzung der Fonds und zur sozialen Verantwortung bei der Auswahl der Kapitalanlagen, Stichwort Divestment. Mälzer erklärte, dass ethische Aspekte bei der Wahl der Kapitalanlagen immer eine Rolle spielten. Mit dem Hinweis, dass Eigentum verpflichte, betonte Jonitz: „Es ist wichtig, dass wir unserer Gemeinwohlbindung nicht nur in der Kammer, sondern auch in der Berliner Ärzteversorgung gerecht werden.“

In der abschließenden Abstimmung verabschiedeten die VV-Mitglieder zunächst den Jahresabschluss 2014 einstimmig und entlasteten den Verwaltungs- und den Aufsichtsausschuss. Dann stimmten sie über den Antrag von Julian Veelken ab, auf die Dynamisierung der Renten zu verzichten. Der Antrag wurde bei zwei Stimmen, acht Gegenstimmen und einer Enthaltung abgelehnt. Der Vorschlag des Verwaltungs- und Aufsichtsausschuss über die Verwendung der Gewinnrückstellung erhielt hingegen in der anschließenden

Abstimmung acht Stimmen, eine Gegenstimme und zwei Enthaltungen.

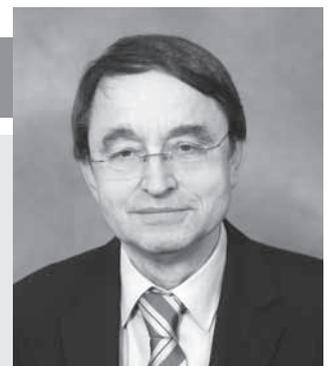
Danach erörterten die Vertreter die dritte Satzungsänderung der BÄV. Die wichtigste Neuregelung ist die Ergänzung von § 9 Absatz 6 („Altersrente“). Diese Änderung lässt künftig wesentlich flexiblere Modelle der Altersrente zu (s. Kasten). Martin Reiss, Geschäftsführer der Verwaltungsgesellschaft der Versorgungswerke (VGV), erklärte, dass die durch die Änderungen möglichen neuen Rentenmodelle edv-technisch äußerst anspruchsvoll seien, da es bei den Mitgliedern, die sich für eine vorgezogene Altersteilrente entschieden, erstmals Beitragseinnahmen und Rentenzahlungen zur gleichen Zeit geben werde. „Wir glauben an ein Erfolgsmodell, aber es wird sehr beratungsintensiv werden“, fügte er hinzu.

Zu den weiteren wichtigen Änderungen gehört u.a. eine Erhöhung der freiwilligen Zuzahlungsmöglichkeiten für die Mitglieder des Versorgungswerkes. Statt des bisher maximal 1,5-fachen Satzes sind künftig Zuzahlungen bis zum 1,8-fachen Satz möglich. Die Mitglieder haben damit die Möglichkeit, den steuerrechtlich zulässigen Sonderausgabenabzug in vollem Umfang durch Beitragszahlung an die BÄV zu realisieren. Viele Mitglieder nutzen die Möglichkeit, freiwillige Beiträge zur Aufstockung ihrer späteren Rentenansprüche in das Versorgungswerk einzuzahlen. Mit der Änderung wird dies ausgeweitet. Die Vertreter verabschiedeten schließlich die Satzungsänderung einstimmig.

srd

## Vorgezogene Altersteilrente

Bisher gibt es in unserer Ärzteversorgung die Möglichkeit, bis zu fünf Jahre vor der Regelaltersgrenze in den Ruhestand zu gehen. Natürlich nicht kostenfrei, der Abschlag beträgt 0,5 Prozent der Altersrente pro Monat Vorziehung – also bei vollen fünf Jahren 60 Mal 0,5 Prozent sind das mithin 30 Prozent Abschlag. Flexibilität gibt es also bisher nur auf der Zeitschiene – das Mitglied ist Rentnerin / Rentner oder versicherungspflichtige Ärztin / versicherungspflichtiger Arzt. Es gilt: einmal Rentner, immer Rentner. Das heißt, wenn ein Mitglied weiter ärztlich



tätig ist und ärztliches Einkommen erzielt, wird kein Beitrag mehr erhoben und es kann keine höhere oder zweite Rentenanswartschaft aufgebaut werden. Der Arbeitgeber muss jedoch für angestellte Rentner durchaus Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung abführen. Das wird mit der in der Vertreterversammlung vom 1. Oktober 2015 beschlossenen Satzungsänderung nun anders.

### Keine Hinzuverdienstgrenze

In Zukunft gibt es eine dritte Gruppe ärztlicher Mitglieder in der Berliner Ärzteversorgung, die bis zu fünf Jahre beides ist: Teilrentner oder Teilrentenbezieher und zugleich berufstätige Ärztin / berufstätiger Arzt. Dies verschafft die Möglichkeit, auch als Teilzeitbeschäftigter in einem MVZ oder mit einer halben Vertragsarztzulassung die „Restaltersrente“ durch Beitragszahlungen weiter zu steigern. Das Ganze kann in drei verschiedenen Stufen gemacht werden, 30, 50 oder 70 Prozent Rente je nach individuellen Möglichkeiten und Präferenzen. Das liegt in der Wahlfreiheit des Mitgliedes. Die einmal gewählte Stufe kann einmal verändert werden. Wichtig ist hier, dass für die Berliner Ärzteversorgung (anders als im Bereich der Deutschen Rentenversicherung Bund) keine Hinzuverdienstgrenze besteht. Auch hier hat sich die Vertreterversammlung für maximale Freiheitsgrade entschieden.

Es gibt eine Vielzahl von Möglichkeiten der Kombination von vorgezogener (voller) Regelaltersrente und vorgezogener Altersteilrente. Dazu passt auch, dass Änderungen im Steuerrecht es möglich machen, die freiwillige Zuzahlung (bisher begrenzt auf 1,5-fach) auf nunmehr 1,8-fach anzuheben. Bei einem Rechnungszins von immer noch 4 Prozent ist das sicher eine von Vielen gern wahrgenommene bessere Absicherung für Alter und Berufsunfähigkeit. Auch diese Änderung der Satzung fand allgemeine Zustimmung.

Betreffend die steuerlichen Auswirkungen der Vorziehung des Rentenzeitpunktes sei hier noch angefügt: der Übergang zur vollen nachgelagerten Besteuerung der Altersrenten wird erst im Jahr 2040 abgeschlossen sein, er erfolgt in kleinen 2-Prozent-Schritten. Da der steuerfreie Rentenanteil mit der ersten Teilrentenzahlung fixiert wird, hat die neue Variabilität der Teilrente aus Sicht des Mitgliedes ein weiteres Plus. Wenn zum Beispiel 2016 noch 28 Prozent, aber 2020 nur mehr 20 Prozent der Rente von der Steuer freigestellt werden, ist das eine Differenz, die Beachtung verdient. Dies kann nur ein allgemeiner Hinweis sein, jeder prüfe die Folgen für seine eigene Steuererklärung.

Das einstimmige Votum und die Kommentare in der Diskussion der Kolleginnen und Kollegen zeigten, dass eine Selbstverwaltung auf der regionalen Ebene und nahe der Basis sehr viel flexibler den Mitgliederinteressen folgend neue Regelungen schaffen kann, die Vielen den Übergang ins Alter erleichtern und für die anderen Mitglieder keine Nachteile bedeuten. Denn es gibt keine Geldtransfers von den Kolleginnen und Kollegen ohne Altersteilrenten zu denen mit Inanspruchnahme der vorgezogenen Altersteilrente. Der erste Jahrgang, der diese flexible Rente (30, 50 oder 70 Prozent) voll nutzen kann, ist 1955 geboren. Bei den vielen verschiedenen Modellen, die möglich sind, sollten Sie sich die neue Satzung genau ansehen und sich dann von Ihrer BÄV und auch Ihrem Steuerberater beraten lassen.

Ein Letztes: In Ihrem Interesse waren wir in der Vertreterversammlung an einem möglichst raschen Inkrafttreten der maßgeblichen Satzungsregelungen interessiert. Es wird derzeit davon ausgegangen, dass das im Dezember geschehen kann. Ab Februar des kommenden Jahres wird die Berechnung Ihrer individuellen Rentenhöhen in der Berliner Ärzteversorgung mittels eines eigens vorgesehenen Hochrechnungsprogramms unterstützt und damit schneller bearbeitet werden können als im Zuge gegenwärtiger Anfragen.

Dr. med. Elmar Wille  
Vorsitzender der Vertreterversammlung der Berliner Ärzteversorgung  
Vizepräsident der Ärztekammer Berlin

Den neuen ergänzten Wortlaut finden Sie in der Satzung unter der Überschrift „Altersrente“ in § 9 Absatz 6:

**Vorgezogene Altersrente kann auf schriftlichen Antrag auch als Teilrente in Höhe von 30 vom Hundert, 50 vom Hundert oder 70 vom Hundert gewährt werden. Der Jahresbetrag einer Teilrente errechnet sich aus den bis zum Renteneinweisungszeitpunkt entrichteten Versorgungsabgaben sowie gemäß Absatz 12 Satz 1 bis 5. Für jeden Monat der Inanspruchnahme der Teilrente vor Erreichen der Regelaltersgrenze gemäß Absatz 2 beträgt der Abschlag 0,35%-Punkte der Teilrente. Ein weiterer Rentenanspruch ist nur bis zur Altersrente in voller Höhe möglich. Die auch gemäß Satz 1 bis 4 vorgezogen werden kann.**

# Kinderärzte begrüßen vier neue Kinderschutzambulanzen an Berliner Kliniken

**Mehr als 6.000 Kinder in Berlin waren 2014 erwiesenermaßen der Gefahr ausgesetzt, misshandelt, missbraucht oder auf andere Art von Erwachsenen geschädigt zu werden. Ab Januar 2016 sollen nun vier neue Kinderschutzambulanzen an Kliniken die Arbeit im Berliner Kinderschutz verstärken. Das hat der Berliner Senat bereits Ende August beschlossen. Er will damit auch für Ärzte medizinisch-psychologisch-sozialpädagogisch kompetente Anlaufstellen für die Bewertung von Kindeswohlgefährdungen schaffen.**

Von Angela Misslbeck

Die Kinderschutzambulanzen sollen das Berliner Netzwerk Kinderschutz erweitern, das bereits 2007 geschaffen wurde. Sie werden an vier von insgesamt acht Krankenhäusern angesiedelt, die schon interdisziplinäre Kinderschutzgruppen vorhalten. Für die Ambulanzen wird an jeder der beteiligten Kliniken eine zusätzliche, im Kinderschutz kompetente Kinderkrankenschwester eingestellt. Sie übernimmt vor Ort die Koordination des multiprofessionellen Teams der Ambulanz. Zur Klärung von Verdachtsfällen auf Kindesmisshandlung stehen Ärzte in den Ambulanzen zur Verfügung. Das Spektrum der Verdachtsdiagnosen umfasst akute und chronische Formen von körperlicher oder seelischer Misshandlung, Vernachlässigung und sexualisierter Gewalt gegen Kinder und Jugendliche.

## Mehr als 11.000 Mal Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

Insgesamt prüften die Behörden in Berlin 2014 laut Statistik mehr als 11.000 Verdachtsfälle von Kindeswohlgefährdungen in Berlin. Über 6.000 akute oder latente Kindeswohlgefährdungen wurden dabei festgestellt. Eine akute Kindeswohlgefährdung stellten die Behörden bei 2.373 Kindern und Jugendlichen fest. Als akut wird eine Kindeswohlgefährdung eingestuft, wenn eine erhebliche Schädigung des körperlichen, geisti-

gen oder seelischen Wohls des Kindes oder Jugendlichen schon eingetreten ist oder mit ziemlicher Sicherheit zu erwarten ist.

Die meisten Anzeigen wurden von Polizei, Gerichten und Staatsanwaltschaft gestellt. Aber auch Schulen und Nachbarn setzten viele Verfahren zur Prüfung einer Kindeswohlgefährdung in Gang. Hebammen, Ärzte, Kliniken, Gesundheitsämter und ähnliche Einrichtungen brachten 648 mutmaßliche Kindeswohlgefährdungen zur Anzeige.

## Ambulanzen sollen Medizin und Sozialarbeit vernetzen

Die neuen Kinderschutzambulanzen sollen niedergelassene Ärzte und Mitarbeiter in den Kinder- und Jugendpsychiatrien gleichermaßen beraten wie Familienhelferinnen und Mitarbeiter aus verschiedenen Ämtern, die mit Kindern zu tun haben. Geplant ist, dass sie Unterstützung bieten, wenn es darum geht, eine Kindeswohlgefährdung zweifelsfrei festzustellen. Zum Team jeder Kinderschutzambulanz gehören neben der koordinierenden Krankenschwester und den Kinderärzten auch Kinderpsychologen und Sozialarbeiter. Die Ambulanzen sollen dabei auch als Bindeglied zwischen Medizin und Sozialarbeit fungieren.

Das Konzept für die Ambulanzen wurde unter Mitwirkung des Berufsverbands

der Kinder- und Jugendärzte in Berlin von gleich drei Senatsverwaltungen entwickelt. An der Querschnittsaufgabe Kinderschutz arbeiten die Senatorin für Bildung, Jugend und Wissenschaft, Sandra Scheeres (SPD), der Gesundheits- und Sozialsenator Mario Czaja (CDU) und Justizsenator Thomas Heilmann (CDU) zusammen.

Scheeres betrachtet die neuen Ambulanzen als Kompetenzzentren, in denen speziell geschultes Personal künftig in Zweifelsfällen mehr Klarheit schaffen kann. „Wir dürfen in unseren Anstrengungen um einen bestmöglichen Kinderschutz nicht nachlassen“, so ihr Appell. Sie verwies darauf, dass es im Zuge von Gefährdungseinschätzungen immer wieder auch Grenzfälle gebe, in denen es Fachkräften schwerfalle, eine Kindeswohlgefährdung zweifelsfrei festzustellen. „Je frühzeitiger wir aber Misshandlungen und Vernachlässigungen erkennen, desto besser können wir Kinder schützen“, zeigte sich die Jugendsenatorin überzeugt.

## Kooperation mit Gewaltschutzambulanz geplant

Gesundheitssenator Czaja betont, dass die Ambulanzen das bisherige Kinderschutz Netzwerk um medizinischen Sachverstand erweitern. „Mit der Etablierung von regionalen Kinderschutzambulanzen wird vor allem eine ärztliche Expertise zum medizinischen Kinderschutz zur Verfügung gestellt und dadurch das bestehende ‚Netzwerk Kinderschutz‘ in Berlin um einen wichtigen Baustein erweitert“, so Czaja. Besonders erfreut zeigte er sich, dass Kinderkrankenschwestern und -pfleger die Koordination übernehmen. Sie würden damit „ein unverzichtbares Bindeglied zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitssystem.“

Justizsenator Heilmann verwies auf die juristischen Aspekte: „Die gerichtsfeste und zeitnahe Sicherung von Misshandlungs- und Missbrauchsspuren ist von großer Bedeutung für ein eventuelles späteres Gerichtsverfahren“, so Heil-

mann. Nach seinen Angaben werden die Kinderschutzambulanzen dazu mit dem rechtsmedizinischen Dienst der Gewaltschutzambulanz zusammenarbeiten. Dieser Dienst arbeitet laut Heilmann seit über einem Jahr erfolgreich. Er werde auch die betroffenen Kinder begutachten und die wichtige gerichtsfeste Dokumentation sicherstellen, kündigte der Justizsenator an. „Wir wollen die Kinder schützen und die Täter bestrafen“, so Heilmann weiter.

Die Gewaltschutzambulanz der Rechtsmediziner Professor Michael Tsokos und Dr. Saskia Etzold in der Charité untersucht schon jetzt viele Kinder. Laut Etzold sind etwa 40 Prozent der Patienten dort Kinder. Meist würden sie vom Jugendamt oder dem Kindernotdienst an die Ambulanz verwiesen.

### **Berufsverband der Kinderärzte erfreut, aber skeptisch**

Über die Reichweite der vier neuen Kinderschutzambulanzen gibt es jedoch

geteilte Meinungen. Während der Senat von einer flächendeckenden Versorgung der Stadt spricht, betrachtet der Berliner Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) die vier Einrichtungen eher als einen Anfang. „Wir finden es gut, wenn im Kinderschutz etwas getan wird. Doch man muss abwarten, ob das jetzt Beschlossene ausreicht“, sagte Verbandssprecher Jakob Maske. Er lobte das Engagement der Kliniken, die sich daran beteiligen. Zwar bringe ihnen diese Mitwirkung zusätzliches Geld und Personal, aber der Kinderschutz sei kein Thema mit dem man sich beliebt mache, so Maske.

Der Berliner Kinderarzt verwies zudem auf die fehlende Finanzierung für Kinderschutzaufgaben in der ambulanten Versorgung. „Kinderschutz in der ambulanten Medizin ist nicht bezahlt. Gemacht wird er trotzdem“, sagte Maske. Die niedergelassenen Ärzte arbeiten dabei nach seinen Angaben bereits mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) zusammen. „Doch da wur-

de in den letzten Jahren immer wieder gekürzt“, kritisierte der Verbandsprecher. Es sei ein Armutszeugnis, dass es der ÖGD noch nicht einmal mehr schaffe, die Rahmenbedingungen für die ehrenamtliche Mitarbeit der Kinderärzte zu schaffen, sagte Maske mit Blick auf die aktuellen zusätzlichen Aufgaben im Kinderschutz für Flüchtlingskinder. Insgesamt begrüßt er das Konzept der Kinderschutzambulanzen jedoch. „Wir sind überzeugt, dass die Kinderschutzambulanzen ein wichtiger Baustein sind. Das zeigen die Erfahrungen aus anderen Bundesländern“, so Maskes Fazit.

aml



## Liebe Leserinnen und Leser,

nachfolgend lesen Sie eine „Arztgeschichte“ der polnischstämmigen Ärztin Malgorzata J.M. Nowaczyk, die an der kanadischen McMaster University als Professorin am Institut für Pathologie und Molekularmedizin arbeitet. Die Geschichte ist ein exzellentes Beispiel für narrative Medizin. Damit möchten wir Sie anregen, uns Ihre Geschichten zu schicken. Geschichten, die Sie in Ihrem ärztlichen Alltag mit Ihren Patienten bewegt haben und von denen Sie meinen, dass sie für Ihre Kolleginnen und Kollegen von Interesse sein könnten.

Wir freuen uns auf Ihre Geschichten unter [presse@aekb.de](mailto:presse@aekb.de)

Die Redaktion

## Die Anfänge

„Erklären Sie mir das“, sagt Meghan, während sie ihren Blick von Adèles Augen abwendet und in meine sieht. „Erklären Sie mir, was das bedeutet“. Sie streicht die blonden Locken aus Adèles Stirn und drückt sie fester an sich, wobei sie ihr Gesicht in Adèles Nacken schmiegt. Als der puppenhafte Kopf nach hinten fällt, hält ihn Meghan mit ihrer Hand fest. George, Adèles Vater, hat den Arm um seine Frau gelegt und schließt die Augen. Ich frage mich, was er denkt.

So nimmt die Geschichte ihren Lauf. Erneut.

Das kurze, aufsässige Chromosom 15 entfaltet sich, wobei seine Falten und Knicke geglättet werden. Zusammen mit den weiteren 45 Chromosomen macht es sich bereit für den großen Einsatz: sicherstellen, dass ihre Gene circa weitere 30 Jahre überleben. Vervielfältigung für die nächste Generation. Jede einzelne Sequenz muss exakt kopiert werden, damit das Ergebnis als genetische Blaupause für einen gesunden, robusten Körper fungieren kann. Fehler sind hierbei nicht erlaubt: Mit einem DNA-Reparaturprozess werden die Kopien immer wieder überprüft. Dabei werden die entstehenden Stränge vor- und rückwärts auf das Vorliegen von Fehlern untersucht.

In diesem Fall jedoch stolpert vor ungefähr 1.300 Jahren in den Ruinen des Römischen Reichs eine bestimmte DNA-Polymerase. Sie stottert und spuckt eine Sequenz aus vier Nukleotiden zweimal aus. Die Ligase saust vorbei und fügt das duplizierte Fragment in ein kurzes Exon eines kleineren Gens ein, das sich im unteren Drittel des Chromosoms versteckt. Im Reparaturprozess wird die Insertion übersehen – so klein und leicht zu übersehen, wie sie ist. Das Spermium mit dem fehlerhaften Gen überlebt. Der Schlag seines Schwanzes befördert es erfolgreich den Uterus und Eileiter hinauf und durch die Zellmembran des Eis, das ihm entgegen wandert. Bei diesem Rennen schlägt es Millionen anderer Spermien und befruchtet das Ei. Die runde Zygote teilt sich immer weiter, wobei sich ein gedeihender Embryo bildet und der Fehler in allen Zellen des gesunden weiblichen Fötus reproduziert wird. Ihre eigenen Eier beginnen sich bereits deutlich vor ihrer Geburt zu teilen. Die Hälfte davon ist mit der Insertion belastet.

Das betroffene Gen kodiert für ein sehr wichtiges Protein im Rahmen der zellulären Reinigung. Es nimmt verwendete Fette und Lipide auf und spaltet sie. Wenn dieses Gen fehlt, weil nur zwei jeweils defekte Kopien vorliegen, versinken die Zellen in ihrem eigenen Abfall

und gehen schließlich an den abnormen Metaboliten zugrunde. Die Neuronen sind zuerst betroffen: Das Gehirn – geschwollen und verfettet – kann sich nicht normal entwickeln.

Das Mädchen kommt schreiend auf die Welt; es ist lebhaft und windet sich in den Händen der Hebamme. Seine Zellen tragen eine Kopie des veränderten Gens. Es ist allerdings gesund, da die andere Kopie ausreicht, um die gesamte erforderliche Arbeit zu leisten. Das Mädchen überlebt ohne die Schicksalsschläge, die damals häufig eintraten: Sie infiziert sich weder mit dem Mumpsvirus, das sie unfruchtbar macht, noch mit dem Bakterium, das die tödliche Pest überträgt; sie fällt in keinen Brunnen und wird nicht durch ein ausschlagendes Pferd am Kopf getroffen. Sie wird älter und heiratet einen jungen Mann mit warmen braunen Augen, den ihre Eltern für sie ausgewählt haben. Die Hälfte ihrer hübschen Kinder – die Mädchen mit lockigem Haar und rosigen Wangen, die Jungen groß und breitschultrig – sind Träger des veränderten Gens. Auf ein Viertel ihrer Enkel trifft dies ebenfalls zu. Mittlerweile haben sie und ihre jüdischen Glaubensbrüder und -schwester sich vom Alpenvorland in Richtung Norden aufgemacht und das Rheinland erreicht. Sie hat viele Enkel, ihre Enkel haben viele Enkel und auch ihre Urgroßenkel wiederum haben viele Enkel. Einige bleiben zurück und werden als

Aschkenasen, „die Juden Deutschlands“, bezeichnet. Andere wandern in Richtung Osten bis nach Polen, wo ihnen im 14. Jahrhundert Kasimir der Große Privilegien gewährt und sie als „Volk des Königs“ schützt. Es geht ihnen gut. Sie heiraten und pflanzen sich fort.

Auf ihren Reisen gibt es jedoch in fast jeder Generation weinende Mütter, deren Babys nie lächeln, deren Kleinkinder nicht krabbeln und deren Kinder jung sterben – taub, blind und gelähmt, sich an ihrem eigenen Speichel verschluckend oder verhungern, unfähig zu schlucken; und Väter, die nicht mehr lächeln, da sie einen Sohn nach dem anderen und eine Tochter nach der anderen verlieren. Die Paare, die ihre Kinder begraben, sind diejenigen, die beide eine Kopie des mutierten Gens tragen – die Nachkommen des italienischen Mädchens. Nur wenn die zweite Kopie des betroffenen Gens ebenfalls mutiert ist, kommt es in der Entwicklungsphase des Gehirns zu einer Schädigung. Den anderen Babys des Paares geht es gut, im Laufe der Zeit tragen aber immer mehr Nachkommen des Mädchens das Killergen in sich und Eltern verlieren ihre Kinder.

So geht es immer weiter. Das Gen überlebt über sieben Jahrhunderte. In den Nischen des genetischen Codes wird es still weitergegeben und offenbart nur gelegentlich seine grässliche Mutation, die zu Kummer und Verlust führt.

Manche Nachkömmlinge des Mädchens wandern in die Neue Welt aus; den Kindermörder können sie jedoch nicht abhängen. Bei denen, die zurückbleiben, geht das Gen in dem menschlichen Rauch auf, der aus den Krematorien aufsteigt; getötet anstatt zu töten. Dann schlummert es über drei weitere Generationen in den Genen.

Bis zu einem Dienstagmorgen im Frühling zu Beginn des 21. Jahrhunderts in meinem Behandlungszimmer, das erfüllt ist von den Sonnenstrahlen, die durch die Fenster hereinfallen. Ich blicke über meinen Schreibtisch auf die sieben Monate alte Adèle mit ihren goldenen Locken und den blauen Augen mit den dunklen, geschwungenen Wimpern. Sie liegt friedlich in den Armen ihrer Mutter, ein Mona-Lisa-Lächeln auf ihren Erdbeerlippen. Sie strampelt nicht, sie brabbelt nicht, sie schaut geradeaus ohne irgendetwas zu fixieren – eine Stoffpuppe mit Pfirsichhaut. Adèle wurde in die genetische Sprechstunde überwiesen, da sie nicht nach Spielsachen greift, ihren Kopf nicht halten kann und vor ungefähr einem Monat aufgehört hat, vor sich hin zu krähen. Natürlich weiß Meghan, dass etwas nicht stimmt. Adèle ist ihr drittes Kind. George, Adèles großer und breitschultriger Vater, der seinen Arm um Meghans Schulter gelegt hat, wendet den Blick von Meghan ab, nur um mich wie ein Mann anzusehen, der keine Zukunft hat.

Während sie auf dem Untersuchungstisch lag, bat ich Meghan, sie festzuhalten, als ich nach dem Ophthalmoskop griff, um ihre Augen zu untersuchen. „Sie könnte sonst vom Tisch rollen“, sagte ich.

„Ich würde vor Freude aufspringen und jubeln, wenn das der Fall wäre“, sagte George.

Der kirschrote Punkt mit dem milchigen Hof auf ihrem Augenhintergrund verriet mir alles, was ich wissen musste: die Vergangenheit von Adèles Volk und ihre eigene kurze Zukunft. Ich habe dies so oft gesehen und der Schrecken darüber hat nie nachgelassen. Ich weiß, was ich jetzt sagen muss und ich möchte es so lange wie möglich hinauszögern.

Bevor ich ansetze, sagt Meghan: „Es ist die Tay-Sachs-Krankheit, richtig?“ Ihre Augen sind weit geöffnet, die Pupillen erweitert. Sie fragt nicht, sie weiß es. Die Hand von George umklammert Meghans Schulter.

Ich schließe meine Augen und nicke: „Ja“.

Verfasserin:

Malgorzata J.M. Nowaczyk, MD, FRCPC, FCCMG, FACMG  
Associate Professor, Molecular Medicine & Pathology and Pediatrics  
CCMG Program Director  
Pediatrician and Clinical Geneticist  
McMaster University, Hamilton, Kanada

# Ärztliche Suizidbeihilfe zwischen Strafbarkeit und Straffreiheit

Unter dieser Ankündigung informierte der Menschenrechtsausschuss der Ärztekammer Berlin am 12. Oktober 2015 im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung über die aktuell dem Deutschen Bundestag zur Abstimmung vorliegenden vier Gesetzesentwürfe zur Sterbehilfe. Dass in der Veranstaltung nicht nur die wesentlichen Inhalte der Entwürfe und deren Unterschiede anschaulich und verständlich dargestellt, sondern die unterschiedlichen Facetten des innerärztlichen Diskurses auch nahezu umfassend beleuchtet worden sind, dafür sorgten ausgewiesene Experten der Materie. Michael

Janßen, Facharzt für Allgemeinmedizin und Mitglied des Ausschusses für Menschenrechtsfragen der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Achim Rieger, Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und seit vielen Jahren als Facharzt für Allgemeinmedizin palliativmedizinisch tätig und Dr. med. Florian Bruns, wissenschaftlicher Mitarbeiter im Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin der Charité, gelang es, sich dem Thema aus ganz unterschiedlichen Richtungen und Perspektiven ihrer Professionalität zu nähern und in der nachfolgenden Diskussion gemein-



Der Geschäftsführer der Ärztekammer Berlin, Michael Hahn, begrüßt die Teilnehmer der Fortbildungsveranstaltung des Ausschusses für Menschenrechtsfragen.

sam mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Veranstaltung einen Eindruck von den verschiedenen Ansatzpunkten und Strömungen der aktuellen Debatte und aus der Praxis zu vermitteln.

## Was sonst noch passierte ...

### Entschuldigung!

US-Präsident Obama entschuldigt sich bei „Ärzte ohne Grenzen“ dafür, dass versehentlich ein Krankenhaus in Kundus bombardiert wurde und dabei 32 Menschen ums Leben kamen.

Russlands Ministerpräsident Putin musste sich dafür entschuldigen, dass seine Kampfflugzeuge in Nordsyrien versehentlich die Falschen beschossen haben. Aber das kommt erst noch oder vielleicht kommt es auch gar nicht.

Frau MdB Renate Künast verlangt vom Bundesärztekammerpräsidenten Montgomery eine Entschuldigung dafür, dass er in der Diskussion um die Sterbehilfe deren Befürworter in die Nähe des Begriffs „Euthanasie“ gebracht habe. Ob sich Montgomery für seine Wortwahl entschuldigen wird?

Es ist schon bemerkenswert, mit welcher Verve sich Leute über das Thema „Sterbehilfe“ in die Haare kriegen, obwohl sie ihm weder biologisch noch professionell nahe stehen. Aber das kann keine Entschuldigung für die Beunruhigung der

Öffentlichkeit sein, denn eigentlich konnten die Menschen in Deutschland mit der bisherigen Regelung ganz gut leben und gegebenenfalls auch sterben.

Manche Krankenkassen müssten sich dafür entschuldigen, dass sie nach geheim geführten Verhandlungen billigen Grippeimpfstoff einkaufen und ihre Klienten höchst unzureichend darüber unterrichten, wodurch sie sich zu dieser riskanten Sparsamkeit veranlasst sehen.

Nach allem, was aus der winterlichen Südhälfte der Erde bekannt geworden ist, haben wir mit einer deftigen Grippewelle zu rechnen, deutlich mehr Erkrankungen als 2013/14. Und seit ewigen Zeiten werden die chronischen Impfverweigerer gemahnt, sich über ihre konstruierten Bedenken hinweg zu setzen und sich ihrer Pflichten gegenüber ihren Kindern und der Allgemeinheit zu besinnen. Es gibt eigentlich keine vernünftige Entschuldigung, eine angezeigte Impfung zu versäumen! Eigentlich! Außer, es wird ein zweitbesten Impfstoff angeboten...

Bei der hochkomplizierten und dauernden Veränderungen unterworfenen virologischen Konstellation ist der Arzt, der seinem Patienten zu einer Grippeimpfung rät, darauf angewiesen, dass die Empfehlungen der STIKO, der Weltgesundheitsorganisation und des Paul-Ehrlich-Institutes 100%ig umgesetzt werden. Vertrauen muss möglich sein!

Da muss erklärt werden, warum manche Krankenkassen einen trivalenten Impfstoff (A/California; A/Switzerland; B/Phuket) und andere einen quadrivalenten Impfstoff mit der zusätzlichen Komponente B/Brisbane anbieten. Es darf nicht der Verdacht genährt werden, es seien die 5 Euro entscheidend, die der eine billiger als der andere ist. Sicherlich ist es wichtig, angesichts der drohenden Erhöhung der GKV-Beiträge auf Verschwendung zu verzichten und nicht wieder zig Millionen unnötigerweise beschaffter Impfdosen vernichten zu müssen wie vor ein paar Jahren. Aber es wäre doch schön, wenn der bestmögliche Impfstoff allen, die von einer Impfung profitieren, zur Verfügung stehen würde und nicht nur denen, die ihn kaufen (können). Idm

# BERLINER ÄRZTE

11/2015 52. 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.  
Dipl.-Medienwirtin (FH) Michaela Braun  
(Redaktionsassistentin)  
**Redaktionsbeirat:**  
PD Dr. med. Dietrich Banzer  
Dr. med. Regine Held  
Michael Janßen  
Univ. Prof. Dr. med. Harald Mau  
Dorothea Spring  
Julian Veelken  
Dr. med. Thomas Werner  
Dr. med. Roland Urban  
**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 ihrer nahestehenden 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:** Quintessenz Verlags-GmbH  
Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin, Telefon: 030 76180-5  
Telefax: 030 76180-680, www.quintessenz.de  
Geschäftsführung: Dr. h. c. H.-W. Haase /  
Dr. A. Ammann / C. W. Haase

**Anzeigenverwaltung  
Leipzig:** Paul-Grüner-Str. 62, 04107 Leipzig,  
leipzig@quintessenz.de  
Anzeigendisposition: Melanie Bölsdorff  
Telefon: 0341 710039-93, Telefax: 0341 710039-99  
boelsdorff@quintessenz.de

**Druck:** Brühlsche Universitätsdruckerei GmbH & Co. KG  
Am Urnenfeld 12, 35396 Gießen

*Es gilt die Anzeigenpreisliste 2015, gültig ab 01.01.2015.*

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 € 84,50 inkl. Versandkosten, Patenschaftsabo Berlin-Brandenburg € 57,00 inkl. Versandkosten, im Ausland € 84,50 (zzgl. Versandkosten). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 5,80 zzgl. € 2,50 Versandkosten.

ISSN: 0939-5784

Copyright © by Quintessenz Verlags-GmbH, 2015