

# BERLINER ÄRZTE

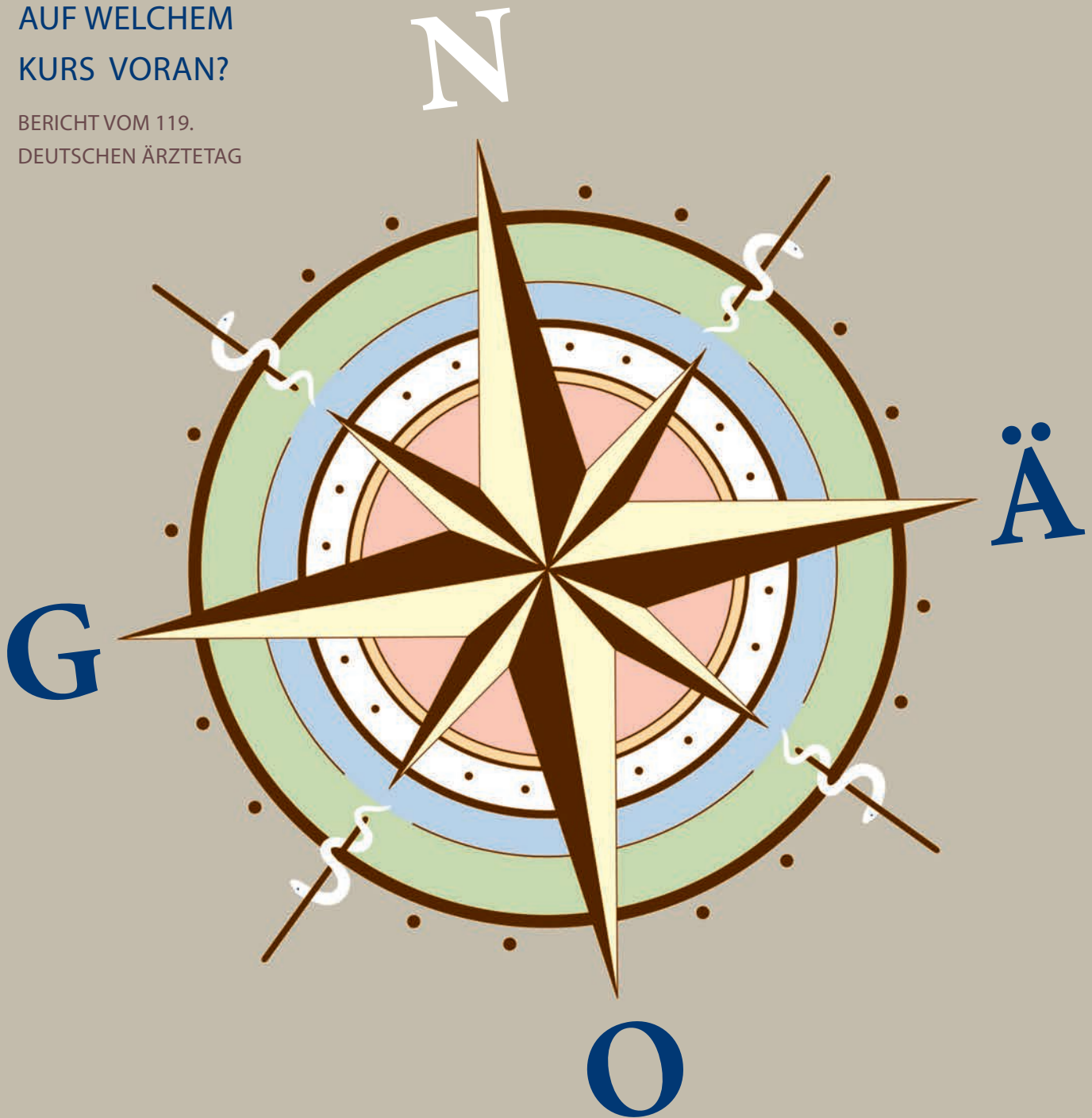
07/2016 53. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin

NACH HAMBURG:

AUF WELCHEM  
KURS VORAN?

BERICHT VOM 119.  
DEUTSCHEN ÄRZTETAG



## Sturm im Wasserglas



Foto: K. Friedrich

**Dr. med. Günther Jonitz**  
Präsident der Ärztekammer Berlin,  
Chirurg

Bereits im Vorfeld war der 119. Deutsche Ärztetag durch die Diskussion um die Novelle der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) geprägt. Der Unmut war groß. Im Januar war auf dem Sonderärzttag die GOÄ-Novelle – gegen das Votum der Ärztekammer Berlin – zunächst begrüßt worden. Im März jedoch hat der Vorstand der Bundesärztekammer die Novellierung einstimmig gestoppt. Nach Bekanntwerden dieser Entscheidung wurde die Kritik sowohl am Prozess als auch an inhaltlichen Eckpunkten der Novellierung lauter. Gleich zu Beginn des Ärztetages kam dies durch einen Antrag zur Abwahl des Präsidenten der Bundesärztekammer fulminant zum Ausdruck. Allerdings war von den großen Verbänden, die den Protest gegen Montgomery angeführt hatten, vor Ort praktisch nichts mehr zu spüren. Der Tagesordnungspunkt „Abwahl“ fand deutlich keine Mehrheit. Die Vertrauenskrise gegenüber der Führung der Bundesärztekammer war dennoch erkennbar.

Dafür war die Diskussion um die GOÄ anschließend von Sachlichkeit geprägt. Das, was wir Berlinerinnen und Berliner mit dem Sonderärzttag zu erreichen versucht hatten, wurde somit nachgeholt. Einige deutlich formulierte Anträge aus Berliner Feder wurden zwar abgelehnt – wie etwa die Forderung nach Ablehnung der sogenannten Gemeinsamen Kommission. Gleichwohl sind die inhaltlichen Bedenken unserer Delegiertenversammlung z.B. bezüglich der Änderung des „Paragrafenteils“ etc. nun definitiv in der Diskussion angekommen. Klaus Reinhardt, neuer Vorsitzender des Ausschusses „Gebührenordnung“, präsentierte seine Vorstellungen zum Procedere. Man darf

gespannt sein, ob die Knackpunkte, bspw. die erneut beschlossene bessere Zusammenarbeit mit Berufsverbänden und Fachgesellschaften für die Leistungslegendierung wie angekündigt erfolgen wird.

Und sonst? Inhaltlich kritisch beleuchtet wurde ein breites Spektrum an Themen:

- die medizinische Versorgung von Flüchtlingen,
- die Ökonomisierung der Medizin, u.a. fixiert in Chefarztverträgen mit ökonomischen anstelle von qualitativen Vorgaben,
- die immensen Kostensteigerungen für Arzneimitteltherapie aufgrund von marktgesteuerter Preisgestaltung durch Pharmaunternehmen, die Prof. Ludwig von der Arzneimittelkommission in einem exzellenten Vortrag beleuchtete.
- Abgelehnt wird vom Deutschen Ärztetag zudem die Einführung eines arztparallelen Heilberufs in der psychotherapeutischen Versorgung, wie sie sich bei der vom Bundesministerium für Gesundheit geplanten „Novellierung des Psychotherapeutengesetzes“ anzukündigen scheint.
- Der Status quo des langwierigen Projektes zur Novellierung der Weiterbildungsordnung wurde anhand eines Sachstandsberichtes diskutiert.

Die Nachwahl eines weiteren Mitglieds in den Vorstand der Bundesärztekammer gestaltete sich spannend: Im zweiten

Wahlgang wurde mit vier Stimmen Vorsprung Frau Dr. Susanne Johna (Interntistin) als Kandidatin des Marburger Bundes (MB) gewählt. Die Kandidatin der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, Frau Monika Buchalik (Allgemeinmedizinerin), hatte mit knapper Niederlage das Nachsehen. Wer berücksichtigt, dass der MB maximal ein Drittel der Delegierten des Ärztetages stellt und in den Landesärztekammern Bayern, Baden-Württemberg, Thüringen, Sachsen, Sachsen-Anhalt jeweils auf einen „MB-Kammerpräsidenten“ ein niedergelassener Kollege resp. eine Kollegin nachfolgte, erkennt die Tragweite dieser Wahl.

Gelebte Demokratie führt idealerweise dazu, dass wir uns auf die inhaltliche Diskussion ärztlicher Themen konzentrieren können. Deshalb sei an dieser Stelle der Aufruf an alle ambulant tätigen Kolleginnen und Kollegen erlaubt: Beitragen Sie sich an den Wahlen zur Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin im September! Es kandidieren 10 Listen, die auf ihre Standpunkte und Ziele hinweisen werden. Beziehen Sie Position für eine ärztliche Selbstverwaltung in Berlin, die im Sinne der Ärzteschaft – in Ihrem Sinne! – politisch-konstruktiv aktiv ist!

Mein herzlicher Dank geht an die Berliner Ärztetagsdelegierten, an das Team der Ärztekammer Berlin

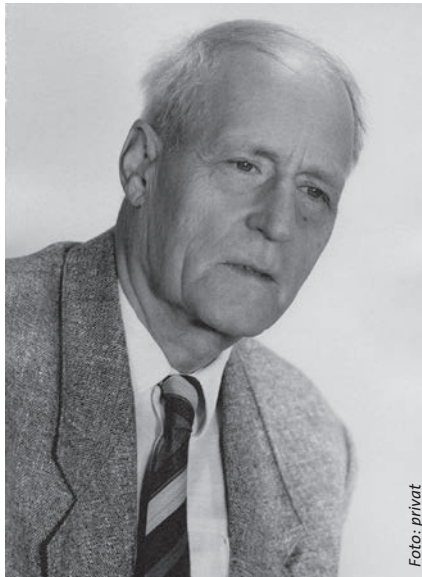
und mit herzlichen kollegialen Grüßen

Ihr

# Volker Schliack zum 95.

Der 95. Geburtstag von OMR Dr. sc. med. Volker Schliack (\*21. Juli 1921) ist Anlass, der imponierenden Lebensleistung des letzten noch lebenden Katsch-Schülers\* zu gedenken. Er war zweifellos über Jahrzehnte die prägende Persönlichkeit für die Diabetologie in Berlin und der DDR. Als Oberarzt am Institut für Diabetes in Karlsburg fand er 1950 erste wissenschaftliche Anerkennung durch eine Diabetes-Reihenuntersuchung im Raum Anklam, bei der 10 Mal mehr Diabetiker entdeckt wurden, als vorher bekannt waren. Der Früherkennung des Diabetes und seiner Vorstadien galt seitdem zeitlebens seine besondere Aufmerksamkeit. Es ist wenig bekannt, dass u. a. der standardisierte orale 75g-Glukosetoleranztest – heute eine allgemein praktizierte Methode – von ihm eingeführt wurde. 1955 leitete er auch die erste westdeutsche Diabetessuchaktion.

1958 wurde Schliack Direktor der Zentralstelle für Diabetes und Stoffwechselkrankheiten in der Berliner Klosterstraße. Sukzessiv baute er ein einmaliges Diabetes-Großstadt-Modell auf. Er entwickelte die Zentralstelle zu einem multidisziplinären, ambulant tätigen Zentrum (Poliklinik) mit Fachabteilungen für Kardiologie, Geburtshilfe, Augenheilkunde, Neurologie, Kinderheilkunde, Röntgen, Dermatologie, Labor, Forschung sowie Statistik und inaugurierte in jedem Ostberliner Stadtbezirk eine Stadtbezirksstelle mit erfahrenen Diabetologen, die fachlich der Zentralstelle angeschlossen waren. Zusätzlich gründete und leitete Schliack in Personalunion als Chefarzt die Klinik für Diabetes und Stoffwechselkrank-



heiten in Berlin-Kaulsdorf (mit 150 Betten, einschl. Komastation, Gangränstation und Dialyseabteilung). Hinzu kam eine teilstationäre Nachtambulanz. Diese war eine Weltneuheit und fand internationales Interesse, da die Diabeteseinstellung nachts unter Alltagsbedingungen (bei beruflicher Tätigkeit tagsüber) erfolgte.

In diesem weltweit einzigartigen Betreuungssystem wurden über drei Jahrzehnte alle Ostberliner Diabetiker – mehr als 48.000 (Stand: 1989) – nach einheitlichen Kriterien für Diagnostik und Therapie betreut. Von Berlin aus leitete Schliack fachlich auch die Bezirks- und Kreisdiabetologen, Diabeteskliniken in mehreren Bezirksstädten sowie drei Diabetessanatorien an. Neben Diabetes-Reihenuntersuchungen in den einzelnen Bezirken koordinierte er die Erfassung aller Diabetiker der DDR („Diabetesregister“).

Zudem war er Gründungsmitglied der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), deren Ehrenmitglied er heute noch ist. An der Berliner Charité hatte er einen Lehrauftrag für Diabetes. Seine Konsiliartätigkeit war im In- und Ausland geschätzt.

Das System der umfassenden Diabetesbetreuung wurde international zum anerkannten Vorzeigeprojekt der DDR. Neben vielen Experten aus dem Ausland weilte 1974 auch der Generalsekretär der WHO, Dr. H. Mahler, zu einem Informationsbesuch in der Berliner Diabetozentrale. Schliacks internationale Reputation belegen die Gründung des Internationalen Komitees für Diabetessuche der Internationalen Diabetes Federation (IDF) und der Europäischen Studiengruppe für Diabetesepidemiologie, deren Vorsitz er auch innehatte. Für seine Verdienste wurde er mit der Katsch-Medaille\* ausgezeichnet.

Volker Schliack war – trotz seiner exponierten Stellung immer parteilos – ein fachlich hochgeachteter, visionärer Chef mit einer charismatischen Persönlichkeit und einfühlsamen Art im Umgang mit seinen Mitarbeitern. Jeder seiner Schüler wird schmunzeln, wenn er sich des geflügelten Ausdrucks von Volker Schliack „Kinderchen macht mal ....“ erinnert.

1986 trat er in den Ruhestand und musste die Auflösung seines Lebenswerks während der politischen Wende in Deutschland nicht mehr unmittelbar miterleben. Er war dennoch weiterhin viele Jahre international aktiv.

Wir wünschen Volker Schliack noch viele Jahre Gesundheit und Wohlergehen im Kreise seiner Familie, Freunde und Verehrer.

Seine ehemaligen Oberärzte der Diabetesklinik in Krankenhaus Kaulsdorf.

Priv. Doz. Dr. med. Peter Singer  
Dr. med. Elke Austenat

\* Prof. Dr. med. Gerhardt Katsch war Gründer des weltweit ersten Diabetikerheims in Garz/Rügen (1935) sowie des international renommierten Diabetes-Instituts in Karlsburg bei Greifswald (1947) und gilt als der Nestor der Diabetologie in Deutschland.



TITELTHEMA



Foto: S. Rudat

# KEINE STURMFLUT IN HAMBURG

Bericht vom 119. Deutschen Ärztetag in Hamburg

Die von Einigen erwartete Revolution ist auf dem 119. Deutschen Ärztetag in Hamburg ausgeblieben. Personell gab es keine Veränderungen, doch das Thema GOÄ wurde intensiv diskutiert. Welche Themen es neben der Gebührenordnung für Ärzte sonst noch an der Elbe gab, lesen Sie in diesem Bericht.

Von Sascha Rudat .....14

**Ärzte für gesundheitliche Chancengleichheit** Rede von Sir Michael Marmot auf dem 119. Deutschen Ärztetag ..... 20

„Wir sind ein gutes Stück weitergekommen“ Elmar Wille zur GOÄ-Novelle ..... 21

Was die Berliner Delegierten denken ..... 22

Rechtliche Erläuterungen zu den wichtigsten Beschlüssen des 119. DÄT zur GOÄ-Reform von Martina Jaklin..... 28

EDITORIAL.....	<b>Günther Jonitz mit dem Bundesverdienstkreuz ausgezeichnet</b>
<b>Sturm im Wasserglas</b>	Von Michaela Peeters.....39
Von Günther Jonitz.....3	
BERLINER ÄRZTE <i>aktuell</i> .....6	FORTBILDUNG.....
BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....	<b>Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin</b> .....30
<b>Der elektronische Arztausweis (eA): Ausgabe erfolgreich gestartet</b> .....34	PERSONALIEN.....
.....	<b>Volker Schliack zum 95.</b>
<b>Wert und Nutzen für den Patienten im Fokus</b>	Von Peter Singer und Elke Austenat.....4
Bericht vom 1. Deutschen Kongress Value Based Healthcare	<b>Dietrich Bodenstein zum 75.</b>
Von Sabine Rieser.....36	Von Uwe Torsten.....33
	<b>In Memoriam Rainer Gensch</b>
	Von Bernward Siebert..... 41



### Neuer Masterstudiengang Public Health in Berlin

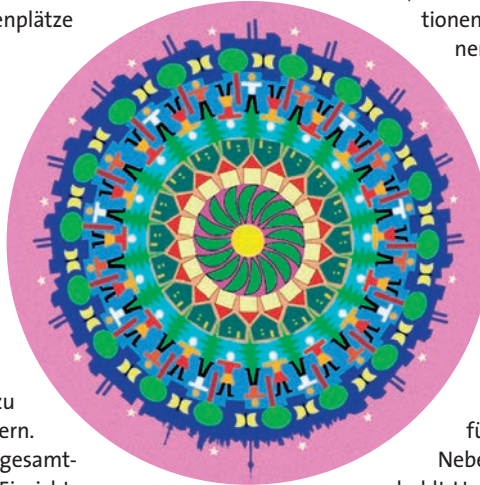
Die Berlin School of Public Health (BSPH) bietet ab dem kommenden Wintersemester einen neuen Studiengang im Bereich Gesundheitswissenschaften an: den Master of Science in Public Health (MScPH). Als konsekutiver Master wird der neue Studiengang hochschulübergreifend von den drei beteiligten Einrichtungen, der Charité – Universitätsmedizin Berlin, der Technischen Universität Berlin (TU) und der Alice Salomon Hochschule Berlin, angeboten. Der Bewerbungszeitraum reicht noch bis zum 15. Juli. Insgesamt stehen 60 Studienplätze zur Verfügung.

Public Health ist eine eigenständige, stark multi- und interdisziplinäre Wissenschaft. Im Vordergrund steht nicht nur die individuelle Gesundheit einer Person, sondern insbesondere die Gesundheit der gesamten Bevölkerung. Forschung und Lehre in Public Health befassen sich mit den Bedingungen für Gesundheit und den Ursachen von Krankheit, den Wechselwirkungen zwischen Menschen und ihrer Umwelt sowie den Leistungen des Gesundheitssystems und den Möglichkeiten, dieses System politisch zu steuern, zu evaluieren und seine Qualität zu sichern.

„Public Health ist ein Bereich von zunehmender gesamtgesellschaftlicher Bedeutung, weshalb auch der Einrichtung und Weiterentwicklung von Studien- und Ausbildungsangeboten auf diesem Gebiet eine besondere Relevanz zukommt“, betont Sandra Scheeres, Senatorin für Bildung, Jugend und Wissenschaft und Aufsichtsratsvorsitzende der Charité.

„Wir haben einen Studiengang entworfen, der sowohl im Hinblick auf die Auswahl der Studierenden als auch der Inhalte die Multidisziplinarität betont und zugleich die Stärken des Standortes Berlin nutzt; das heißt unsere Studierenden werden bei ausgewählten Professorinnen und Professoren unserer Hochschulen und Partnerinstitutionen unterrichtet“, führt TU-Wissenschaftler und der Sprecher des BSPH-Direktoriums Prof. Dr. Reinhard Busse aus.

Prof. Dr. Tobias Kurth, Leiter des Instituts für Public Health an der Charité fügt hinzu: „Der neue Studiengang vertieft Fächer, die eine wichtige und immer stärker werdende Rolle im Gesundheitswesen spielen. Absolventen und Absolventinnen qualifizieren sich beispielsweise für Berufsfelder in Bildungs- und Forschungseinrichtungen, Bundesbehörden, Gesundheits- und Sozialversicherungen oder für Positionen in nationalen oder internationalen Organisationen wie der WHO.“



Zulassungsvoraussetzungen für den Studiengang ist ein erster berufsqualifizierender, Public Health-relevanter Hochschulabschluss.

Die Berlin School of Public Health ist vor einem Jahr in Trägerschaft von Charité – Universitätsmedizin Berlin, Technischer Universität Berlin und der Alice Salomon Hochschule Berlin neu konstituiert worden, um gemeinsam ein national und international führendes Public Health-Zentrum zu etablieren.

Neben den drei Kooperationspartnern sind die Humboldt-Universität zu Berlin und die Freie Universität Berlin an den Planungen beteiligt.

Homepage: <http://bsph.charite.de/>

#### Weitere Informationen:

Prof. Dr. Reinhard Busse, Sprecher des Direktoriums der Berlin School of Public Health, Leiter des Instituts für Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin  
Tel.: +49 30 314-28420, [rbusse@tu-berlin.de](mailto:rbusse@tu-berlin.de)

Prof. Dr. Dr. Tobias Kurth, Leiter des Instituts für Public Health Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Tel.: +49 30 450 570811, [tobias.kurth@charite.de](mailto:tobias.kurth@charite.de)

## Leitungswechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



### Vivantes Klinikum Am Urban

PD Dr. Ahmed Magheli ist seit dem 01. April 2016 neuer Chefarzt der Klinik für Urologie am Vivantes Klinikum Am Urban. Vorher war er als leitender Oberarzt für die Roboter-assistierte Chirurgie der Charité am Campus Mitte verantwortlich. Nach seinem Studium der Humanmedizin in Hamburg begann PD Dr. Ahmed Magheli seine urologische Laufbahn in der Abteilung für Urologie der Ruhr Universität Bochum. Es folgte ein zweijähriger Aufenthalt an der Johns Hopkins Universität in Baltimore.

Zum 17. Mai 2016 startete auch PD Dr. Stefan Hinz seine Tätigkeit als zweiter Chefarzt in der Klinik für Urologie am Vivantes Klinikum Am Urban. PD Dr. Hinz war zuletzt als leitender Oberarzt und Leiter des zertifizierten Interdisziplinären Prostatakrebszentrums (IPZ) an der Charité in Berlin tätig. Er begann seine Ausbildung am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf und sammelte Erfahrungen in der Viszeralchirurgie bevor er in die urologische Abteilung der Charité kam.

### Vivantes Klinikum im Friedrichshain

Seit Anfang Mai leitet Professor Dr. Jürgen Hochberger als Chefarzt die Klinik für Gastroenterologie, interventionelle Endoskopie und gastrointestinale Onkologie am Vivantes Klinikum im Friedrichshain. Er folgt damit auf Professor Jürgen Pohl und die kommissarische Leiterin Dr. Angelika Behrens. Prof. Hochberger war zuletzt als Ordinarius und Leiter der Abteilung für Gastroenterologie am Universitätsklinikum „Nouvel Hôpital Civil“ in Straßburg tätig.

### St. Joseph Krankenhaus Berlin Tempelhof

Anfang April eröffnete im St. Joseph Krankenhaus Berlin Tempelhof die Klinik für Geriatrie. Unter Leitung von Chefarztin Dr. Rahel Eckardt werden in der Klinik alte, mehrfach erkrankte Menschen insbesondere mit akut-internistischen, neurologischen, chirurgischen und orthopädischen Krankheiten nach einem ganzheitlichen Konzept behandelt. „Wir betrachten jeden Patienten von Kopf bis Fuß; wir schauen nicht nur auf die akute Erkrankung, sondern berücksichtigen auch seine motorischen und kognitiven Fähigkeiten sowie seine psychosoziale Situation“, beschreibt die Chefarztin den medizinisch-therapeutischen Ansatz der Klinik. Dr. Rahel Eckardt ist seit mehr als zwölf Jahren in der Geriatrie tätig; zuletzt war sie leitende Oberärztin im Evangelischen Geriatriezentrum Berlin.

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: s.rudat@aekb.de oder m.peeters@aekb.de

## Leitungswechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



### DRK Kliniken Berlin | Köpenick

Die Position der Ärztlichen Leitung der DRK Kliniken Berlin | Köpenick ist seit dem 1. Mai 2016 an Professor Dr. Matthias Pross (52) übertragen worden. Seit fast zehn Jahren leitet er bereits die Klinik für Chirurgie sehr erfolgreich und engagiert. Pross rückt als Stellvertreter in der Ärztlichen Leitung auf. Die Krankenhausleitung des Standortes Köpenick besteht damit zukünftig aus dem Ärztlichen Leiter Professor Dr. Pross, der Pflegedienstleiterin Astrid Weber sowie dem Kaufmännischen Leiter Cornelius Held. Priv.-Doz. Dr. med. Hartmut Kern (54) hat sich zum 30. April 2016 aus seinem Amt als Ärztlicher Leiter aus persönlichen Gründen zurückgezogen. Seit dem 1. Mai 2016 übernimmt Priv.-Doz. Dr. med. Kern neben seiner Tätigkeit als Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie die Funktion eines Unternehmensbeauftragten

### Krankenhaus Bethel Berlin

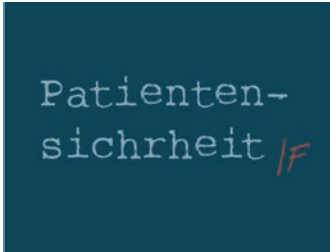
Nach dem Wechsel des langjährigen Chefarztes der Fachabteilung Innere Medizin PD Dr. med. Norbert Bethge auf die Position des Hauptgeschäftsführers hat die bisherige Oberärztin Dr. med. Aviva Raatz die Leitung der Fachabteilung am 01. Juli 2016 übernommen.

Parallel wird die Teilung der Inneren Medizin in die Fachabteilung Innere Medizin I – Allgemeine Innere Medizin, Gastroenterologie, Kardiologie – (Chefärztin Dr. med. Aviva Raatz) und die neu eingerichtete Fachabteilung Innere Medizin II – Pneumologie, Beatmungsmedizin, Allergologie – (Chefarzt Dr. med. Jochen Niehus) vollzogen. Seit Beginn des Jahres wird durch das Team um Dr. Niehus, der an verschiedenen Kliniken maßgeblich am Aufbau von Weaningstationen und -zentren beteiligt war, in der aktuell umfangreich erweiterten und modernisierten Intensivstation des Krankenhauses Bethel Berlin die Beatmungsentwöhnung langzeitbeatmeter Patienten durchgeführt.

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: s.rudat@aekb.de oder m.peeters@aekb.de

### MDK veröffentlicht Behandlungsfehlerstatistik



Der MDK Berlin-Brandenburg hat Mitte Mai seine jährliche Behandlungsfehlerstatistik vorgelegt. Demnach fuhrte der MDK im Jahr 2015 knapp 1.700 Begutachtungen zu ärztlichen, zahnärztlichen und pflegerischen Behandlungsfehlervorwürfen durch. In über einem Drittel der Fälle wurde der Verdacht

bestätigt. Bei den 1.682 im Jahr 2015 erstellten Gutachten (in 2014: 1.759) wurde in 614 Fällen (= 36,5%; in 2014: 37,9 %) eine fehlerhafte Behandlung aufgezeigt. In 29,9% (2014: 30,8%) der Fälle konnten die Fachgutachter auch einen ursachlichen Zusammenhang zwischen der bemangelten Behandlung und einem eingetretenen Körperschaden bestätigen. Die meisten Vorwürfe traten, wie in den Vorjahren, in den operativen Fachgebieten auf, hier insbesondere in Orthopädie und Unfallchirurgie. Dr. med. Axel Meeßen, Geschäftsführer und Leitender Arzt des MDK Berlin-Brandenburg, erklärte dazu: „Fehler bei

Operationen fallen naturgemäß schneller auf. Systematische Verbesserungsmöglichkeiten sehen wir allerdings weniger in den im Einzelfall auftretenden manuellen Missgeschicken. Vor allem das Komplikations- und Organisationsmanagement in der Versorgung bieten effektive Ansatzpunkte zur Verbesserung.“ Meeßen betonte: „Seit 2014 werten wir alle bestätigten Behandlungsfehler systematisch nach gehäuft auftretenden Fehlern oder fehleranfälligen Prozessabläufen aus. Die Analyse zeigt, dass es weiterhin besonders in den Prozessabläufen und in der Kommunikation zwischen den jeweils beteiligten Ärzten Möglichkeiten

gibt, relativ schnell Verbesserungen in der medizinischen Versorgung zu erzielen.“ Der MDK Berlin-Brandenburg bietet Kliniken, niedergelassenen Ärzten und professionell Pflegenden an, seine Erfahrungen aus der Begutachtung vermuteter Behandlungsfehler zur Fehlerprävention zu nutzen. Immer mehr Kliniken würden dieses Angebot zum Dialog und zum fachlichen Austausch annehmen. „Jeder Behandlungsfehler, der damit verhindert werden kann, ist ein großer Gewinn“, so Meeßen weiter. Die Ärztekammer Berlin hatte ihre Behandlungsfehlerstatistik Mitte März vorgestellt.



Charité

## Sanierung des Bettenhochhauses kommt voran

Die Baumaßnahmen am Campus Charité Mitte schreiten weiter voran: die Fassaden des Bettenhochhauses und des Neubaus für den zentralen OP- und intensivmedizinischen Bereich sowie die neue Rettungsstelle sind nahezu fertig gestellt. Beide Projekte sind den Angaben zufolge im Zeit- und Kostenplan.

Davon konnte machte sich im Mai der Regierende Bürgermeister Michael Müller bei einer Baustellenbesichtigung ein Bild. Prof. Dr. Karl Max Einhäupl, Vorstandsvorsitzender der Charité: „Das Interesse des Regierenden Bürgermeisters am Baufortschritt am Cam-

pus Charité Mitte freut uns sehr. Und wir sind natürlich ein bisschen stolz darauf, dass unser komplexes Bauprojekt im Zeit- und Kostenplan ist.“ In den Gebäuden arbeiten die unterschiedlichen Gewerke noch am Innenausbau und an der Installation der Technik, damit Ende des Jahres der Einzug der Stationen beginnen kann. „Mittlerweile sind wir mit den umfassenden Sanierungsmaßnahmen am Bettenhochhaus und dem Neubauprojekt auf dem Weg zum modernsten Krankenhaus Europas“, erklärt Prof. Einhäupl.



Das 1982 in Betrieb genommene Bettenhochhaus wird seit Januar 2014 entkernt und hat eine energieeffiziente Fassade erhalten. Östlich vom Bettenhochhaus entsteht ein Neubau mit 15 modernen OP-Sälen, dem intensivmedizinischen Bereich und der neuen Rettungsstelle. Im Zuge der Maßnahme wurde bis

Oktober 2015 auch die Verbindungsbrücke zwischen Bettenhochhaus und historischem Campusgelände erneuert. Die Projektkosten belaufen sich laut Charité-Angaben auf insgesamt 202,5 Millionen Euro. Neubau und Bettenhochhaus beherbergen zusammen rund 620 Betten.

### Fortbildung „Nicht-ärztliche/r Praxisassistent/in“

#### Weiteres Kursangebot der Ärztekammer Berlin ab September 2016

Die Ärztekammer Berlin hat seit April 2015 drei Fortbildungskurse nach dem Curriculum „Nicht-ärztliche/r Praxisassistent/in“ durchgeführt. Insgesamt 115 Teilnehmerinnen und Teilnehmer konnten im April und Mai dieses Jahres die kursabschließenden Lernerfolgskontrollen erfolgreich absolvieren.

Es ist geplant, ab September 2016 einen weiteren Fortbildungskurs anzubieten. Der Kurs entspricht den Vorgaben der zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen getroffenen Delegationsvereinbarung.

Die Anmeldeunterlagen sowie weitere Informationen finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin unter [www.aerztekammer-berlin.de](http://www.aerztekammer-berlin.de).

Dort ist auch der Anmeldeschluss notiert. Eine frühzeitige Anmeldung wird empfohlen.

Die Ärztekammer Berlin behält sich vor, die Durchführung des Kurses von einer Mindestteilnehmerzahl abhängig zu machen.

Weitere Informationen erhalten Sie auch unter der Telefonnummer 408 06 / 26 36.

## Neue PatientenLeitlinie

### Diabetes – Schäden an der Netzhaut: Vorbeugen und behandeln

Ein dauerhaft zu hoher Blutzucker kann Folgeschäden verursachen. Bei einigen mit Typ-2-Diabetes erkrankten Menschen treten im Verlauf der Erkrankung Schäden an der Netzhaut auf. Nicht immer sind sie bedrohlich, aber sie können dazu führen, dass Erkrankte schlechter sehen. Rechtzeitig erkannt, lassen sich diese Schäden bei einigen Betroffenen erfolgreich behandeln. Deshalb empfiehlt die Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) Prävention und Therapie von Netzhautkomplikationen bei Diabetes regelmäßige Kontrollen der Augen.

Welche Empfehlungen die Experten außerdem zur Vorbeugung aussprechen und welche Behandlungen für wen infrage kommen, darüber informiert jetzt verständlich die PatientenLeitlinie zur Nationalen VersorgungsLeitlinie. Sie übersetzt die Empfehlungen der Experten in eine allgemeinverständliche Sprache. Außerdem bietet sie Menschen mit Diabetes und deren Angehörigen wichtige Informationen zum Umgang mit der Krankheit und Unterstützung beim Gespräch mit dem Arzt oder der Ärztin.

Das Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien steht unter der Trägerschaft von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Mit der Durchführung wurde das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin beauftragt.

Das NVL-Programm zielt auf die Entwicklung und Implementierung versorgungsbereichsübergreifender Leitlinien zu ausgesuchten Erkrankungen hoher Prävalenz unter Berücksichtigung der Methoden der evidenzbasierten Medizin. Insbesondere sind Nationale VersorgungsLeitlinien inhaltliche Grundlage für die Ausgestaltung von Konzepten der strukturierten und integrierten Versorgung.

Weitere Informationen unter: [www.versorgungsleitlinien.de](http://www.versorgungsleitlinien.de)

## Bildung

### BPI will Zentralbibliothek erhalten

Der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) setzt sich laut Ärztezeitung öffentlich für den Erhalt der Deutschen Zentralbibliothek für Medizin (ZB MED) ein.

„Der Verlust der Angebote der ZB MED würde die Literaturbeschaffung für die gesamte pharmazeutische Industrie enorm einschränken. Es droht eine Informationswüste“, warnte Dr. Boris Thurisch, BPI Geschäftsfeldleiter Arzneimittelsicherheit/Pharmakovigilanz.

Der Senat der Leibniz-Gemeinschaft hatte die Schließung empfohlen. Im Juni sollte entschieden werden, ob die Förderung Ende 2016 ausläuft.

Die schnelle Bereitstellung von Fachliteratur diene nachhaltig der Patientensicherheit, da eine effiziente Bearbeitung und Beurteilung von Fällen unerwünschter Arzneimittelwirkungen ermöglicht werde, so der BPI.

## Umfrage

### NAV-Virchow-Bund: Unzufriedenheit unter Vertragsärzten

Eine Umfrage des NAV-Virchow-Bundes unter den Berliner Vertragsärzten hat ergeben, dass sich ihre Kassenärztliche Vereinigung (KV) grundlegend verändern muss.

Rund 70 Prozent plädierten für eine Kehrtwende. Mehr als 83 Prozent der Befragten gaben an, mit der Arbeit des amtierenden KV-Vorstandes unzufrieden zu sein, erklärte Dipl.-Med. Mathias Coordt, Vorsitzender der Landesgruppe Berlin/Brandenburg des NAV-Virchow-Bundes. Die Übergangsgeld-Affäre um den KV-Vorstand beschäftigt die Ärztinnen und Ärzte in der Hauptstadt besonders. Über 90 Prozent der Befragten sind der Meinung, dass diese das Ansehen der Berliner Ärzte beschädigt habe. 81,8 Prozent der Befragten gaben an, zur Berliner KV-Wahl im September gehen zu wollen.

Hauptstadtkongress

## Von Flüchtlingen und klugen Entscheidungen

Auf dem diesjährigen Hauptstadtkongress war die Ärztekammer Berlin bei zwei Veranstaltungen auf dem Podium vertreten. Mit der medizinischen Versorgung und der Integration von Flüchtlingen beschäftigte sich eine Veranstaltung, an der u.a. Kammervorstandsmitglied Dr. Peter Bobbert teilnahm.

Modertiert wurde die Runde von DV-Mitglied Dr. Ellis Huber. Bobbert erläuterte, wie die Ärztekammer Berlin zu Beginn der Flüchtlingskrise im vergangenen Sommer auf die katastrophalen Zustände am Berliner Landesamt für Gesundheit und Soziales öffentlich aufmerksam gemacht und sich für eine adäquate medizinische Versorgung eingesetzt hat. Dabei machte er das überragende ehrenamtliche

Engagement der Ärzteschaft deutlich. Zugleich verwies er darauf, dass der Staat an vielen Stellen bei der Flüchtlingsversorgung komplett versagt habe. Die Lücken durch ehrenamtliche Helfer aufzufüllen, dürfe aber kein Dauerzustand sein. Er forderte eine deutliche Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes: „Das Ehrenamt kann dabei nur on top kommen.“

Daneben betonte Bobbert die Wichtigkeit der flächendeckenden Einführung der Gesundheitskarte für Flüchtlinge. Darüber hinaus sprach er sich angesichts rechtspopulistischer Strömungen auch für eine deutliche politische Positionierung. „Wir Ärzte müssen zeigen, wofür wir stehen: Für eine weltoffene und menschliche Gesellschaft.“ Mit

der Frage der Integration beschäftigte sich Barbara John, ehemalige Ausländerbeauftragte des Berliner Senats und heute Vorstandsvorsitzende des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Berlin. Sie bemängelte die Integration „nach dem Fließbandprinzip“, die eine berufliche Tätigkeit von Flüchtlingen erst sehr spät ermögliche. Aus ihrer Sicht ist aber die frühestmögliche Eingliederung in den Arbeitsmarkt der Schlüssel für eine erfolgreiche Integration. John, Huber und Friedrich Kiesinger, Betreiber von mehreren großen Flüchtlingsunterkünften, sprachen sich für öffentliche Innovationsfonds aus, aus denen sich spezielle genossenschaftliche Bildungsunternehmen für Flüchtlinge finanzieren ließen.



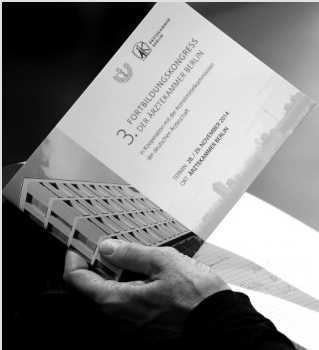
Peter Bobbert: „Wir brauchen eine klare politische Positionierung der Ärzteschaft.“

Mit dem brandaktuellen Thema Choosing Wisely (s. Titelthema in Ausgabe 6/2016) beschäftigte sich eine Podiumsrunde auf dem Hauptstadtkongress, an der u.a. Kammervorstandsmitglied Dr. Werner Wyrwich teilnahm. Eine Expertenrunde beleuchtete das hochaktuelle Thema von verschiedenen Seiten. Prof. Dr. Ina B. Kopp, Leiterin des AWMF-Instituts für Medizinisches Wissensmanagement, stellte die deutsche Initiative „Gemeinsam klug entscheiden“ vor. Professor Dr. Martin Scherer, Direktor des Instituts des Instituts für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, plädierte für eine Rückbesinnung auf eine einfache und sorgfältige Medizin.

Werner Wyrwich ging vor allem die besondere Bedeutung der Arzt-Patientenkommunikation ein. Cordula Mühr, ehrenamtliche Patientenvertreterin des Gemeinsamen Bundesausschusses, sah die „Choosing Wisely“-Initiative kritischer. Aus ihrer Sicht ist es noch ein langer Weg bis zur wirklichen Patientenbeteiligung bei der Entscheidungsfindung. srd



Werner Wyrwich (li.): „Die Arzt-Patientenkommunikation ist zentral.“



Die Ärztekammer Berlin veranstaltet zum fünften Mal in Folge und in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft am 26. November 2016 den Fortbildungskongress. Wie in den vorangegangenen Jahren wird ein aktuelles Thema der Patientenversorgung aufgegriffen und für Interessierte in ansprechender Weise und gleichzeitig auf höchstem Niveau umfassend und praxisbezogen dargestellt.

Das Leitthema des 1. Fortbildungskongresses in 2012, „Sauberes Wissen in der Medizin“, ist programmatisch für die Kongressreihe und als Motivation seiner Organisatoren zu verstehen. Der „unabhängige ärztliche Sachverstand“ und der Austausch über aktuelles, gesichertes medizinisches und ärztliches Wissen frei von wirtschaftlichen Interessen Dritter steht im Mittelpunkt.

*Dr. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin: „Mit diesem Fortbildungsangebot möchten wir bewusst einen Akzent setzen und uns von anderen Veranstaltungen unterscheiden. Die ausgewählten Themen sind in höchstem Maße praxisrelevant, die Referenten sind ausgewiesen, wertschätzend und an der kritischen Diskussion interessiert. Dialog und engagierter Austausch, der im Ergebnis allen Beteiligten Freude macht, stehen*

## 5. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin: Arzt und Patient im digitalen Zeitalter – ein App-grade

*im Vordergrund und „unabhängiges“ Wissen, also nicht durch anderweitige Interessen gefilterte Erkenntnisse, sind Dreh- und Angelpunkt des Kongresses.“*

### Kongressprogramm 2016

Für den 5. Fortbildungskongress ist wieder ein Programm entwickelt worden, das sich alltäglichen Herausforderungen im ärztlichen Berufsalltag widmet: der Digitalisierung im Gesundheitswesen: „Arzt und Patient im digitalen Zeitalter – ein App-grade“.

Der Trend der Digitalisierung in nahezu allen Lebensbereichen des Menschen ist weder aufzuhalten noch kann er ignoriert werden. Der Bereich Gesundheit – eHealth / mHealth – erlebt dabei eine fulminante Entwicklung, die uns zeitweise zu überholen scheint. Impulsgeber sind bemerkenswerterweise die Bürger selbst und weniger die Akteure des Gesundheitswesens. Sie stehen technologischen Innovationen offener und unbefangener gegenüber und zeigen aktuell einen kulturellen Wandel hin zu einem souveräneren und aktiveren Gestalten des eigenen Handelns zum Erhalt, der Förderung oder Verbesserung der eigenen Gesundheit. Digitale Gesundheitsangebote werden auf kundenindividuelle Bedürfnisse zugeschnitten und sind als Dienstleistung auf nahezu jedem mobilen Endgerät nutzbar. 63% der Bundesbürger nutzen ein Smartphone, die Zahl möglicher Nutzer digitaler Gesundheitsangebote ist daher groß und dem Trend folgend weiter zunehmend. Im Anwendungsspektrum finden sich alle

Altersgruppen. Es reicht von Personen mit professionellen Ansprüchen über Gesundheitsinteressierte bis hin zu akut oder chronisch Kranken.

Mehr als 100.000 Gesundheits-Apps stehen momentan zur Verfügung, unzählige Gesundheits-Webseiten und Portale existieren.

Das E-Health Gesetz schafft seit Beginn des Jahres die Rahmenbedingungen für die digitale Gesundheitsversorgung. Aber was genau steckt genau hinter all diesen Angeboten und Regelungen? Können digitale Angebote die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung wirklich verbessern – Wo sind Chancen, wo sind Grenzen? Und, was bedeutet diese anhaltende Dynamik für mich als Arzt und im Kontakt mit meinen Patienten?

Der Markt für Digital Health jedoch ist für alle – Bürger und Ärzte gleichermaßen unüberschaubar und zuweilen intransparent. Wie schaffen wir es als Ärzte Schritt zu halten? ... den Anschluss nicht zu verlieren? ... auf den aktuellen Stand zu kommen und zu bleiben?

Die Organisatoren des 5. Fortbildungskongresses setzen sich zum Ziel, - „sauberes Wissen“ zu Digital Health zu vermitteln und einen Einstieg in das komplexe Thema anzubieten, - die aktuelle Entwicklung zu reflektieren und Bezug zur stattfindenden Umwälzung / Neuordnung der Arzt-Patienten-Beziehung herzustellen, - Ärzte dabei zu unterstützen, Digital Health-Dienstleistungsangebote ( u.a. Apps,

Wearables) objektiv einschätzen zu können, auf Fragen von Patienten zu Messergebnissen, App-Informationen adäquat reagieren zu können, - mit konkreten (Anwendungs-) Beispielen praxisrelevante und realitätsbezogene Informationen zu vermitteln, evtl. bestehende Berührungsängste / Miss-/ Unverständnis abbauen zu helfen und - Anregungen zu geben, wo das digitale Zeitalter Chancen bietet, die Arzt-Patienten-Beziehung zu stärken.



Interessierte Ärzte sind eingeladen sich einen Tag lang im engen Kontakt mit den Referenten zu konkrete Fragen und Aufgabenstellungen aus der ärztlichen Praxis auszutauschen und praxisorientierte Lösungen zu erarbeiten. Neben einleitenden Fachvorträgen haben sie die Gelegenheit, aus verschiedenen Seminaren für sie interessante Themen auszuwählen und zu vertiefen.

Das ausführliche Programm erhalten Sie unter:  
[www.aekb.de/](http://www.aekb.de/)  
FB-Kongress2016

Für den persönlichen Kontakt steht Ihnen Frau Nehr Korn mit allen Informationen zum 5. Fortbildungskongress auch telefonisch zur Verfügung – zu erreichen unter:  
030/40806 1211.



# Keine Sturmflut in Hamburg

## Bericht vom 119. Deutschen Ärztetag in Hamburg

Selten ist ein Deutscher Ärztetag im Vorfeld mit so viel Spannung erwartet worden wie der diesjährige 119. in Hamburg. Dabei lag dies nicht unbedingt an der allgemeinen Tagesordnung, sondern an dem Thema, das spätestens seit dem außerordentlichen Deutschen Ärztetag Ende Januar die innerärztliche Diskussion dominierte: Die GOÄ-Novelle.

Besonders aufgeheizt war die Stimmung, seit der vorgelegte Entwurf der GOÄ-Novelle am 17. März im Vorstand der Bundesärztekammer krachend gescheitert war. Bundesärztekammerpräsident Frank Ulrich Montgomery versuchte deshalb im Vorfeld des Ärztetages in seiner Heimatstadt Hamburg das Thema Gebührenordnung möglichst niedrig zu hängen.

*Von Sascha Rudat*





Diese Strategie setzte sich auch in seiner Eröffnungsrede in der neobarocken Hamburger Laeiszhalle fort. Routiniert arbeitete Montgomery, sichtlich angespannt, die Tagesordnung des diesjährigen Ärztetages und der aktuellen Gesundheitspolitik ab. Zentrale Stichworte der Rede waren „Ausgleich“ und „Balance“. Dabei ging er auf die Themen Sterbehilfe, ärztliche Schweigepflicht im Zusammenhang mit der „German Wings“-Tragödie, das Antikorruptionsgesetz, das Arzneimittelgesetz, die Aufarbeitung des Transplantationsskandals und die TTIP-Verhandlungen ein – viel wurde also angerissen. Aber natürlich konnte Montgomery die GOÄ-Novelle nicht umgehen. Dabei waren durchaus selbstkritische Töne zu hören: „Wir alle – da schließe ich mich selbst ausdrücklich mit ein – haben die Komplexität dieses Prozesses unterschätzt.“ Im Anschluss versuchte Montgomery den Blick nach vorne zu richten. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) spulte in seiner nachfolgenden Rede ebenfalls routiniert die Leistungen seines Hauses ab, ohne unerwähnt zu lassen, dass er eine neue GOÄ ebenfalls für überfällig halte.

Das Thema GOÄ niedrig zu hängen, gelang spätestens mit Beginn der Plenarsitzungen nicht mehr. Die Berliner Delegierten Matthias Lohaus, Hans-Detlef



Die Berliner Delegierten

Dewitz, Klaus-Peter Spies und Roland Urban (alle Allianz Berliner Ärzte) stellten neben einer Reihe weiterer Delegierter unmittelbar mit Eröffnung der Sitzung den Antrag auf einen neuen Tagesordnungspunkt, der sich mit der Abwahl von Montgomery befassen sollte. Ausführlich wurde der Bundesärztekammerpräsident in der Begründung des Antrages für das Scheitern des bisherigen GOÄ-Prozesses verantwortlich gemacht.

Als direkt Betroffener übergab Montgomery die Sitzungsleitung an BÄK-Vizepräsidentin Martina Wenker (Niedersachsen). Das Verfahren war dreigeteilt: Zunächst musste darüber abgestimmt

werden, ob die Tagesordnung um diesen Punkt erweitert werden sollte. Dabei hätte einfache Mehrheit genügt. Bei Zustimmung hätte über die Reihenfolge der Tagesordnungspunkte abgestimmt werden müssen – wobei ebenfalls einfache Mehrheit ausgereicht hätte. Bei der eigentlichen Abstimmung wäre eine Dreiviertel-Mehrheit der Delegiertenstimmen für eine Absetzung des BÄK-Präsidenten notwendig gewesen. Montgomery selbst sprach sich für eine inhaltliche Abstimmung aus: „Wir haben eine Vertrauenskrise. Wir müssen klären, wie groß diese Vertrauenskrise ist.“



Vor dem Wahlprozess gab es aber zunächst einmal eine Reihe von Wortbeiträgen. Der Berliner Delegierte Herbert Menzel sprach sich gegen eine Abwahl aus: „Wir müssen erstmal in Ruhe die Prozesse klären. Eine Abwahl heute wären Populismus und Hektik.“ Ähnlich äußerte sich Ellis Huber (beide Fraktion Gesundheit): „Eine Abwahl wäre ein kommunikationspolitischer Super-GAU.“ BÄK-Vizepräsident Max Kaplan (Bayern) erklärte, dass er es sinnvoller fände, Sachstatt Personalfragen zu diskutieren: „Das wäre ein Signal nach außen, dass die ärztliche Selbstverwaltung funktioniert.“ Als die Positionen ausgetauscht waren, ging es also zur Wahl über die Änderung der Tagesordnung: Die Delegierten lehnten diese mit großer Mehrheit ab und sprachen sich damit für ein personales „Weiter so“ aus. Weitere Abstimmungen waren somit nicht notwendig.

Getreu der Devise, die unangenehmen Dinge zuerst, wurde die inhaltliche Auseinandersetzung mit der GOÄ-Novelle auf den Nachmittag des ersten Sitzungstages vorgezogen. Über den Sachstand informierte zunächst BÄK-Vorstandsmitglied Klaus Reinhardt, der nach dem Rücktritt von Theo Windorst (beide Westfalen-Lippe) das Amt als Vorsitzender des BÄK-Gebührenordnungsausschusses übernommen hatte. Reinhardt gab sich kämpferisch: „Einen Zahn muss ich gleich zu Anfang ziehen: Das Thema GOÄ ist jetzt nicht bei Klaus Reinhardt abgeladen.“ Eine neue GOÄ werde nur im Konsens mit allen Beteiligten und als „Komplettpaket“ mit dem PKV-Verband und der Beihilfe möglich werden. Reinhardt ging dann auf die wiederholt geäußerte Kritik ein, ob die BÄK-Verhandlungsführer überhaupt über ein ausreichendes Mandat verfügten. „Wir haben ein politisches Mandat, das völlig demokratisch zustande gekommen ist. Ein persönliches Mandat brauchen wir nicht“, betonte er.

Der weitere Prozess der GOÄ-Novelle steht laut Reinhardt nun unter dem Motto „Qualität vor Eile“. Der von ihm vorgestellte Fahrplan sei deshalb auch nicht bindend. Es sollen alle Fachgesell-



Der neue GOÄ-Verhandlungsführer Klaus Reinhardt gab sich kämpferisch.

schaften und Berufsverbände unmittelbar eingebunden werden. Reinhardt machte allerdings deutlich, dass er nicht mehr mit einer neuen GOÄ in dieser Legislaturperiode der Bundesregierung rechnet.

In der anschließenden Diskussion lieferten sich Befürworter und Gegner des laufenden Novellierungsprozesses einen längeren Schlagabtausch. Angesichts der teilweise sehr aggressiven Grundstimmung im Vorfeld blieb die Debatte aber erstaunlich sachlich. Dies hob der Berliner Delegierte Herbert Menzel hervor: „Gut, dass wir eine Rückkehr zur Sachlichkeit haben.“ Nach einem jahrelangen Prozess, der von Intransparenz geprägt gewesen sei, habe man nun einen Weg vor sich, der von Transparenz geprägt sein sollte. Ellis Huber sorgte mit seiner zum wiederholten Male vorgebrachten Forderung, die GOÄ ganz abzuschaffen, bei weiten Teilen der Delegierten für wenig Begeisterung. Die Berliner Delegierte Anja Dippmann (Marburger Bund) warf wie auf dem außerordentlichen Ärztetag im Januar die Frage auf, ob die anvisierte Änderung der Bundesärzteordnung (BÄO) wirklich nötig ist. Gleichzeitig empfahl sie die Errichtung einer unabhängigen Datenstelle. Zur Erinnerung: Die Änderung der Bundesärzteordnung und die Schaffung einer Gemeinsamen Kommis-

sion (GeKo) waren die Hauptkritikpunkte der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin und hatten zur Forderung nach Einberufung eines außerordentlichen Deutschen Ärztetages geführt (s. auch BERLINER ÄRZTE 3/2016). Klaus Reinhardt entgegnete, dass die Änderung der Bundesärzteordnung die Voraussetzung für eine neue GOÄ sei und machte klar: „Wenn Sie uns mitgeben, dass es keine Änderung der BÄO geben soll, wird es keine neue GOÄ geben.“ Dazu kam es nicht: Der Antrag von Klaus-Peter Spies und Hans-Detlef Dewitz gegen die BÄO-Änderung wurde von den Delegierten ebenso abgelehnt wie ein Antrag gegen die Schaffung der GeKo. Der Antrag mit der Forderung nach einer unabhängigen Datenstelle von Spies, Dewitz und Dippmann wurde an den Vorstand überwiesen. Auf Ablehnung stieß auch ein Antrag von Anja Dippmann für die Schaffung eines GOÄ-Kontrollgremiums, das die Arbeit der Verhandlungskommission überwachen sollte. Der Vorstandsantrag zur Weiterführung der GOÄ-Verhandlungen wurde mit großer Mehrheit angenommen. Daneben gab es aber eine Reihe weiterer Anträge, die den weiteren GOÄ-Prozess aus Sicht der Ärztekammer Berlin positiv verändern können, so sie denn umgesetzt werden (lesen Sie dazu die juristische Einschätzung auf S. 28).



## Aktive Flüchtlingsmedizin

Ein emotionsgeladenes Thema war der Tagesordnungspunkt, der sich mit der medizinischen Versorgung der Flüchtlinge befasste. Dazu gab es zunächst zwei Vorträge, die die Arbeit der Ärztinnen und Ärzte in der Flüchtlingsversorgung exemplarisch vorstellten, ohne die dabei auftretenden Probleme und Hindernisse unerwähnt zu lassen. Es herrschte große Einigkeit, dass sich die deutsche Ärzteschaft bei der Versorgung der Flüchtlinge vorbildlich verhalten und dabei viele Aufgaben ehrenamtlich übernommen hat, für die eigentlich der Staat verantwortlich ist. Die Delegierten machten dabei unmissverständlich klar, dass dies aber kein Dauerzustand sein kann. Staatliche Stellen müssen aus ihrer Sicht zeitnah professionelle Strukturen zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung schaffen. Die Delegierten forderten in diesem Zusammenhang Länder und Kommunen auf, die finanzielle und personelle Ausstattung des öffentlichen Gesundheitsdienstes zu stärken. Kritik gab es auch am kürzlich in Kraft getretenen Asylpaket II. Die Delegierten stimmten einem Antrag von Katharina Thiede und Julian Veelken (beide Fraktion Gesundheit) zu, in dem kritisiert wurde, dass als Abschiebungshindernis nur noch lebensbedrohliche oder schwerwiegende Erkrankungen gelten, die sich durch die Abschiebung wesentlich verschlechtern würden. Diese gesetzliche Wertung widerspricht nach Auffassung der Ärzteschaft dem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Außerdem müssten die zuständigen Behörden ausreichend fachlich und interkulturell qualifizierte Dolmetscher für eine adäquate gesundheitliche Versorgung zur Verfügung stellen. Das Ärzteparlament forderte darüber hinaus, allen Geflüchteten – unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus – bundesweit und zeitnah eine vollwertige Krankenversicherungskarte auszuhändigen. Insgesamt herrschte beim Thema medizinische Versorgung von Flüchtlingen eine große Geschlossenheit im Ärzteparlament.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass „Migration und Gesundheit“ auch das Thema des Berliner Gesundheitspreises 2017 sein wird, den die Ärztekammer Berlin gemeinsam mit dem AOK-Bundesverband und der AOK Nordost demnächst ausschreibt. Näheres dazu in Heft 9/2016.

## Problematische Arzneimittelpreise

Spannend wurden zwei Vorträge zum Thema Arzneimittel, wie sie unterschiedlicher nicht hätten sein können. Wolf-Dieter Ludwig, der Vorsitzende der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, berichtete fundiert und kritisch zur „Arzneimittelpreisbildung im Spannungsfeld zwischen Patientennutzen und marktwirtschaftlich orientierter Unternehmenskultur“. Dabei ging der Onkologe u.a. detailliert auf die enorme Preisentwicklung in der Krebstherapie ein und thematisierte das Auseinanderklaffen von Preis und Nutzen (Stichwort „Value based Pricing“).

Ganz anders der Vortrag von Birgit Fischer, Hauptgeschäftsführerin des Verbandes der forschenden Pharma-Unternehmen (vfa). Sie monierte, dass die Begeisterung über Arzneimittelinnovationen durch eine zunehmende Skepsis verdrängt werde: „Mich irritiert die Freude am Scheitern. Wer, wenn nicht die Ärzte, soll für Innovationen eintreten?!“, fragte sie. Die Kosten für Arzneimittel sind ihr zufolge stabil und liegen in Deutschland

im europäischen Mittelfeld. Durch die Dominanz der Kostendiskussion werde das Thema Innovationen in den Hintergrund gedrängt, beklagte Fischer.

Dieser larmoyante Vortrag rief in der anschließenden Diskussion sofort den Berliner Kammerpräsidenten Günther Jonitz (Marburger Bund) ans Rednerpult: „Frau Fischer, diese Opferhaltung hätten Sie sich wirklich sparen können.“ Das Geschäftsprinzip der Pharmaindustrie sei nicht Patientenversorgung, sondern Markt und Geschäft, sagte Jonitz und verwies auf die zum Teil hohen zweistelligen Renditen der Pharmaunternehmen. An Fischer gewandt stellte er die Frage, ob die Liste der Innovationen, die mit großem Bohei auf den Markt gebracht wurden und nach ein paar Jahren wegen erheblicher unerwünschter Nebenwirkungen wieder verschwinden mussten, länger sei als die Liste der am Markt verbliebenen Innovationen: „Die Methoden der Vermarktung dieser Innovationen sind zum Teil kriminell.“ Er richtete an Fischer den Appell, dafür zu sorgen, dass die Geschäftspolitik der Mitgliedsunternehmen nicht nur von den Marketingabteilungen, sondern von den Abteilungen für Forschung und Entwicklung geleitet wird. An die Delegierten gerichtet sagte Jonitz, dass die ärztlichen Versorgungswerke darüber nachdenken sollten, ihren Einfluss zu nutzen und Aktien von entsprechenden Pharmaunternehmen abzustoßen.



ÄKB-Präsident Günther Jonitz forderte von der Pharmaindustrie mehr Forschung und weniger Marketing.

## Dauerthema Weiterbildungsordnung

Dauerthema ist nach wie vor die Novelle der Musterweiterbildungsordnung. Das zuständige BÄK-Vorstandsmitglied Franz Bartmann (Schleswig-Holstein) erklärte dazu: „Das zieht sich alles hin, aber so ein Projekt braucht seine Zeit, wenn es sauber aufgebaut werden soll.“ Bartmann referierte ausführlich zum Sachstand der Novelle, auf den hier nicht näher eingegangen werden soll. Er kündigte an, dass nach dem Ärztetag die aktualisierte Version 2 der Novelle auf WIKI-BÄK öffentlich gemacht werden sollte.

Einige Berliner Delegierte äußerten ihre Unzufriedenheit mit diesem Vorgehen. Katharina Thiede, die mit ihrem erst wenige Wochen alten Töchterchen Emmi vor das Mikrofon trat, sagte, dass in der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin „ein gewisser Eindruck von Intransparenz“ im Novellierungsprozess entstanden sei. Julian Veelken erklärte, er finde es nicht gut, dass die neue Fassung erst nach dem Ärztetag eingestellt werden sollte: „Wir als Zuhörer können das nicht ausreichend zur Kenntnis nehmen.“ Ein entsprechender Antrag der beiden Berliner Delegierten wurde allerdings mehrheitlich abgelehnt. Der Vorstoß von Thiede, unmittelbar nach Inkrafttreten einer neuen Musterweiterbildungsordnung einen Evaluationsprozess zu starten, wurde an den Vorstand überwiesen.

### Die Politik weiß Bescheid

Um das Spannungsfeld der Ökonomie im Krankenhaus, genauer gesagt um das Thema leitende Klinikärzte, drehte sich dann ein Vortrag des Präsidenten des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands, Hans-Fred Weiser. Dabei standen die schwierigen Chefarztverträge im Fokus.

In der anschließenden Diskussion wies der Berliner Kammerpräsident Günther Jonitz darauf hin, dass der Deutsche Ärztetag bereits seit 1994 vor DRGs warne und die Einführung von Fallpau-



*Katharina Thiede (mit ihrer schlafenden Tochter Emmi) fand den Novellierungsprozess der Weiterbildungsordnung zu intransparent.*

schalen 2001 auch klar abgelehnt habe. „Die Politik kann also nicht sagen, sie habe es nicht gewusst“, sagte Jonitz und ergänzte: „Der Fehler liegt nicht im Chefarztvertrag. Das Problem kommt aus einer grundlegend verfehlten Gesundheitspolitik.“ Er forderte die Delegierten auf, sich selbst Gedanken über ein Modell der Krankenhausfinanzierung zu machen. Damit könne die Ärzteschaft dann in Führung gehen. Julian Veelken wies darauf hin, es werde oft vergessen, dass das Personalbudget ein großer Teil des Gesamtbudgets von Krankenhausabteilungen sei. Das führe häufig dazu, dass Stellennachbesetzungen hinausgezogen werden, um Kosten zu sparen.

Die Ärzteschaft forderte deshalb die Krankenhausträger auf, gemäß den Anfang des Jahres in Kraft getretenen gesetzlichen Regelungen von vorrangig an ökonomischen Kriterien orientierten Bonuszahlungen für leitende Krankenhausärzte abzusehen. Andernfalls müsste der Gesetzgeber handeln.

### Alles auf Grün

Während in früheren Zeiten der Tagesordnungspunkt Haushaltsvoranschlag für das kommende Geschäftsjahr der Bun-

desärztekammer auf eher geringes Interesse der Delegierten gestoßen war, war die zunehmend angespannte Finanzsituation der Dachorganisation der Landesärztekammern in den vergangenen Jahren zum Politikum geworden – insbesondere als die Delegierten der Ärztekammer Berlin Reformen zur Beseitigung des strukturellen Defizits forderten und dem Haushaltsplan wiederholt die Zustimmung versagten. Nachdem im vergangenen Jahr auch die Landesärztekammern Brandenburg und Rheinland-Pfalz Rote Karten gezeigt hatten, fanden nun aber doch erkennbare Veränderungen statt. Wie der Vorsitzende der BÄK-Finanzkommission, Franz Bernhard M. Ensink, erklärte, tagt die Kommission jetzt häufiger, um die Landesärztekammern besser einzubinden. Auch gab es Veränderungen in der AG „Mittelfristige Finanzplanung“, so dass dort mehr Kammern als bisher vertreten sind.

ÄKB-Schatzmeister Peter Bobbert (Marburger Bund) würdigte die Bemühungen um einen stärkeren Blick auf die Ausgabenseite sowie die Veränderungen in der Gremienstruktur in einem Redebeitrag vor der Abstimmung: „Wir haben seit dem 118. Deutschen Ärztetag gesehen,

dass wir gemeinsam einen neuen Weg begonnen haben.“ Gleichzeitig mahnte er, diesen nicht einfachen Weg auch in der Zukunft weiter zu gehen. Die Ärztekammer Berlin biete dafür die volle Unterstützung an. So hob Stimmführer Ellis Huber in der anschließenden Abstimmung die Grüne Karte für die Ärztekammer Berlin. Und auch bei allen anderen Landesärztekammern standen die Zeichen auf Grün.

## Neue Ärztin im BÄK-Vorstand

Daneben stand die Wahl eines weiteren Mitgliedes in den BÄK-Vorstand auf dem Programm. Zur Wahl stellten sich zwei Ärztinnen aus dem Vorstand der Landesärztekammer Hessen: Monika Buchalik, Hausärztin aus Frankfurt, und Susanne Johna, internistische Oberärztin und Mitglied des Marburger Bundes. Nach ihrer Vorstellung kam es im 1. Wahlgang zu einem Kopf-an-Kopf-Rennen: 122 zu 122 Stimmen. Im 2. Wahlgang konnte Susanne Johna dann aber die Wahl knapp mit vier Stimmen Vorsprung für sich entscheiden.

## Was sonst noch passierte

Wie üblich wurde unter dem Tagesordnungspunkt Tätigkeitsbericht alles zusammengefasst, was nicht unter die übrigen Tagesordnungspunkte fiel. Auch wenn die Zahl der Anträge wieder sehr hoch war, so stand in diesem Jahr etwas mehr Zeit zur Verfügung als im vergangenen Jahr, was den Abstimmungsmarathon nicht ganz so hektisch werden ließ.

An dieser Stelle sollen exemplarisch einige Anträge der Berliner Delegierten kurz vorgestellt werden. Eine vollständige Darstellung ist aufgrund der Vielzahl der Anträge leider nicht möglich.

Angenommen wurde beispielsweise ein Antrag von Daniel Peukert (Hartmannbund), mit dem der Gesetzgeber aufgefordert wird, die Approbationsordnung dahingehend zu ändern, dass das vorklinische Krankenpflegepraktikum im Stu-



ÄKB-Schatzmeister Peter Bobbert erläuterte die Gründe für die Berliner Zustimmung zum BÄK-Haushaltsentwurf.

dium der Humanmedizin nicht nur in stationären, sondern zumindest teilweise auch in ambulanten Krankenpflegeeinrichtungen abgeleistet werden kann. Julian Veelken hatte sich zuvor dagegen ausgesprochen.

Für eine bessere IT-Sicherheit zum Schutz sensibler Patientendaten setzte sich ein angenommener Antrag ein, der von Dewitz und Lohaus unterstützt wurde.

Nicht befassen wollten sich die Delegierten mit einem zum zweiten Mal von Klaus Thierse (Marburger Bund) eingebrachten Antrag, der die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft zur Verhandlung von Tarifverträgen für ärztliche Mitarbeiter im ambulanten Bereich vorsieht.

Angenommen wurde dagegen ein von Thierse unterstützter Antrag, mit dem die Approbationsbehörden aufgefordert werden, gravierendes Fehlverhalten von Ärzten konsequenter zu ahnden.

Herauszuheben ist unter TOP I noch der von Günther Jonitz mitgetragene Antrag, der die Einführung eines neuen, allgemein approbierten Heilberufs mit Übernahme der bisher ärztlichen Zuständigkeit für den psychosozialen,

kommunikativen und koordinativen Bereich unter der geplanten Bezeichnung „Psychotherapeut“ ablehnt. Der Antrag wurde mit großer Mehrheit angenommen. Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin hatte sich ebenfalls schon mehrheitlich dagegen ausgesprochen.

## Resümee

Der große Knall ist in Hamburg ausgeblieben. Dafür sind die schrillen Töne, die mit dem außerordentlichen Ärztetag in Berlin einhergingen, sachlicher geworden. Durch die Dominanz des durchaus wichtigen Themas GOÄ-Novelle sind einige andere wichtige Themen dieses Ärztetages leider etwas in den Hintergrund getreten: Versorgung von Flüchtlingen, Arzneimittelpreisbildung, Novelle der Weiterbildungsordnung – um nur einige zu nennen. Es bleibt zu hoffen, dass diese Themenvielfalt auf dem 120. Deutschen Ärztetag in Freiburg wieder stärker zum Tragen kommt.

Weitere Informationen (u.a. das Beschlussprotokoll) finden Sie unter:

<http://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/119-deutscher-aerztetag-2016/>



## Ärzte für gesundheitliche Chancengleichheit

Rede von Sir Michael Marmot, Präsident der World Medical Association und Leiter des UCL Institute of Health Equity, auf dem 119. Deutschen Ärztetag in Hamburg.

Ich bin Medizinwissenschaftler. Ich habe mein Leben lang Forschung betrieben, und deren Ziel ist Wissen. Das Streben nach Wissen, allein um seiner selbst willen, hat mich nie im Entferntesten beschämt. Und gewiss sind die Probleme, die ich erforsche, massiv: die Ungleichheiten beim Gesundheitszustand. Im Londoner Stadtteil Westminster etwa klafft zwischen der höchsten und niedrigsten Lebenserwartung von Männern ein Abstand von 18 Jahren. In Großbritannien – mit einem Zugang zum staatlichen Gesundheitsdienst NHS für wirklich jedermann – kann dies schwerlich dem fehlenden Zugang zur Gesundheitsversorgung zugeschrieben werden. Der Abstand geht vielmehr auf die ungleichen Lebensbedingungen der Menschen zurück.

Neben dem Wissen als Selbstzweck haben wir Medizinforscher auch noch etwas anderes im Sinn. Um es angelehnt an Goethe zu sagen: Wir wollen denken, um zu tun. Wir möchten die Gesundheit unserer Patienten verbessern. Und als Wissenschaftler im Bereich der öffentlichen Gesundheit, meinem Forschungsgebiet, möchten wir das Leben und die Gesundheit der Bevölkerungen verbessern, in deren Auftrag wir forschen. Wie bereits Goethe herausstellte, schließt der Wunsch nach dem Tun nicht das Denken aus. Oder um es in meinen Worten zu sagen: Wir müssen aus unseren Handlungsansätzen lernen – um zu einer Bewertungskultur zu gelangen.

Ich führte den Vorsitz der WHO-Kommission zu den sozialen Determinanten von Gesundheit. Nach Überreichung unseres Abschlussberichts beschrieben die Repräsentanten eines Landes den Bericht als „mit Evidenz unterfütterte Ideologie“. Diese Kritik hat mich erfreut; falls es sich um Kritik handelte. Unser Tun folgt in der Tat einer Ideologie: Ungleichheiten beim Gesundheitszustand, die durch angemessene Maßnahmen vermieden werden können, sind unfair und diskriminierend. Sie zu beseitigen, ist eine Frage der sozia-

len Gerechtigkeit. Aber Evidenz spielt dabei tatsächlich eine Rolle. Wie ich in Erfahrung bringen konnte, werden politische Entscheidungen durch viele Faktoren geprägt: Ideologie, Kaufeinflüsse, Eigeninteressen. Unser Feld ist die Evidenz und der moralische Umstand, dass vermeidbare Ungleichheiten im Gesundheitszustand ungerecht sind.

Mein Argument lautet, dass wir als Mediziner – im Krankenhaus, der Wissenschaft oder dem öffentlichen Gesundheitswesen – auf Seite der Guten agieren. Wir setzen uns täglich dafür ein, das Leben unserer Patienten und der Bevölkerungen zu verbessern. Und noch einmal: Diesen moralischen Umstand möchten wir auf das politische Tableau bringen, ebenso wie die aus der Forschung hervorgegangenen Vorschläge, die zu einer Angleichung der gesundheitlichen Chancen beitragen können.

In meiner Funktion als Präsident der World Medical Association verfolge ich eine Aufgabe: die WMA, die nationalen Ärzteverbände und die einzelnen Ärzte zu einem Handeln hinsichtlich der sozialen Determinanten von Gesundheit zu bewegen. Gemeint sind die Bedingungen, unter denen Menschen geboren werden, aufwachsen, leben, arbeiten und altern sowie die Ungleichheiten bei Einfluss, Geld und Ressourcen, die wiederum zu ungerechten Alltagsbedingungen führen. Ich wurde gefragt, wie Ärzte diese sozialen Determinanten von Gesundheit beeinflussen können.

Angeregt durch die Kollegen des kanadischen Ärzteverbands CMA hielten wir genau zu diesem Thema im letzten Jahr eine Konferenz im BMA House in London ab. Es war spannend: Aus 20 Ländern schlug uns reges Interesse entgegen und insgesamt 200 Personen nahmen an der Konferenz teil.

Nach dem gemeinsamen Abendessen am ersten Tag war ich auf dem Weg zum U-Bahnhof Euston, um nach Hause zu fahren. Als ich an der St.-Pancras-Kirche vorbei kam, legten sich gerade Obdachlose

*Es ist nicht genug zu wissen, man muß auch anwenden; es ist nicht genug zu wollen, man muß auch tun ... Denken und Tun, Tun und Denken, das ist die Summe aller Weisheit [...].*

Goethe

in ihren Schlafsäcken im Säulenvorbau der Kirche zur Nacht nieder. Mir kam ein dummer erster Gedanke: Es ist erst Viertel nach neun, warum gehen diese Menschen so früh ins Bett?

Aber was soll ein Obdachloser sonst tun?

Als unser Treffen am nächsten Morgen fortgesetzt wurde, fragte ich meine Medizinerkollegen aus der ganzen Welt, ob dies auch Teil unserer Verantwortung sein solle. In dem ersten Satz meines Buches *The Health Gap* frage ich ebenfalls, warum wir Menschen behandeln, wenn wir sie anschließend wieder in die krankmachenden Bedingungen entlassen?

Als Ärzte sind wir in der Verantwortung, gemeinsam mit den anderen Beteiligten daran zu arbeiten, die Bedingungen zu verbessern, die Menschen krankmachen.

Angesichts der großen und weiterhin wachsenden Unterschiede bei den Einkommen und sozialen Bedingungen, der Intoleranz gegenüber Flüchtlingen, Rassismus und anderer gesellschaftlicher Missstände müssen wir Ärzte uns für eine gerechtere Welt und politische Konzepte einsetzen, die die Gesundheit aller verbessern und die Ungleichheiten beim Gesundheitszustand verringern. Wann sollen wir dies tun? Dazu möchte ich mit einem Zitat von Martin Luther King abschließen:

Heftig drängt sich uns das Hier und Heute auf. Das sich vor uns entfaltende Rätsel des Lebens und der Geschichte kennt auch ein „zu spät“ ... So könnte es sein, dass wir der Zeit verzweifelt zurufen, sie möge anhalten, aber die Zeit ist taub für alle Bitten und eilt weiter. Über den bleichen Gebeinen und verstreuten Überresten zahlreicher Kulturen stehen die beiden bedauerlichen Worte: zu spät. Verehrte Kollegen, unterstützen Sie mich als Ärzte für gesundheitliche Chancengleichheit.

## „Wir sind ein gutes Stück weiter gekommen“

Dr. med. Elmar Wille, Vizepräsident der Ärztekammer Berlin

Der Deutsche Ärztetag in Hamburg in diesem Jahr, wie ist Ihre Einschätzung? Gibt es etwas Neues? Hat sich die Arbeit gelohnt?

So werde ich öfter – und sicher mehr als in früheren Jahren besonders von den Kolleginnen und Kollegen in der Niederlassung – gefragt.

Dies sicher nicht zuletzt deshalb, weil der außerordentliche DÄT in Berlin am 23. Januar dieses Jahres vorausging. Das dort einzige Thema GOÄneu wurde nun in Hamburg fortgeführt und sollte zum Abschluss gebracht werden.

Dabei wird das Thema in der Kollegenschaft durchaus kontrovers diskutiert – anders als die nichtärztliche Presse das sieht und die Durchschnittsbevölkerung sich das vorstellt. Nach über 30 Jahren ohne Änderungen an der GOÄ ist dies auch nicht verwunderlich.

Nach einem Vierteljahrhundert Deutscher Ärztetage war dieses Mal Hamburg schon etwas Singuläres. Bereits im Vorfeld – auf Grund der Satzung vor (!) Eintritt in die Tagesordnung nötig – gab es einen Antrag auf Änderung der Tagesordnung (die wie immer vom BÄK-Vorstand beschlossen worden war) mit Einbringung eines Abwahantrages gegen BÄK-Präsidenten Montgomery! Begründet wurde der Abwahantrag ausdrücklich mit seiner Fehlleistung in Sachen GOÄneu!

Immerhin war diese GOÄ vor fünf Jahren in Kiel unter der Überschrift, er mache das zur „Chefsache“, vom damals um seine Wahl bemühten Dr. Montgomery zugesagt worden. Und im Vorfeld des

Ärztetages war von ihm das erreichte Ergebnis als das beste seit Jahren gelobt worden, ohne dass dies von den Betroffenen hätte geprüft werden können. Denn die Legenderung der Leistungsziffern und die Bewertung war vertraulich, ja „geheim“, sogar höchsten Funktionären nicht bekannt.

Dieser neue Tagesordnungspunkt „Abwahantrag gegen den Präsidenten“ scheiterte mit 85 Pro-Stimmen zu 148 Contra-Stimmen. Dieses Ergebnis eines Quasi-Misstrauensvotums, erzielt in einem öffentlichen und breit dargestellten Verfahren mit hart diskutierten Begründungen, veränderte die Stimmung und Einstellung zum Thema bei manchen Delegierten.

So wurden die im weiteren Verlauf von Kompromissen geprägten Beschlüsse möglich. Die Beschlüsse des 119. DÄT zur GOÄneu, d.h. zur zukünftigen ökonomischen Grundlage der Freiberuflichkeit des Arztes, stellen das, was noch im Herbst von der Bundesärztekammer vorgelegt worden war, weitgehend in Frage. Dasselbe gilt für die Version, die dem außerordentlichen DÄT am 23. Januar 2016 präsentiert worden ist. An anderer Stelle in diesem Heft (S. 28) werden die vielen Beschlüsse des DÄT Hamburg zum Thema juristisch aufgearbeitet dargestellt. Jeder kann nachvollziehen, wie berufspolitische Ziele und Vorstellungen in sachliche parlamentarische Entscheidungen überführt wurden. Dabei ist aus meiner Sicht jetzt ein Paket an Entscheidungen erarbeitet worden, das für die Freiberuflichkeit in der Zukunft prägend sein wird. Da gibt es viele scheinbar



unwichtige Details – beispielsweise wenn die Liquidation nach der GOÄ nicht mehr wie ursprünglich an die Weiterbildungsordnung angeknüpft wird, sondern nur durch Verweis auf die Berufsordnung beschränkt wird. Dies macht einen gewaltigen Unterschied, in diesem Punkt zu Gunsten der jungen Ärzte ohne Facharzt-Status und vieler Hausärzte.

Es gibt sicher noch einiges zu tun, aber die Ärzteschaft ist in Hamburg ein gutes Stück weiter gekommen. Es wird jetzt Aufgabe der Bundesärztekammer sein, ihren bisher von PKV, Beihilfebehörden und McKinsey dominierten Entwurf zu korrigieren und eine GOÄneu vorzulegen, die diesen Namen verdient und eine ohnehin knapp bemessene Freiberuflichkeit nicht auf rudimentäre Reste reduziert. So führte der berufspolitische „Paukenschlag“ am Beginn des Ärztetages in ein weitgehend konstruktives, parlamentarisches Verfahren, um eine geeinte Ärzteschaft gegenüber dem BMG, der PKV und Beihilfestellen zu positionieren. Alles mühsam, aber notwendig und langfristig den Aufwand lohnend.



# Was die Berliner Delegierten denken

Lesen Sie, wie die Berliner Delegierten und ihre Stellvertreter/innen den 119. Deutschen Ärztetag in Hamburg erlebt haben.



Raimund Ordyniak

## Dr. med. Raimund Ordyniak

(Marburger Bund)

„Medizinische Versorgung von morgen – Balance zwischen Wertschöpfung und Wertschätzung“ so der Titel eines der Themen. Die medizinisch-fachliche Weisungsfreiheit des Arztes ist ein Grundrecht. Gewinnmaximierung darf nie Vorrang vor ärztlich begründeten Entscheidungen haben, heißt es darin sinngemäß. Das stärkt uns den Rücken, ist aber zugleich eine Herausforderung. Sind wir es doch, die jene Entscheidungen gegen teils erhebliche Widerstände begründen müssen. Neben Grundsätzlichem wurden auch sehr ins Detail gehende Themen besprochen. Der Masterplan Medizinstudium, die Gesundheitskarte für Flüchtlingskinder, das UN-Mandat zum Schutz von humanitären Einrichtungen und Personal sind einige wenige Beispiele. Das hat mich in dieser Themenvielfalt überrascht und beeindruckt, war doch für mich der 119. Deutsche Ärztetag der Erste. Mein Fazit: Ich habe ein gutes Gefühl nach diesem viertägigen Sitzungsmarathon. Die Diskussionen wurden konstruktiv und sachlich geführt, allerdings in meiner Wahrnehmung nicht immer ausführlich

genug. Das Pensum war schlichtweg zu groß. Ich wünschte mir, unseren Nachwuchs für die politische Arbeit begeistern zu können. Themen gibt es genug, Kompetenz auch!“

## Julian Veelken

(Fraktion Gesundheit)

„Wie erwartet, hat die GOÄ-Debatte nach dem unbestreitbaren Desaster in dieser Frage einen viel zu großen Platz auf diesem Ärztetag eingenommen, inklusive eines, mangels Alternativkandidaten, zum Scheitern verurteilten Abwahantrages gegen den Präsidenten Montgomery. Die Tragik ist, dass nach meinem Urteil auch noch so viel Aktivismus den entstandenen Eindruck einer sich selbst zerlegt habenden Selbstverwaltung nicht wird heilen können, und eine neue GOÄ in den nächsten fünf, sechs Jahren nicht zu erwarten sein wird. Das Eintreten des Ärztetages für eine Gesundheitskarte für Asylbewerber und Flüchtlinge ist als sehr erfreuliches Ergebnis leider etwas untergegangen. Der Vortrag von Prof. Ludwig zur Preisbildung war herausragend, wenn es ihm auch durch Frau



Julian Veelken

Fischer als Gegenreferentin der Industrie enttäuschend leicht gemacht wurde, diesen Eindruck zu erwecken.“



Daniel Peukert

## Dr. med. Daniel Peukert

(Hartmannbund)

„Wichtige Themen des diesjährigen Ärztetages waren die GOÄ-Reform, die Arzneimittelpreisbildung, Arbeitsverträge und die Weiterbildung. Der Gesundheitsminister stand unverändert zu einer Reform der GOÄ, aber er fand auch kritische Worte zur aktuellen Situation der ärztlichen Selbstverwaltung. Diese Kritik sollte die deutsche Ärzteschaft ernst nehmen und bei den anstehenden KV Wahlen eine neue und starke aber auch von den Skandalen der letzten Jahre freie Führung wählen. Zur Fortführung der GOÄ-Novellierung wurden Resolutionen mit klaren Forderungen an die Verhandlungsführer verabschiedet wie z.B. die Beibehaltung von Steigerungsfaktoren. Bei der Entwicklung der Arbeitsverträge war die klare Forderung des Deutschen Ärztetages: Keine Kopplung der ärztlichen Gehälter an Fallzahlen! Die aktuelle Novellierung der Weiter-



bildungsordnung wurde vorgestellt. Der Sachstand soll auf dem 120. Deutschen Ärztetag ausführlich präsentiert und diskutiert werden.

Für die zurzeit in der Klinik tätigen Kollegen freut es mich besonders, dass mein Antrag „Geplante Novellierung der EU-Arbeitszeitrichtlinie – Bereitschaftsdienst muss Arbeitszeit bleiben“ von den Delegierten angenommen wurde.



Anja Dippmann

### Dr. med. Anja Dippmann

(Marburger Bund)

„Dieser Ärztetag war von respektvollem Umgang geprägt als der Sonderärztetag und ließ mehr Raum zur gegenseitigen Anhörung. In dieser produktiveren Atmosphäre sind Anträge nach Modernisierung der Geschäftsordnung, Bekanntgabe von Organisationskonzepten und mehr Transparenz vorgebracht worden – dies zeigt, dass die Ärzteschaft neben der inhaltlichen auch die Auseinandersetzung um strukturelle und prozessuale Aspekte ihres Systems führt und führen muss. Zu begrüßen wäre die vermehrte Beteiligung jüngerer Kolleginnen und Kollegen an den Ärztetagen, um die Repräsentativität der Delegierten zu erhöhen und mit neuen Impulsen Ideen zu formulieren und Weichen stellen zu können. Zu hoffen ist, dass die Anträge als das angenommen werden, was sie sicher sein wollen: konstruktiv.“

### Doris Höpner

(Hausärzte in Berlin)

„Ich war zum ersten Mal als Vertreterin des Deutschen Hausärzterverbandes (BDA) für die Ärztekammer Berlin auf dem Ärztetag. Eine wichtige Erfahrung, um meine hausärztlichen Kollegen zukünftig in Gremien noch besser vertreten zu können, und auch die Möglichkeit zu haben, durch das Einbringen von Anträgen tatsächlich etwas anstoßen zu können. Aber auch aufregend und anstrengend. Übrigens kann sich jeder Interessierte die mannigfaltigen Beschlüsse über die Website der Bundesärztekammer anschauen. Besonders wichtig für mich u.a.:

- Die ausgiebige Diskussion über den Abwahlenantrag des Präsidenten Montgomery betreffs der Verfahrensweise zu bisherigen GOÄ-Verhandlungen. Letztlich dann Beschluss zur weiteren Verfahrensweise zur Neufassung der GOÄ. Hier werden nun insbesondere die Fachgesellschaften aufgefordert – zeitnah – mitzuwirken.
- Der Beschluss, dass wir als Hausärzte unterstützt werden sollen, im Rahmen der Geriatrischen /Palliativen Versorgung weiterhin für unsere seit vielen Jahren durch uns versorgten hausärztlichen Patienten tätig sein zu können.
- Die Anwesenheit der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) – wir brauchen politisch engagierten Nachwuchs!!



Doris Höpner



Klaus-Peter Spies

### Dr. med. Klaus-Peter Spies

(Allianz Berliner Ärzte)

„Auf dem DÄT war die GOÄNeu Thema heftiger Diskussionen. Der von uns geforderte Verzicht auf die Änderung der BÄO oder zumindest auf die analog des G-BA zu bildende gemeinsame Kommission von Ärzten, PKV und Beihilfe (GeKo) wurde leider wieder abgelehnt. Es wurden nun aber entscheidende Änderungen der GOÄNeu akzeptiert: die GeKo wird in ihrer Kompetenz erheblich eingeschränkt und ihre Zuständigkeit auf die Erarbeitung konsentierter Empfehlungen zur Weiterentwicklung der GOÄ beschränkt. Die Bildung von Analogziffern muss wie die Steigungsfaktoren grundsätzlich und generell weiterhin zur Verfügung stehen. Der Bezug auf die Weiterbildungsordnung ist bereits im Vorfeld weggefallen. Unser Antrag für die Einführung einer von den Kostenträgern unabhängige Datenstelle wurde zumindest dem Vorstand zugewiesen. Unter der politisch-strategischen Verantwortung von Prof. Dr. Montgomery wird die Arbeit an der Reform nun endlich auch mit enger Einbeziehung der Berufsverbände und Fachgesellschaften vorangetrieben. Weiterhin forderte der Ärztetag eine Verbesserung der medizinischen Versorgung der Flüchtlinge (eGK), extrabudgetäre Vergütung, Abbildung des zusätzlichen Aufwands der stark traumatisierten und mit erheblichen Sprachproblemen behafte-

ten Patienten). Die von der BÄK vorgeschlagene Zusammenlegung der Deutsche Akademie der Gebietsärzte und der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin wurde erfreulicherweise abgelehnt. Aus Sicht der niedergelassenen Ärzte war der Verlust eines Sitzes bei der Nachwahl eines Vorstandsmitglieds der Bundesärztekammer enttäuschend.

## Bettina Linder

(Hausärzte in Berlin)

Nach dem Sonderärztetag im Januar in Berlin gibt der Ärztetag in Hamburg Anlass zu der leisen Hoffnung, dass sich die autoritären Strukturen in der Selbstverwaltung doch noch nicht vollständig durchsetzen können und Geheimverhandlungen nicht zielführend sind. Die Diskussion über die neue GOÄ wird also noch mal geöffnet, die Berufsverbände dürfen sich einmischen und mitreden. Allerdings nur beim Leistungsverzeichnis. Der viel kritisierte Paragrafenteil bleibt weitgehend unangetastet.

Ansonsten viele gut gemeinte Appelle:

- gegen die Ökonomisierung des Gesundheitssystems und die rein ökonomisch orientierten Boni der Chefärzte
- für den freien Arztberuf
- für bessere gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen
- gegen die Preisgestaltung der Pharmaindustrie

Vielleicht kommen ja einige davon an den richtigen Stellen an.



## Dr. med. Regine Held

(Allianz Berliner Ärzte)

„Der 119. DÄT fand in Hamburg im Congress Center am Radisson Blue-Hotel am Bahnhof Dammtor statt. Jeder noch so leidenschaftliche Autofahrer konnte mit der Deutschen Bahn in deutlich kürzerer Zeit als über die Autobahn direkt am Tagungsort aussteigen. Wenn auch bei der Eröffnungsfeier die Ärzte wieder nur freie Platzwahl ab Reihe 8 hatten, war die historische Laeiszhalle einschließlich seines hervorragenden Orchesters gut gewählt. Da es bei der Rede von Montgomery keine Buh-Rufe gab, war auch zu erwarten, dass der Abwahlenantrag für den größeren Teil der Delegierten nicht relevant war. Die Tagungsstätte im Congress Center war so groß und bot viel mehr Plätze als bei anderen DÄT, so dass diesmal tatsächlich auch normal-große Ärzte Platz fanden und ohne Einschränkung mitarbeiten konnten.“

Mit Spannung wurde die GOÄ-Debatte erwartet, die auf der Tagesordnung mehrmals verschoben wurde und mit Ansatz dann Dienstag 16.30 Uhr und in Unterbrechung von TOP I wie unvermeidbar dazwischengeschoben schien. Für mich enttäuschend war der Bericht von Herrn Reinhardt als neuem Vorsitzenden des GOÄ-Ausschusses. Leider hat

er den Paragrafenteil verteidigt und nur oberflächliche Kritikpunkte eingearbeitet. Trotzdem hat sich gezeigt, dass der u. a. von der Ärztekammer Berlin initiierte Sonderärztetag Anfang des Jahres mit der Rede zu kritikwürdigen Punkten von Elmar Wille viele Delegierte zum intensiveren Befassen mit der Gebührenordnung veranlasst hat. Insgesamt standen allerdings wieder die Höhe der Vergütung und das Abbilden der eigenen Fachgruppe im Vordergrund. Das Wetter in Hamburg war so, wie man es sich im Norden des Landes vorstellt. Allerdings hat es einem Besuch des außerordentlich schönen und ausgedehnten Parks Planten un Blumen am Congress Center keinen Abbruch getan.“



## Dr. med. Ellis Huber

(Fraktion Gesundheit)

„Es war ein Aufstand ohne Verstand. 85 Delegierte wollten Frank Ulrich Montgomery absetzen, 148 stimmten dagegen. „Der Eindruck ist verheerend: Statt sich mit den wirklich drängenden Fragen zu befassen, mit medizinischer Versorgung, Nachwuchsmangel oder ärztlichen Behandlungsfehlern, bekriegen sich die Ärztefunktionäre am liebsten gegenseitig. Sie verstricken sich in Machtkämpfe oder kassieren bedenkenlos ab“, kommentierte dazu der Deutschlandfunk. Die medizinische Versorgung von Flüchtlingen, die Emanzipation von der



Pharmaindustrie und der Kampf gegen kapitalistische Knebelverträge bestimmten die Debatte aber mehr als die GOÄ-Klamotte. Michael Marmot, der Präsident des Weltärztebundes, rief dazu auf, den Arzt als sozialen Beruf zu verteidigen (s. S.20, Anm. der Red.). Die Mehrheit der Delegierten wollte mit einer selbstbewussten Kommunikationspolitik die Geldgier der Pharmaindustrie in die Schranken weisen. Offen, selbstkritisch und mit ernsthafter Lösungsorientierung diskutierte der Ärztetag die Probleme der Chefarztverträge. Insgesamt zeigten die Diskussionen ein Ärzteparlament, das mehr Bereitschaft zur gesellschaftlichen Verantwortung aufbringt und um öffentliche Glaubwürdigkeit ringt. Das ist gut so und lässt für die Zukunft hoffen.“



### Katharina Thiede

(Fraktion Gesundheit) –  
mit Töchterchen Emmi

„Die Tagesordnung des 119. Ärztetages war mit Schwerpunkten zur Versorgung von Flüchtlingen und der Problematik der sehr teuren Pharmaka gut gewählt. Trotzdem hat die Diskussion ums Geld wieder mal einen (zu) großen Platz eingenommen.

Eine mehr auf den Inhalt fokussierte Debatte hätte ich mir auch zur Musterweiterbildungsordnung gewünscht, die

immerhin nächstes Jahr verabschiedet werden soll und für alle Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung und für viele Weiterbilder von großer Bedeutung sein wird. Hier nur auf die Gremien der Landesärztekammern zu verweisen – die mehr oder weniger transparent agieren und keineswegs, wie postuliert, allen engagierten Ärztinnen und Ärzten eine ausreichende Mitgestaltung ermöglichen – ist enttäuschend. Es ist in dieser Angelegenheit bis zum 120. Ärztetag in Freiburg viel zu tun und die Ärztekammer Berlin ist gefordert, die Novelle so gut wie möglich zu begleiten – ich hoffe sehr, dass Vorstand und Hauptamt alle Fraktionen in diesen Prozess einbeziehen werden.“

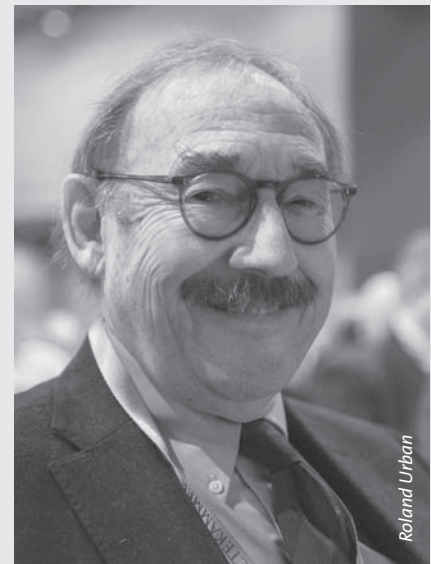
### Dr. med. Herbert Menzel

(Fraktion Gesundheit)

„Es ist noch einmal gut gegangen: Wenn dem Antrag auf Aufnahme eines Tagesordnungspunktes „Abwahl des Präsidenten“ stattgegeben worden wäre, wäre wahrscheinlich eine wüste, persönliche Keilerei losgegangen. Dies hat der Deutsche Ärztetag mit deutlicher Mehrheit verhindert. Stattdessen konnte zu kontroverser inhaltlicher Auseinandersetzung zurückgefunden werden und der Ärztetag konstruktiv beendet werden. Gleichwohl sind die Kritikpunkte am Umgang mit der GOÄ berechtigt und



müssen aufgearbeitet werden. Hierzu gibt es eine Fülle von Aufträgen. Wegen des enormen Zeitdrucks ist der Ausgang völlig offen. Das Ergebnis verpflichtet jedoch die Ärzteschaft, über eine überzeugende Führung nachzudenken, um die politische Gestaltungsmöglichkeit nicht zu verlieren. Die Namen aus der Gerüchteküche vermögen keine Begeisterung zu wecken. Ein Präsident auf Bewährung kann aber auch enorme Energien freisetzen. Es bleibt zu hoffen, dass die Arbeitsfähigkeit der BÄK schnell wiederhergestellt wird, denn die nächsten großen Herausforderungen stehen vor der Tür. Hier ist an erster Stelle die Novellierung der Musterweiterbildungsordnung zu nennen. Ohne gründliche Einbindung der Basis wird diese nicht zu machen sein.“



### Dr. med. Roland Urban

(Allianz Berliner Ärzte)

„Nach einer freundlich-harmonischen Auftaktveranstaltung im goldglänzenden Laeisz-Saal begannen am Nachmittag die Beratungen im Rahmen des 119. Deutschen Ärztetages erwartungsgemäß mit einer kritischen Diskussion zur Rolle des Präsidenten wie auch zur Rolle der entsprechenden BÄK-Arbeitsgruppe im Hinblick auf die GOÄ-Entwicklung. Insofern knüpfte die Diskussion fast nahtlos an den Sonderärzte-

tag vom Januar 2016 an. Die problematische Informationspolitik im Hinblick auf die Überarbeitung der GOÄ und der Bundesärzteordnung und die teilweise schwer nachvollziehbaren, widersprüchlichen Äußerungen des Präsidenten im Laufe der letzten Wochen und Monate hatten zu einer Spannung geführt, die für das Interesse der deutschen Ärzteschaft nur abträglich sein kann.

Dass sich keine konkreten Konsequenzen ergaben, war zu erwarten; vielfältig wurde jedoch das neue Zauberwort „Transparenz“ allseits beschworen. Ein Mehr an sachlicher Auseinandersetzung auch mit anderen wichtigen Themen des DÄT wäre wünschenswert gewesen. So hätte alleine der TOP „Preisgestaltung der pharmazeutischen Industrie“ eine etwas differenziertere und sachlichere Debatte verdient, die leider sehr eingengt auf die Situation der Onkologika war.

Wichtig – und aus psychiatrischer Sicht erfreulich – war nach der problematischen öffentlichen Diskussion nach dem Absturz der German Wings-Maschine nun die eindeutige Stellungnahme des DÄT zur Verteidigung der Schweigepflicht gerade auch bei psychiatrischen Patienten.

### PD Dr. med. Peter Bobbert

(Marburger Bund)

„In den letzten 3 Jahren gab es insbesondere aus Berlin viel Kritisches zur finanziellen Haushaltslage der Bundesärztekammer zu hören. Anfänglich in dieser Frage noch alleine dastehend, gesellten sich im letzten Jahr weitere Landesärztekammern mit der gleichen Kritik zu uns, mit dem Ergebnis, dass mehrere Landesärztekammern auf dem DÄT 2015 den Haushalt der Bundesärztekammer ablehnten. Es war interessant zu sehen und wichtig zu erkennen, dass sich seit dem letzten Ärztetag in Frankfurt vieles verändert hat. Die Haushaltsplanung wurde durch die engere Zusammenarbeit mit uns und



Peter Bobbert

den anderen Landesärztekammern transparenter gestaltet. Auf der Ausgabe Seite wurde viel gearbeitet, um die Umlagen aus den Landesärztekammern nicht, wie in den Jahren zuvor angedacht, überproportional steigen zu lassen. Ein Umstand, der uns alle betrifft, da genau diese Umlagen einen nicht unerheblichen Kostenpunkt in unserer eigenen Berliner Kammer darstellen und somit die jährlichen Beiträge aller Mitglieder in Berlin wesentlich beeinflussen. Es ist somit ein Erfolg auf diesem Ärztetag gewesen, dass der Haushalt der Bundesärztekammer nun deutlich robuster aufgestellt ist als in den Jahren zuvor. Es war daher nur folgerichtig, dass wir dieses Jahr den Haushalt unterstützen.

Gleichwohl kann es nur der Beginn eines langen Weges sein, da weiterhin genau dieser Haushalt von einem strukturellen Defizit betroffen ist. Dieses Defizit zukünftig zu beheben, wird weitere Einschnitte bedürfen. Aber genau diese werden schwer umzusetzen sein, da man sich hierbei kaum Freunde macht. Dies konnte man schon in diesem Jahr daran erkennen, dass sich der Ärztetag 2016 schon bei dem ersten Versuch, die Gremienstruktur der Bundesärztekammer effizienter und kostengünstiger – im Sinne einer solideren Haushaltplanung – nicht hat einigen können. Aber wie gesagt, es ist und bleibt ein langer Weg vor uns.“

### Dr. med. Thomas Werner

(Marburger Bund)

„Einem der wichtigsten Themen, der allgegenwärtigen Ökonomisierung in der Medizin, wurde ein ganzer TOP gewidmet, dann aber doch etwas halberzig diskutiert. Zwar lehnt der Ärztetag wirtschaftliches Denken und Gewinnerorientierung in der Medizin ab, sofern sie auf das ärztliche Handeln abzielt; es fanden sich jedoch (zu)viele „aber“ und Lücken im Vortrag des Präsidenten der Leitenden Krankenhausärzte. Häufig sind sie Opfer, zu oft aber auch Täter und Profiteure des Systems. So lange medizinisches Portfolio und Prozesse von kaufmännischen Leitungen nach DRG-Kriterien definiert werden und sich nicht nach dem medizinischen Bedarf richten, wird eine „Augenhöhe“ weder erreichbar, noch ausreichend sein. Wegweisend wurde demgegenüber ein Beschluss gefasst, dass zukünftig auch die Institutionen an sich bei groben Organisationsverschulden auch strafrechtlich belangbar werden sollen. Und für uns Krankenhausärzte ganz besonders wichtig: Der Ärztetag wandte sich erneut gegen EU-Bestrebungen zur Aufweichung der geltenden Arbeitsschutzrichtlinien, die eine Erweiterung der Wochenhöchst Arbeitszeit und eine



Thomas Werner

niedrigere Bewertung der Bereitschaftsdienstzeiten zum Ziel haben. Wer sich ernsthaft um Aspekte der Versorgungsqualität und Patientensicherheit Gedanken macht, sollte längst erkannt haben, dass sich gut ausgebildetes, motiviertes und empathisches Personal nur mit wertschätzenden Arbeitsbedingungen in den Kliniken halten lassen wird.“



Klaus Thierse

## Dr. med. Klaus Thierse

(Marburger Bund)

Der DÄT hatte diesmal viele spannende und interessante/wichtige Themen, angefangen mit dem Abwahlantrag gegen den Präsidenten (ein Novum) über Flüchtlinge/Ethik, Medikamentenpreise (schwache Performance der früheren Gesundheitsministerin von NRW und jetzigen Geschäftsführerin des Verbandes der Pharmaindustrie) bis hin zur endlich beginnenden Konsolidierung der Finanzen (Berlin hat erstmals seit Jahren dem Haushalt wieder zustimmen können).

Gezielt eingehen möchte ich persönlich auf zwei Themen:

1. „GOÄ“: Hier erfolgte die eigentlich auf dem Außerordentlichen Ärztetag von uns erhoffte Diskussion. Die BÄK scheint die Knackpunkte anzuerkennen und auf Distanz zur kritisierten Ände-

rung der Bundesärzteordnung zu gehen, damit fällt hoffentlich sowohl die GeKo als auch die starren und genehmigungsgebundenen Möglichkeiten der Gebührensteigerung. D.h., warten wir es ab und hoffen, dass die Verabschiedung jetzt keine einsame Entscheidung der BÄK-Spitze mehr ist. Zu bemerken ist, dass die GOÄ nicht nur ein Thema der Niedergelassenen ist, sondern alle ärztliche Tätigkeit inkl. Gutachten etc. umfasst.

2. Thema Weiterbildungsordnung: Seit 30.05.16 (d.h. nach dem DÄT) ist die Version 2.0 der WbO für alle wissenschaftlichen Gesellschaften und Berufsverbände sowie die Kammern zur Kommentierung im Netz freigeschaltet. Ob diese(?) wirklich bis zum 31.12.16 zum Ende kommt? Knackpunkt und weiterhin unbeantwortet bleibt die Frage nach der Finanzierung der (in einigen Fächern inhaltlich schon unumgänglichen) Weiterbildung im ambulanten Bereich, hier wird eine tarifvertragliche Grundlage unter dem Vorwand fehlender Tarifpartner auf den St. Nimmerleinstag verschoben (aber bei den Arzthelferinnen/MFAs geht es doch auch).

## Dr. med. Hans-Detlef Dewitz

(Allianz Berliner Ärzte)

„Gleich zu Beginn widmete sich der Deutsche Ärztetag unter TOP 1 dem Thema Flüchtlinge in der medizinischen Versorgung, einem wichtigen Thema! In der Diskussion wurde – insbesondere im Vergleich zu anderen Bundesländern – deutlich, dass die in Berlin zwischen Senat und KV gefundene unbürokratische Lösung für Ärzte und Flüchtlinge günstig ist. Die Versorgung läuft im haus- wie fachärztlichen Bereich völlig problemlos und es werden die erbrachten Leistungen direkt von der KV mit dem Senat abgerechnet und dem Vertragsarzt extrabudgetär und tatsächlich vergütet! Chipkarten werden derzeit ausgegeben. Vor Eintritt in die Tagesordnung wurde versucht, einen Abwahlantrag gegen den



Hans-Detlef Dewitz

Präsidenten der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, einzubringen – als politisch Verantwortlichen („Chefsache“) für das von vielen als Desaster empfundene GOÄ-Verhandlungsergebnis. Da die großen Verbände diesen Antrag nicht unterstützt haben, wurde die erforderliche einfache Mehrheit für einen weiteren Tagesordnungspunkt nicht erreicht. In der Diskussion vor der Abstimmung brachten jedoch viele Delegierte ihren Unmut über die insuffiziente Bearbeitung der GOÄ neu durch den Vorstand der BÄK zum Ausdruck.

Es bleibt abzuwarten, ob es nach Ablösung von Dr. T. Windhorst unter den neuen Verhandlungsführern Prof. Dr. Montgomery und Dr. K. Reinhardt (ÄK-Vize unter Dr. T. Windhorst!) zu einer Verbesserung kommt.

Es wurden Anträge zur GOÄ für mehr Transparenz bei den Verhandlungsinhalten, Einbindung der Landesärztekammern sowie der Berufsverbände, Offenlegung von Verbindungen/ Mitgliedschaften der Mitglieder des Vorstandes der BÄK und Teilnehmer an den GOÄ-Verhandlungen mit der PKV von den Delegierten beschlossen. Vom BÄK-Vorstand wird deutlich mehr Transparenz und Engagement gefordert!“



## Rechtliche Erläuterungen zu den wichtigsten Beschlüssen des 119. Deutschen Ärztetages zur GOÄ-Reform

Zur Reform der GOÄ hat der 119. DÄT insgesamt 15 Beschlüsse gefasst, die sich zum Teil überschneiden, die teilweise sehr konkrete Forderungen stellen und an anderen Stellen eher allgemein bleiben. Zum besseren Verständnis der vom 119. DÄT getroffenen Festlegungen sollen hier die wichtigsten Beschlüsse zur Änderung der GOÄ und der Bundesärztleistung angesprochen und hinsichtlich ihrer Bedeutung und Auswirkungen erläutert werden.

### Änderung des Paragrafenteils der GOÄ und der Bundesärztleistung nur unter engen Voraussetzungen möglich

Ein wesentlicher Beschluss des 119. DÄT legt fest, dass alle Teile des aktuellen Entwurfs der GOÄ neu zu überarbeiten sind<sup>1</sup> und dass die Neuordnung der GOÄ-Novellierung auch eine Neubetrachtung der Notwendigkeit der Änderung sowohl des Paragrafenteils als auch der Bundesärztleistung (BÄO) erfordert.<sup>2</sup> Die Auffassung, es müssten lediglich die Leistungslegenden der GOÄ überarbeitet werden, ist damit endgültig vom Tisch. In diesem Zusammenhang hat der 119. DÄT auch beschlossen, dass Änderungen des Paragrafenteils der GOÄ und Änderungen der BÄO nur dann zulässig sind, wenn sie inhaltlich zum Betreiben einer novellierten GOÄ erforderlich sind.<sup>3</sup> In der Begründung dieses Beschlusses heißt es zudem, dass davon auszugehen sei, dass Änderungen im Paragrafenteil und in der BÄO für die Reformierung der GOÄ nicht notwendig sind. Dieser Beschluss des 119. DÄT stellt also hohe Anforderungen an Änderungen im Paragrafenteil der GOÄ und der BÄO. Änderungen in diesen Bereichen müssten eingehend begründet werden und sich als erforderlich für das Funktionieren der Gebührenordnung als solche erweisen. Die im vorliegenden Entwurf des Reformvorhabens enthaltenen Änderungen der BÄO und des Paragrafenteils der GOÄ sind für die Bewertbarkeit und Bewertung ärztlicher Leistungen genauso

wenig notwendig wie für die Gewährleistung der sog. doppelten Schutzfunktion der GOÄ und auch nicht für eine stetige und zeitnahe Anpassung der Leistungslegenden an den aktuellen Stand der Wissenschaft. Für ggf. hierfür erforderliche Änderungen in den genannten Rechtsquellen gilt im Übrigen: so wenig Eingriff in die ärztliche Berufsausübungsfreiheit wie unbedingt für den bestimmten Zweck erforderlich. Eine gemeinsame Kommission (GEKO) mit den Kompetenzen, wie sie in dem aktuellen Entwurf vorgesehen ist, ist mit diesem Beschluss nicht zu vereinbaren.

### Keine GEKO mehr, die entscheidet

Der 119. DÄT ist insofern aber auch noch konkreter geworden. Die GEKO, in welcher Form es sie weiterhin auch geben wird, soll ausschließlich Empfehlungen aussprechen und keine Entscheidungen treffen dürfen.<sup>4</sup> Das heißt, auch die noch im aktuellen Entwurf enthaltenen Entscheidungskompetenzen bei der Steigerung des Gebührensatzes, den Analogbewertungen für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und den Gründen für von der GOÄ abweichende Vereinbarungen müssen entfallen. Auch die aktuell vorgesehene Kompetenz der GEKO, Empfehlungen für Aufklärungs- und Dokumentationspflichten im Zusammenhang mit der Abrechnung abzugeben, war schon beim diesjährigen a. o. DÄT kritisiert worden. Diese Regelung soll es nun ebenfalls nicht mehr geben.<sup>5</sup>

### Erhaltung der Möglichkeit von Analogbewertungen bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Bezüglich der Analogziffern hat sich der 119. DÄT ebenfalls sehr konkret festgelegt, indem er beschlossen hat, dass die Bildung von Analogziffern „genauso“ wie in der bisherigen GOÄ zu erhalten ist.<sup>6</sup> Dieser Beschluss wirkt sich u. a. auf die Frage aus, wem gegenüber eine zukünftige

GEKO ihre Empfehlungen zu erteilen hat. Wenn das System der Analogbewertungen so bleibt, wie es heute geregelt ist, dann kann die GEKO ihre Empfehlung nur gegenüber der betreffenden Ärztin/dem betreffenden Arzt, der zuständigen Landesärztekammer oder der Bundesärztekammer abgeben. Denn § 6 Abs. 2 GOÄ (aktuelle amtliche Fassung) bestimmt, dass ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, entsprechend einer nach Art, Kosten und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden können. Normadressat ist in diesem Fall die abrechnende Ärztin/der abrechnende Arzt. Die abrechnenden Ärztinnen und Ärzte haben nach der heutigen Regelung das Recht, z. B. bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, eine analoge Berechnung vorzunehmen. Nur ihnen gegenüber kann daher eine Empfehlung zur analogen Abrechnung einer bestimmten Leistung erteilt werden. Nach der heutigen Systematik ist der Bund als Ordnungsgeber nur für die Implementierung neuer Abrechnungsziffern in die GOÄ zuständig, nicht jedoch für die zwischenzeitliche Analogbewertung einer Leistung. Hierbei muss es nach dem vorliegenden Beschluss des 119. DÄT bleiben. Einigen sich also die Mitglieder der GEKO nicht auf eine Empfehlung zur analogen Bewertung einer bestimmten Leistung, dann werden sich die betreffenden Ärztinnen und Ärzte, wie auch heute, an ihre Landesärztekammer oder die Bundesärztekammer wenden, die im Rahmen der berufsrechtlichen Beratung weiterhin eigene Empfehlungen zur Abrechnung erteilen können.

<sup>1</sup> 119. DÄT I – 14.

<sup>2</sup> 119. DÄT I – 43.

<sup>3</sup> 119. DÄT I – 43.

<sup>4</sup> 119. DÄT I – 05; a. o. DÄT 2016 I – 09 (Antrag Mau – Beschluss: Vorstandsüberweisung), I – 28 (Antrag Lohaus – Beschluss: Vorstandsüberweisung).

<sup>5</sup> 119. DÄT I – 05; a. o. DÄT 2016 I – 07 (Antrag Keller, Lohaus – Beschluss: Vorstandsüberweisung).

<sup>6</sup> 119. DÄT I – 17.

### Honorarrechnung muss über die Wahl des Steigerungsfaktors den Umständen und patientenbezogen angepasst werden können

Zur Systematik der Steigerung der Gebührenpositionen hat der 119. DÄT nicht nur beschlossen, dass eine Rechnung individuell entsprechend dem Aufwand gestaltet werden und hierfür ein Spielraum mit einer freien Wahlmöglichkeit des Faktors in einem gewissen Bereich vorhanden sein muss.<sup>7</sup> Soweit ein Zusatzaufwand, der sich aus der Leistung und den Umständen ihrer Erbringung bzw. patientenbezogen ergibt, nicht über die Steigerung geltend gemacht werden kann, fordert der 119. DÄT, muss dieser in entsprechenden Zusatzleistungen angemessen abgebildet werden.<sup>8</sup>

### Gebührenordnung ist kein (Gesamt-) Honorarsteuerungssystem

Nach der noch vom a. o. DÄT im Januar 2016 geforderten Klarstellung, dass mit dem Monitoring der Gesamtausgaben nach der GOÄ innerhalb einer Übergangsphase nach Inkrafttreten der Reform kein Budget vorgegeben wird,<sup>9</sup> ist der 119. DÄT auch insofern noch weiter gegangen: Nach dem Willen der Delegierten dürfen die Rahmenbedingungen der GOÄneu nicht dazu führen, dass die Gebührenordnung zu einem Honorarsteuerungssystem umgeformt wird.<sup>10</sup> Das bedeutet: Kostenbegrenzungen durch in der GOÄ festgelegte Gebühren oder festgelegte Rahmengebühren zum Schutz der Patienten vor finanzieller Überforderung sind in Ordnung (eine der beiden Schutzfunktionen der GOÄ). Eine Systematik zur Steuerung und Begrenzung der Gesamtausgaben der privaten Krankenversicherer über die GOÄ ist nicht akzeptabel und entspricht nicht dem Willen des 119. DÄT. Ziel muss nach dem Willen des 119. DÄT eine ärztliche Gebührenordnung sein, die in erster Linie das Verhältnis zum Patienten berücksichtigt und nicht zu Versicherungen.<sup>11</sup>

Zu dieser Thematik ist auch ein weiterer Beschluss ergangen. Der Beschluss des 119. DÄT, wonach individuelle Gesund-

heitsleistungen durch die GOÄ nicht behindert werden dürfen,<sup>12</sup> lässt sich vor dem Hintergrund zweier Anträge beim a. o. DÄT vom 23.01.2016 erklären. Zum einen ist dort in einem Antrag<sup>13</sup> dargelegt worden, dass bei individuellen Gesundheitsleistungen, die per Definition zusätzlich und medizinisch nicht als notwendig angesehen werden, auch keine ökonomische Überforderung der Patienten drohen kann. Außerdem werden diese Leistungen in der Regel nicht von der Beihilfe und den privaten Krankenversicherern übernommen, so dass den Antragstellern die im Entwurf der GOÄneu gleichwohl vorgesehene Mitsprache dieser Institutionen bei der Preisgestaltung nicht eingeleuchtet hat. In diesem Zusammenhang war einigen Antragstellern beim diesjährigen a. o. DÄT auch nicht einsehbar, warum Ärztinnen und Ärzte insbesondere bei diesen Leistungen nicht im Einzelfall aus sozialen Gründen Preise nach dem heutigen Einfachsatz verlangen dürften.<sup>14</sup> Die im aktuellen Entwurf der GOÄneu vorgesehenen Kostensteuerungsmechanismen sind nach dem nunmehr vorliegenden Beschluss, insbesondere bezüglich der individuellen Gesundheitsleistungen, nicht akzeptabel.

### Hausärztliche Leistungen müssen besser bewertet werden als bisher

Festgelegt hat sich der 119. DÄT auch bezüglich der Bewertungen der sog. sprechenden Medizin. Insbesondere hausärztliche und andere grundversorgende Leistungen müssen in jedem Fall besser bewertet werden, als dies nach der aktuellen GOÄ der Fall ist.<sup>15</sup>

### Verweigerung eines Inflationsausgleichs unakzeptabel

Auch im Übrigen hat der 119. DÄT klare Worte gefunden: Nach 30 Jahren Stillstand der GOÄ müssen die ärztliche Diagnostik und Therapie angemessen vergütet werden.<sup>16</sup> Die Ablehnung eines Inflationsausgleichs oder die Forderung der Kostenneutralität der GOÄneu durch die privaten Krankenversicherer ist inakzeptabel.<sup>17</sup>

### Approbation soll nicht entwertet werden

Schließlich soll die Abrechnung ärztlicher Leistungen durch Ärztinnen und Ärzte ohne Facharztqualifikation weiterhin möglich bleiben.<sup>18</sup> Der 119. DÄT hat sich klar gegen die im aktuellen Entwurf der GOÄneu enthaltene Regelung, wonach die Facharztqualifikation Voraussetzung für die Abrechnung nach GOÄ ist und die eine Abwertung der Approbation zur Folge gehabt hätte, ausgesprochen.

### Ärztlicher Sachverstand und Transparenz gefordert

Vor der Verhandlungskommission stehen ersichtlich große Aufgaben. Die Bundesärztekammer ist nach dem Willen des 119. DÄT nun gehalten, in enger Abstimmung mit den ärztlichen Berufsverbänden und Spitzenorganisationen Leistungslegenden und Bewertungen abzustimmen und auf der Grundlage ärztlichen Sachverstandes und einer transparenten und betriebswirtschaftlichen Kalkulation einen Entwurf vorzulegen.<sup>19</sup> Auch die ggf. erforderlichen Änderungen in der BÄO und dem Paragrafenteil der GOÄ müssen nach dem Willen des 119. DÄT mit den ärztlichen Berufsverbänden und Spitzenorganisationen abgestimmt werden.<sup>20</sup>

Verfasserin:

Martina Jaklin

Leiterin der Abteilung Berufsrecht der Ärztekammer Berlin

7 119. DÄT I – 21; a. o. DÄT 2016 I – 06 (Antrag Keller – Beschluss: Vorstandsüberweisung), vgl. auch I – 04 (Antrag Wille – Zurückgezogen); 117. DÄT I – 50.

8 119. DÄT I – 05.

9 119. DÄT I – 05; vgl. auch a. o. DÄT 2016 I – 04 (Antrag Wille – Zurückgezogen).

10 119. DÄT I – 05b.

11 119. DÄT I – 14.

12 119. DÄT I – 05; a. o. DÄT 2016 I – 28 (Antrag Lohaus – Beschluss: Vorstandsüberweisung).

13 A. o. DÄT 2016 I – 28 (Antrag Lohaus – Beschluss: Vorstandsüberweisung).

14 A. o. DÄT 2016 I – 08.

15 119. DÄT I – 05.

16 119. DÄT I – 14.

17 119. DÄT I – 37.

18 119. DÄT I – 05a; vgl. auch a. o. DÄT 2016 I – 04 (Antrag Wille – Zurückgezogen).

19 119. DÄT I – 14, I – 06, I – 07, I – 09, I – 05.

20 119. DÄT I – 43, I – 07.



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
■ 07.09.2016, 16.11.2016 und 07.12.2016	<b>Weiterbildungskurs Pädiatrie</b> zum Facharzt für Allgemeinmedizin (weitere Informationen s. S. 31)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1203 E-Mail: a.hellert@aekb.de Teilnehmerentgelt: 550 €	9 P
■ 19.09.-24.09.2016 31.10.-05.11.2016 12.12.-17.12.2016	<b>Qualitätsmanagement (200 Std.) nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer</b> (weitere Informationen s. S. 32)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1402 Inhalte: Tel.: 030 / 40806-1207 E-Mail: QM-Kurs2016@aekb.de	150 P
■ 08.10.2016	<b>Aktualisierungskurs im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung</b>	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 155 €	8 P
■ 10.10.-12.10.2016	<b>Grundkurs im Strahlenschutz</b>	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 270 €	23 P
■ 12.10.-14.10.2016	<b>Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik</b>	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 240 €	20 P
■ 18.11.2016	<b>CIRS für Einsteigerinnen und Einsteiger</b> (weitere Informationen s. S. 31)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1402 E-Mail: e.hoehne@aekb.de Teilnehmerentgelt: 100 €	10 P
■ 26.11.2016	<b>5. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin</b> in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (weitere Informationen s. S. 32)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Informationen: <a href="http://www.FB-Kongress2016.de">www.FB-Kongress2016.de</a> Anmeldung: <a href="mailto:Fortbildungskongress@aekb.de">Fortbildungskongress@aekb.de</a> Teilnehmerentgelt: 75 € (Mitglieder der ÄKB) 100 € (Nicht-Mitglieder der ÄKB)	10 P
■ <b>Online-Modul:</b> 01.11.-30.11.2016 <b>Präsenz-Modul:</b> 01.12.-03.12.2016	<b>Aus Fehlern lernen – Methoden der Analyse für Schadenfälle, CIRS und M&amp;M-Konferenzen</b> (weitere Informationen s. S. 31)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel. 030 / 40806-1402 E-Mail: e.hoehne@aekb.de Teilnehmerentgelt: 500 €	33 P
■ 10.12.2016	<b>Impfungen in der Praxis</b>	Kaiserin-Friedrich-Stiftung Robert-Koch-Platz 7 10115 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 100 €	9 P

## 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 oder in einer kinderärztlich geleiteten Rettungsstelle

**Termine 9 Stunden Theoriekurs:** jeweils mittwochs 19.00 – 21.15 Uhr  
07.09.2016, 16.11.2016 und 07.12.2016

**Ort:** Ärztekammer Berlin, Seminarraum, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin  
**Information und Anmeldung:** Die Teilnahme kostet 550 Euro.  
Tel.: 030 / 40806-1203, E-Mail: a.hellert@aekb.de.  
Anerkannt mit **9 Fortbildungspunkten**.

## Spezialkurse im Strahlenschutz

zum Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung für die Anwendungsbereiche Interventionsradiologie und Computertomographie

### Spezialkurs im Strahlenschutz bei Interventionsradiologie

Donnerstag, 1. Dezember 2016, 8.30 – 17.00 Uhr

**Veranstaltungsort:** Deutsches Herzzentrum Berlin, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin

### Spezialkurs im Strahlenschutz bei Computertomographie

Freitag, 2. Dezember 2016, 9.00 – 17.15 Uhr

**Veranstaltungsort:** Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

**Information und Anmeldung:** Die Teilnahme kostet jeweils 155 Euro.

Anmeldung: Ärztekammer Berlin, Tel.: 030 / 408 06 – 1215, E-Mail: fb-aag@aekb.de  
Jeweils **9 Fortbildungspunkte**.

## CIRS für Einsteigerinnen und Einsteiger

Fortbildungsangebot für Mitarbeiter Krankenhaus-interner CIRS-Teams

Seit gut zehn Jahren werden in deutschen Krankenhäusern Critical Incident Reporting Systeme (CIRS) genutzt, um aus Beinahe-Schäden, die bei der Versorgung der Patienten auftreten, systematisch zu lernen. Seit 2014 sind nach der Risikomanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nun alle Krankenhäuser verpflichtet, CIRS einzuführen.

Um ein internes CIRS kompetent zu betreiben, benötigen die verantwortlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des CIRS-Teams Kenntnisse und Fertigkeiten, die in diesem eintägigen Seminar vermittelt werden.

**Inhalte:** Was ist CIRS und wie funktioniert es? Meldesystem, Prozesse und Aufgaben im CIRS-Team. Juristische Rahmenbedingungen. Methode der Fallanalyse an einem Beispiel. Risikobewertung. Bearbeitung verschiedener Fallbeispiele in Kleingruppen: Fallanalyse, Ableitung von Maßnahmen, Kommunikation der Ergebnisse/Feedback

**Termin:** 18.11.2016, 9.00 – 16.15 Uhr

**Veranstaltungsort:** Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

**Informationen und Anmeldung:** Die Teilnahme kostet 100 Euro, die Teilnehmerzahl ist auf 20 Personen beschränkt. Tel. 030 / 40806-1402, E-Mail: e.hoehne@aekb.de. Anerkannt mit **10 Fortbildungspunkten** der Ärztekammer Berlin und **8 Fortbildungspunkten** der Registrierung beruflich Pflegender (RbP).

## Aus Fehlern lernen – Methoden der Analyse für Schadenfälle, CIRS und M&M-Konferenzen

Wie entstehen Fehler? Welche Faktoren tragen zum Entstehen von Schadenfällen bei? Wie kann die Wahrscheinlichkeit, dass sich solche Fälle wiederholen, reduziert werden?

Gelegenheiten, aus Fehlern zu lernen, gibt es u. a. bei der Bearbeitung von Schadenfällen, CIRS-Berichten und Fällen in Morbiditäts- und Mortalitäts-Konferenzen (M&M-Konferenzen).

Die Basis des Lernens ist dabei immer eine systematische Analyse des jeweiligen Falls. Das dafür erforderliche systemische Verständnis zur Entstehung von Fehlerereignissen sowie praktische Fertigkeiten der Analyse und Bearbeitung von schweren Zwischenfällen, CIRS-Berichten und in M&M-Konferenzen werden in diesem Seminar vermittelt.

**Das Intensivseminar richtet sich an Angehörige aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen und ist spezifisch auf den Krankenhausbereich ausgerichtet.**

**Termin:** Die Blended Learning-Fortbildung wird in zwei Modulen durchgeführt:

**Online-Modul:** 01.11. bis 30.11.2016

**Präsenz-Modul:** 01.12. bis 03.12.2016

**Veranstaltungsort:** Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16 in 10969 Berlin

Die Teilnehmerzahl ist auf 25 begrenzt, das Teilnahmeentgelt beträgt 500,00 Euro. Anerkannt mit **33 Fortbildungspunkten** von der Ärztekammer Berlin und mit **12 Punkten** von der Registrierung beruflich Pflegender.

**Information und Anmeldung:** Elke Höhne, Tel. 030 / 40806-1402, E-Mail: e.hoehne@aekb.de.

Berliner Ärzte auch im Internet:

# www.berliner-aerzte.net!

## Impfungen in der Praxis

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

**Termin:** Sonnabend, 10. Dezember 2016, 9.00 - 17.30 Uhr  
**Kursleitung:** Dr. med. Christian Schönfeld (ehem. Leiter der Reisemedizinischen Ambulanz, Institut für Tropenmedizin und internationale Gesundheit, Charité – Universitätsmedizin Berlin)

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

**Information und Anmeldung:** Die Teilnahme kostet 100 Euro  
 Anmeldung: Ärztekammer Berlin, Tel.: 030 / 40806 1215, Fax: 030 / 40806 55-1399, E-Mail: fb-aag@aekb.de  
 Anerkannt mit **8 Fortbildungspunkten**

## 5. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin

in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

### „Arzt und Patient im digitalen Zeitalter – ein App-grade“

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen - Digital Health - ist Trend. Es existieren mehr als 100.000 Gesundheits-Apps, unzählige Gesundheits-Webseiten und Portale.

Das E-Health Gesetz schafft die Rahmenbedingungen für die digitale Gesundheitsversorgung.

Aber was genau steckt dahinter? Können digitale Angebote die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung wirklich verbessern – Wo sind Chancen, wo sind Grenzen? Und, was bedeutet diese Dynamik für mich als Arzt und im Kontakt mit meinen Patienten?

**Termin:** 26. November 2016, 09:00 – 17:00 Uhr  
**Ort:** Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin  
 Weitere Informationen\* erhalten Sie unter [www.aekb.de/FB-Kongress2016](http://www.aekb.de/FB-Kongress2016)  
 Teilnehmerentgelt: 75,00 Euro (Mitglieder der Ärztekammer Berlin) 100,00 Euro (Nicht-Mitglieder der Ärztekammer Berlin)  
 Ihre schriftliche Anmeldung (\*Anmeldeformular) senden Sie bitte an: [Fortbildungskongress@aekb.de](mailto:Fortbildungskongress@aekb.de)  
 Anerkannt mit **10 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 Herbst 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: 19.09. bis 24.09.2016  
 Präsenzwoche 2: 31.10. bis 05.11.2016  
 Präsenzwoche 3: 12.12. bis 17.12.2016  
 (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-Kurs@aekb.de](mailto:QM-Kurs@aekb.de)

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

Fortbildungsangebot zum Themenschwerpunkt  
 „Häusliche Gewalt“

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

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

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

Die zweiteilige S.I.G.N.A.L.-Basis-Fortbildung findet in Kooperation mit der Ärztekammer statt und vermittelt Grundlagenkenntnisse und Handlungssicherheit im Umgang mit der Thematik „Gewalt in Partnerschaften“.

**Termin:** 05.11.2016 (10 bis 16 Uhr) sowie am 09.11.2016 (17 bis 19:30 Uhr)

**Veranstaltungsort:** Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16 in 10969 Berlin  
**Informationen und Anmeldung:** S.I.G.N.A.L. e.V. Koordinierungs- und Interventionsstelle, Marion Winterholler, M.Pol.Sc.; E-Mail: [winterholler@signal-intervention.de](mailto:winterholler@signal-intervention.de); Fax: 030 / 27 59 53 66. Eine Anmeldung ist dringend erforderlich. Die Basis-Fortbildung ist durch die Ärztekammer Berlin mit insgesamt **12 Fortbildungspunkten** anerkannt.

## Dietrich Bodenstein zum 75.

Gefragt, was den Menschen und die Arbeit des Dietrich Bodenstein auszeichnet, erhält man von Freunden und Mitstreitern eine klare Antwort: Sein Tun und Schaffen entspringt der tiefen Überzeugung, den Patienten mit psychogenen Erkrankungen eine qualifizierte Psychotherapie im Rahmen der ärztlichen Versorgung zu gewährleisten.

Dr. Dietrich Bodenstein wurde am 14. Juli 1941 in Bad Gandersheim geboren. Das Medizinstudium und familiäre Wurzeln führten ihn bereits in jungen Jahren nach Berlin und die Stadt sollte seine berufliche und politische Heimat werden. In seiner späteren Tätigkeit als Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Psychoanalytiker hat er schnell Schwächen im bestehenden System der ärztlichen Versorgung von Patienten mit psychogenen Erkrankungen ausgemacht und früh begonnen, sein berufliches Engagement in den Dienst der Weiterentwicklung der ärztlichen Psychotherapie und der Weiterbildung von Ärzten auf diesem Gebiet zu stellen. Ab 1974 nahm Dietrich Bodenstein seine ärztliche Tätigkeit im Institut für psychogene Erkrankungen der AOK Berlin auf, wurde 1984 dessen Leiter und später ärztlicher Direktor des Centrums für Gesundheit der AOK Berlin. Als ehemaliger Geschäftsführer der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie führte er diese 2005 in die Fusion mit der Deutschen Gesellschaft für Psycho-



Foto: ÄKB/R. Stiebitz

somatische Medizin und Psychotherapie hin zur Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie (DGPM). Bis heute ist er Mitglied des Berliner Landesverbandes des DGPM. 1983 war er beteiligt an der Gründung des Berliner Instituts für Psychotherapie und Psychoanalyse (BIPP) sowie an der Gründung der Akademie für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (APM), deren Vorstand er angehört sowie weiterhin als Dozent und Lehranalytiker aktiv ist.

Von 1999 bis 2011 war er Mitglied im Vorstand der Berliner Ärztekammer.

Viele Jahre war er Vorsitzender des gemeinsamen Weiterbildungsausschusses. Seit 2010 bis heute ist er berufspolitisch aktiv als Mitglied der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin sowie seit 2011 als stellvertretender Vorsitzender des Aufsichtsausschusses der Berliner Ärzteversorgung.

Bereits 1979 trat Dietrich Bodenstein dem Hartmannbund bei. An dieser Schnittstelle, in der gemeinsamen Vorstandsarbeit des Hartmannbundes Berlins, kreuzten sich dann auch erstmals unsere Wege, bis wir 2014 mit der Liste Hartmannbund gemeinsam in den Wahlkampf um die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin zogen. So habe ich persönlich Dietrich Bodenstein als einen besonnen, einen den und ehrlichen Mitstreiter kennen gelernt, der immer die Gemeinsamkeiten betont und das Ziel einer gemeinsamen guten ärztlichen Versorgung der Patienten nie aus dem Blick verliert. Die genannten Stationen und Aktivitäten des Kollegen Bodenstein können und sollen nur einen kleinen Einblick in sein ärztliches und politisches Wirken geben.

Lieber Dietrich Bodenstein, wir wünschen alles Gute, Gesundheit und „Lust“ am weiteren aktiven Gestalten, denn:

*Der Mensch ist eben ein „unermüdlicher Lustsucher“, und jeder Verzicht auf eine einmal genossene Lust wird ihm sehr schwer. (Sigmund Freud)*

PD Dr. med. Uwe Torsten im Namen des Vorstandes der Ärztekammer Berlin und des Berliner Hartmannbundes



# Der elektronische Arztausweis (eA): Ausgabe erfolgreich gestartet

## Ihre Fragen – unsere Neuigkeiten

Die Ärztekammer Berlin hat den Prozess der Ausweisbeantragung mit Blick auf den durch die Verabschiedung des eHealth-Gesetzes entstehenden Bedarf an elektronischen Arztausweisen neu gestaltet. Der Ausweis kann seit Anfang April auch über unsere Homepage sowie über das Mitgliederportal beantragt werden. Aufgrund Ihrer vielen Fragen möchten wir gerne noch einmal zum Thema informieren.

### Elektronischer oder „einfacher“ Arztausweis?

Bisher verfügen Sie wahrscheinlich über den Arztausweis im handlichen Scheckkartenformat. Diesen „einfachen“ Arztausweis erhalten Sie nach wie vor **kostenlos**.

Der elektronische Arztausweis stellt neben der Sichtausweisfunktion elektronische Funktionen wie die elektronische Identifikation oder die elektronische Unterschrift bereit. Die elektronischen Funktionen werden nicht von der Ärztekammer Berlin, sondern von einem zertifizierten Industrieunternehmen, das die Karte produziert (sog. Zertifizierungs-



diensteanbieter – ZDA), angeboten und verwaltet. Da Produktion und Sicherstellung der Funktionen Kosten verursachen, erhebt der ZDA für den eA von Ihnen **monatliche Gebühren**. Der bisher einzige Anbieter (ZDA) medisign verzichtet allerdings bis zum 31.12.2016 auf diese Gebühren (s. [www.eHBA.de](http://www.eHBA.de)).

### Wer benötigt den eA?

Den eA benötigen Sie nur, wenn Sie dessen elektronische Funktionen einsetzen möchten oder müssen. Wenn nicht, reicht der einfache Arztausweis aus.

ANZEIGE

Diesen erhalten Sie in unserem Besucherservice (mittwochs 14 – 19:30 Uhr, donnerstags 9 – 13 Uhr) oder nach Über-sendung des auf unseren Internetseiten hinterlegten Antragsformulars nebst Ausweiskopie und Passbild.

Anwendungsmöglichkeiten für den eA finden sich zum Beispiel bei der elektro-nischen Steuererklärung mittels ELSTER oder im Rahmen der durch das eHealth-Gesetz ausgelobten Förderung der elek-tronischen Arztbriefschreibung ab dem 01.01.2017. Bei der eArztbriefschreibung erhält der Absender 28 Cent, der Emp-fänger 27 Cent Förderpauschale pro Arztbrief, der auf sicherem elektroni-schem Wege und unter Verwendung des elektronischen Arztausweises versendet worden ist. Zur Nutzung der Signatur-funktion des Ausweises ist neben dem Erwerb eines Kartenlesegeräts und einer Signatursoftware ggf. auch die Anpas-sung des Praxisverwaltungssystems notwendig sowie der Anschluss an das „Sichere Netz“ der Kassenärztlichen Vereinigungen (SNK).

Zwingend notwendig wird der Einsatz des eA, wenn Patienten ab dem 01.01.2018 von ihrem behandelnden Arzt die Erstellung eines elektronischen Medikationsplans oder die Ablage von Notfalldaten auf ihrer elektronischen Gesundheitskarte verlangen können. Das eHealth-Gesetz regelt entsprechen-de Ansprüche der Patienten. Es umfasst bisher allerdings nur verbindliche Rege-lungen für niedergelassene Vertrags-ärzte; inwiefern die in Krankenhäusern tätigen Ärztinnen und Ärzte einen eA benötigen werden, bleibt vorerst abzu-warten.

Bitte berücksichtigen Sie bei Ihrer per-sönliche Planung, dass es zum Jahres-ende zu einer starken Häufung von Anträgen mit Auswirkungen auf die Bearbeitungszeiten in der Ärztekammer und bei den Zertifizierungsideanstean-bietern kommen kann. Wenn Sie sicher sein möchten, den Ausweis ab dem 01.01.2017 in den Händen zu halten, soll-ten Sie den Antragsprozess daher früh-zeitig anstoßen.

## Was ist neu bei uns?

Da der eA in der Online-Welt weitrei-chende Einsatzmöglichkeiten hat, ist die Ausgabe mit deutlich höheren Sicher-heitsmaßnahmen verbunden als die Ausgabe der einfachen Arztausweise im Scheckkartenformat. Zum einen müssen Sie einen längeren schriftlichen Antrag ausfüllen, zum anderen ist es notwen-dig, dass Sie sicher identifiziert werden. Um diesen Prozess einfacher und effizi-enter zu gestalten, haben wir einige Änderungen vorgenommen.

### Service-Telefon, Homepage und Mitgliederportal

Dazu gehört die Einrichtung eines Service-Telefons eArztausweis unter der Durchwahl -25 30 sowie die Aufnahme von Informationen rund um den eA auf unserer Homepage [www.aekb.de](http://www.aekb.de) unter *Ärzte > Mitgliedschaft > eArztausweis*.

In unserem geschützten Mitglieder-portal wurde zudem ein eigener Bereich „eArztausweis“ eingerichtet. Hier kön-nen Sie den Antrag auf Ausstellung eines eA anstoßen, indem Sie Ihre Meldedaten prüfen und ggf. aktualisieren sowie Ihr Einverständnis zur datenschutzsicheren Übermittlung Ihrer Meldedaten an den ZDA erteilen. Mit dieser sog. Vorbe-füllung wird gewährleistet, dass die Datenlage bei dem ZDA mit der Daten-lage in der Ärztekammer Berlin überein-stimmt und es daher weder beim An-

tragsprozess noch bei der Auslieferung der Karte zu Verzögerungen oder gar ei-nem Abbruch kommt.

Die Aufnahme des Bereichs „eArztaus-weis“ in das Mitgliederportal haben wir dazu genutzt, den Portalauftritt zu er-gänzen und zu modernisieren. Die Neu-gestaltung lässt Raum für die Ergänzung weiterer Themen. Haben Sie Interesse an einem Online-Zugang zu unserem Mitgliederportal? Wenn ja, senden Sie einfach eine E-Mail „Bitte um Startan-schreiben“ an [Mitgliederportal@aekb.de](mailto:Mitgliederportal@aekb.de). Alle Informationen zur Registrierung schicken wir Ihnen dann gerne umge-hend zu.

### Besucherservice oder persönlicher Termin

Für unser Mitgliederportal können Sie sich auch in unserem Besucherservice registrieren lassen. Die dafür erforderli-che Identifizierung ist auf Ihren Wunsch hin auch für die Beantragung des eA nutzbar; der Anstoß der Vorbefüllung ist ebenfalls im Besucherservice möglich.

Möchten Sie aber Identifizierung und Vorbefüllung gemeinsam vornehmen lassen oder möchten Sie bei dem Ausfüllen des Antrags auf eA durch un-sere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterstützt werden, dann vereinbaren Sie bitte mit Ihrem Ansprechpartner aus der zuständigen Abteilung 3 (siehe Homepage) einen gesonderten Termin.

# Wert und Nutzen für den Patienten im Fokus

## Bericht vom 1. Deutschen Kongress Value Based Healthcare

**Herrn P.s größten Patientenwunsch zu erfüllen, ist schwierig. Nicht wegen des Geldes oder seiner ländlichen Heimat, nicht wegen eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) oder langer Wartezeiten auf einen MRT-Termin. Der alte Herr würde gern einmal am Tag zum Friedhof laufen, wo seine Frau begraben liegt, und wieder nach Hause. Knie und Hüften des 83-Jährigen sind aber kaputt. Die leichte linksseitige Lähmung nach einem Schlaganfall stört ihn nicht, aber sie ist nun einmal da. Kommen noch die Herzinsuffizienz hinzu, eine leichte Demenz und die Stürze ab und an. Ergotherapie? Auf keinen Fall. Hilfe durch einen ambulanten Pflegedienst? Kommt ihm nicht ins Haus. Aber wie sicher zum Friedhof und zurückkommen?**

Von Sabine Rieser

Herr P. ist ein Patient von Dr. med. Wolfgang Blank, der eine große Landarztpraxis im bayerischen Arberland führt. Der Facharzt für Allgemeinmedizin war einer der Referenten beim 1. Deutschen Kongress Valued Based Healthcare (VBHC) am 18. Mai in Berlin. Veranstalter war die Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Universität Oxford und dem British Medical Journal (BMJ). Blanks Vortragsthema war die Werteorientierung in der hausärztlichen Versorgung. Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz hatte in seiner Eröffnungsrede klargemacht, dass er sich auf die konzeptionellen Beiträge genauso sehr freue wie auf die Beispiele zum Thema Werteorientierung im Gesundheitswesen.

Blanks Patient Herr P. und sein Wunsch, täglich zum Friedhof laufen zu können, passten zum Kongress und den zentralen Fragen des Konzepts Valued Based Healthcare: Wie sähe es aus, wenn wir im Gesundheitswesen den Fokus aller Maßnahmen tatsächlich auf den Wert und den Nutzen für den Patienten setzen würden? Was würde sich dann an unserer Versorgungsrealität ändern? Und welche Folgen hätte eine solche Werteorientierung für die politische Steuerung und die Steuerung auf der Versorgungsebene?

Über solche Fragen muss man nach Ansicht von Jonitz dringend nachdenken, denn: „Nicht nur unser Gesundheits-

system in Deutschland befindet sich in einer Dauerkrise. Auch rein marktwirtschaftliche wie in den USA und staatliche wie in Großbritannien befinden sich angesichts des Spagats zwischen Leistungserwartung und Kostendruck in der gleichen Krise.“ Alle Systeme verbinde, dass sie vorwiegend mit Hilfe von Input-Ansätzen gesteuert würden: „Wieviel Geld geben wir aus für Medikamente, für Krankenhäuser, Ärztinnen und Ärzte?“ Der Output, die Ergebnisse der so finanzierten Versorgung, spielen zum Bedauern von Jonitz nur eine untergeordnete Rolle.

Der Kongress solle, so Jonitz, „einen Impuls geben, darüber nachzudenken, wie wir auch in Deutschland die Behandlungsprozesse systematisch an den Bedürfnissen und Werten unserer Patientinnen und Patienten ausrichten können. Nur so bleibt unser Gesundheitswesen bezahlbar, glaubwürdig und attraktiv.“

Sowohl die Ausführungen von Jonitz wie die von Blank zeigten, dass es nicht nur ein Problem ist, wenn die Mittel nicht reichen für das, was sich Patienten erhoffen – sondern auch, wenn ihre Bedürfnisse nicht erkannt werden oder wenn ihnen Therapien sogar schaden. Blank sprach nicht von den Versicherten, von denen oft die Rede ist – jenen nämlich, die das Gesundheitssystem zu intensiv nutzen. Sondern von denen wie Herrn P., denen

man gut begründet Operationen nahelegen könnte, mehr Medikamente verordnen, einen ambulante Pflegedienst empfehlen – und deren Wünsche ganz andere sind: der tägliche Gang zum Friedhof, für die Enkel zu kochen, morgens die Hühner zu füttern.

## Fünf ungelöste Probleme

Die VBHC-Bewegung, die aus Großbritannien und den USA kommend inzwischen auch Befürworter in Deutschland gefunden hat, setzt bei diesen Fragen an. Das Institute For Value Based Healthcare der University of Oxford listet fünf ungelöste Probleme nahezu aller Gesundheitssysteme auf:

- nicht gerechtfertigte Unterschiede bei Zugang, Qualität, Kosten und Ergebnissen
- Schaden für die Patienten, selbst bei hoher Versorgungsqualität
- Verschwendung (kein Nutzen für den Patienten, Ressourcenvergeudung)
- soziale Ungleichheit/Umverteilung
- Unvermögen, Krankheiten zu verhindern, denen man vorbeugen könnte.

Diese fünf Problemfelder analysierte Sir John Muir Gray. Er war Chief Knowledge Officer des britischen National Health Service, Initiator der evidenzbasierten Medizin und engagiert sich inzwischen im Oxforder VBHC-Programm. Für das Problem von Patientenschädigung bei hoher Versorgungsqualität lauteten einige seiner Stichworte Antibiotika-Verbrauch, Intensivtherapie in den letzten Lebenswochen, die letzten zehn Prozent der Aufwendungen für Laborleistungen und bildgebende Verfahren. Bevor Muir Gray aber Beispiele gab, befragte er seine Zuhörer: „Wo sind wir über den Punkt der optimalen Therapie hinweggegangen? Diskutieren Sie das einmal mit Ihren Nachbarn!“ Das vielstimmige Gemurmel im Saal bewies: Allen fiel dazu offenbar etwas ein.

Zur Problemlösung im Sinne von VBHC schlug Muir Gray populationsbasierte Versorgungssysteme vor, eine andere



Sir John Muir Gray, einer der britischen Vorreiter beim Thema Werteorientierung.

Haltung der Gesundheitsberufe Patienten gegenüber („a culture of stewardship“) und einen anderen Bewertungsansatz. Dabei handelt es sich um ein dreidimensionales Output-System, das „Triple Value“: Ob ein Gesundheitssystem den gewünschten Outcome erbringt, sollte anhand von drei Wertfragen beurteilt werden. Erstens: Werden Ressourcen angemessen auf verschiedene Populationsuntergruppen verteilt (Verteilungswert)? Zweitens: Werden die Ressourcen angemessen für alle bedürftigen Personen in den einzelnen Untergruppen eingesetzt (technischer Wert)? Drittens: Entsprechen die Behandlungsentscheidungen den Werten und Präferenzen des einzelnen Patienten (personalisierter Wert)?

Neuorientierung sei sowieso vonnöten, weil sich die Gesundheitssysteme derzeit erneut revolutionierten, ausgelöst durch einen enormen Wissenszuwachs, Technologie („smart phones“) und einen neuen Patiententypus („citizens“). „Ein Arzt muss seinem Patienten keine Informationen geben, die hat er schon“, meinte Muir Gray. „Aber nötig ist Empathie für dessen Probleme. Nötig ist eine neue Art der Beziehung.“ Sinnvoll sei zum Beispiel, sich vor dem Gespräch mit dem Patienten Sätze wie diese zurechtzulegen: Was bekümmert Sie am meisten? Was wünschen Sie sich von der Behandlung? Ärzte sollten nicht einfach nur abwägen, ob und welche Behandlung möglich wäre, sondern „kritische Medizin“ machen: sich fragen, ob die Behandlung einen

Wert für den Patienten besitze und seine Lebensqualität verbessere.

### Neue Möglichkeiten durch Internetmedizin?

Aus Sicht des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) sind die Chancen groß, eine Werteorientierung im Gesundheitswesen noch besser umzusetzen, wenn die passenden Schwerpunkte gesetzt und die richtigen Weichen gestellt werden. Diese Auffassung vertrat Oliver Schenk, Leiter der Abteilung Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik und Telematik im BMG. „Die neue Internetmedizin eröffnete eindrucksvolle Möglichkeiten für den individuellen Leibarzt“, sagte Schenk. Der Weg sei frei für mehr zielgerichtete Behandlungsmöglichkeiten.

„Entscheidend ist aber, dass das Gesundheitswesen nicht nur leistungsfähiger, sondern auch patientenfreundlicher wird“, sagte Schenk. Zwar könne Telemedizin bald noch mehr leisten. Aber „schon heute haben viele Menschen Schwierigkeiten, sich in unserem Gesundheitswesen zu recht zu finden.“ Deswegen brauche man bei aller Technik auch mehr sprechende Medizin, mehr Austausch und mehr Zeit – und patientenadäquate Angebote. „Drei Viertel der Patienten nutzen heute Dr. Google“, gab Schenk zu bedenken. Aber wenn man „Impfen“ eingabe, kämen im Netz oft seitenweise Hinweise auf Impfgegner. Nötig seien grundsätzlich evi-

denzbasierte Informationen, verständliche Texte und kurze Info-Filme. Nur so lasse sich im Bereich Patientenkommunikation echter Fortschritt erzielen.

### Optimierung präzisieren

Josef Hecken, Unparteiischer Vorsitzender des G-BA, beteuerte am Anfang seines Vortrags, heute solle es mal nicht um Anton gehen – seinen betagten Vater, dessen Erlebnisse im Gesundheitswesen Hecken oft anekdotisch einbaut. Obwohl – unlängst habe er nur mit Mühe eine Operation verhindern können, die den Vater aufgrund der langen anschließenden Liegezeit sicher zum Pflegefall gemacht hätte. „Wir haben ein System, das alles kann, aber das es in vielen Fällen versäumt, den Stand von Wissenschaft und Technik herunter zu brechen auf das, was Mehrwert für den einzelnen Patienten generiert“, sagte Hecken. Optimieren müsse man das System sicher, aber: „Wir müssen präzisieren, was wir unter Optimierung verstehen.“ Den Outcome zu prüfen sei wichtig, „aber nur, wenn ein Ergebnis gemessen wird am Mehrwert für den Patienten“.

Auch Jonitz hatte gewarnt, Optimierung dürfe nicht bedeuten, dass man das Gesundheitswesen vor allem in Richtung Gesundheitswirtschaft weiterentwickle. Optimierung müsse eine Ausrichtung an Qualität und Werten umfassen: „Wie wäre es, wenn Ärzte in die Lage versetzt würden, über ihre Arbeit Rechenschaft abzulegen und für gute, schnelle, sparsame, zielgenaue Arbeit belohnt werden?“

Hecken betonte, für eine stärker werteorientierte Versorgung müsse man ein Gleichgewicht herstellen zwischen objektivierbaren Daten wie Mortalität und Morbidität und dem, was als Lebensqualität beschrieben werde, im Grunde der Frage: Nutzt das noch? Der G-BA werde künftig bei Nutzenbewertungen und Qualitätsrichtlinien die Frage der Lebensqualität von Patienten stärker berücksichtigen, kündigte er an. Was es aber für die Qualitätsmessung bedeutet, wenn ein Arzt auf Wunsch des Patienten etwas unterlässt, thematisierte er nicht.





Fotos: AKB/H.-J. Wiedl

*Hochkarätige Expertenrunde zum Abschluss des 1. Deutschen VBHC-Kongresses: Christof Veit (IQTIG), Bernhard Gibis (KBV), Holger Pfaff (Universität Köln), Franz Knieps (BKK Dachverband), Günther Jonitz (Ärztekammer Berlin) und Moderator Ulrich Tilly (WMP Healthcare) (v.l.)*

## Zufrieden mit dem Angebot der Kassen

Und die Krankenkassen? Würden gern in einen Topf geworfen, hätten aber „ganz unterschiedliche Wertesets“, urteilte Dr. Elisabeth Siegmund-Schultze vom Beratungsunternehmen medicoles, die lange für Krankenkassen gearbeitet hat. Manche betonten ihre Bodenständigkeit, andere ihre Modernität. Entsprechend unterschiedlich positionierten sich die Unternehmen im Wettbewerb. Da allerdings nur für zwei Prozent der Versicherten die monatliche Beitragshöhe nicht entscheidend sei für die Wahl ihrer Krankenkasse, spiele selektivvertragliches Handeln keine entscheidende Rolle.

Für Krankenkassen sei es sowieso nicht einfach, bestimmte individuelle Angebote zu platzieren. Hauptgrund: „Die Mehrheit der Versicherten ist zufrieden mit dem, was die Kasse bietet.“ Zudem sorgten sich viele, dass es die Beziehung zu ihrem Arzt störe, wenn sie auf spezielle Angebote der Kassen eingingen. Darauf hätten diese sich eingestellt: Sie unterbreiteten häufig Angebote dann, wenn Versicherte schwer krank seien oder irgendetwas in der Versorgung eskaliert sei. Siegmund-Schultze ist über-

zeugt, dass erfolgreiche Kassenangebote Patientennutzen und Effizienzsteigerung in Einklang bringen. Was Zusatzangebote bei der Versorgung älterer Menschen angehe, habe Deutschland aber noch Nachholbedarf.

## Alles aus einer Hand

Einen ganz anderen Blick auf das Thema Werteorientierung warf Professor Dr. med. Michael Wich, stellvertretender Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie am Unfallkrankenhaus Marzahn. Er schilderte das System der berufsgenossenschaftlichen Heilversorgung (BG) als lernendes System, bei dem es um den maximalen Patientennutzen bei rationalem Mitteleinsatz gehe. Anders als im Sozialgesetzbuch (SGB) V stehe bei den Leistungen der Gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) nach SGB VII „die Zielerreichung mit allen geeigneten Mitteln“ im Fokus. Dies sei im Grunde der originäre Ansatz eines Value Based Healthcare-Systems. Ziel sei es, Menschen nach einem Unfall wieder am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft teilhaben zu lassen.

Vorteile sah Wich in der Behandlung aus einer Hand, in der starken Individualisie-

rung der Behandlung und des Genesungsprozesses. Doch zum Outcome und zu den Einschätzungen der betroffenen Patienten gebe es wenig Daten. Allerdings bekämen die Bedürfnisse der Patienten in den letzten Jahren auch im System der GUV mehr Gewicht. So gebe es Peer Counseling-Angebote: Wenn jemand sein Leben nach einer Amputation oder einer schweren Brandverletzung neu organisieren muss, besuchen ihn Betroffene, um zu erläutern, wie man damit leben kann.

Prof. Dr. Gerd Hasenfuß stellte auf dem VBHC-Kongress die Kampagne „Klug entscheiden – Über- und Unterversorgung vermeiden“ vor, der BERLINER ÄRZTE seine Titelgeschichte im Juni gewidmet hat („Choosing Wisely“). Der 1. Stellvertretende Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin verwies darauf, dass man bereits konkrete Empfehlungen gebe. Wesentlich sei aber, dass man nun eine Diskussion begonnen habe und eine Sensibilisierung stattfinde, „dass nicht alles, was möglich ist, auch durchgeführt werden muss“.

## Und Herr P.?

Besuch von Fachleuten akzeptiert mittlerweile auch Herr P., so vom Ergotherapeuten. „Wenn Sie nicht trainieren, finden Sie das Grab Ihrer Frau doch nicht“ – dieser Hinweis motiviert ihn. Ein ambulanter Pflegedienst darf inzwischen am Morgen kommen, weil er dann ja schon angezogen ist für den Weg zum Friedhof. Dort steht mittlerweile auch eine Bank, und auf halber Strecke darf sich Herr P. im Obstladen ausruhen. „Ich würde ihn liebend gern besser versorgen“, sagt Blank. Aber das will Herr P. nicht. Er nimmt die nötigsten Tabletten und ist etwas beweglicher geworden. Für den, um den es geht, hat diese Entwicklung großen Wert – für ihn.

Verfasserin:  
Sabine Rieser  
Fachjournalistin für Gesundheits- und Sozialpolitik

# Dr. med. Günther Jonitz mit dem Bundesverdienstkreuz ausgezeichnet

## Höchste Anerkennung für Engagement für Gemeinwohlbindung der Ärzteschaft und für Patientensicherheit

Von Michaela Peeters

Der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. Günther Jonitz, ist mit dem Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet worden. Stellvertretend für den Bundespräsidenten überreichte der Senator für Gesundheit, Mario Czaja, am 18. Mai 2016 Günther Jonitz im Hause der Ärztekammer Berlin die hohe Auszeichnung. „Wir ehren damit einen Arzt, der sich herausragende Verdienste um das deutsche Gesundheitswesen erworben hat“, erklärte Czaja in seiner Dankesrede und hob hervor, dass insbesondere die „Gemeinwohlbindung der Ärzteschaft“ ein ganz persönliches Kernanliegen des Kammerpräsidenten sei, das mit dieser Ehrung gewürdigt werde. Wie sehr das Thema „Gemeinwohlbindung“ dem Kammerpräsidenten nicht nur Überzeugung, sondern auch Antrieb für sein berufspolitisches Engagement ist und zuweilen auch mit unbequemen Themen einhergehen, die sich im Nachhinein als für die Patientenversorgung zukunftsweisend und relevant erweisen, machte Czaja in seiner Rede und einem Rückblick auf die wichtigsten Stationen seiner Laufbahn deutlich.

Seit seiner Studienzeit ist Günther Jonitz im Marburger Bund aktiv, bis heute ist er Vorstandsmitglied im Landesverband Berlin-Brandenburg. Als Sprecher seiner Kollegen kämpft er in den 90er Jahren vehement gegen die Schließung des Krankenhauses Moabit, wo er seine erste Anstellung hat. Seit 1995 engagiert sich Jonitz in der Selbstverwaltung der Ärztekammer

Berlin, wird zunächst als Vizepräsident, 1999 dann als Präsident gewählt und seitdem in diesem Amt wiederholt bestätigt. Er zählt entgegen der Vorbehalte vieler Kollegen zu den allerersten Verfechtern der Evidenzbasierten

„brennen“ lässt: Gute Medizin muss und kann sich nur auf den Dreiklang und das Zusammenwirken der Prinzipien – wissenschaftliche Erkenntnis, Fähigkeit des Arztes und das Wohl des einzelnen, individuellen Patienten – stützen. Nicht ökonomische Zwänge dürfen sein Handeln bestimmen, sondern die Hinwendung zum Patienten und eine grundsätzlich werteorientierte Medizin. In diesem Denken rückt das Thema Patientensicherheit immer weiter nach oben auf seiner persönlichen Agenda. Zu einer Zeit, als der Begriff „Patientensicherheit“ hierzulande noch gar nicht geläufig ist und nicht nur von Medizinern das offene Sprechen über Fehler in der Medizin tabuisiert wird, gehört Günther Jonitz zu den allerersten, die



*Gesundheitssenator Mario Czaja (re.) dankte dem Berliner Kammerpräsidenten Günther Jonitz bei der Überreichung des Verdienstkreuzes für sein unermüdliches Engagement für die Patientenversorgung.*

Medizin in Deutschland, organisiert 1998 den deutschlandweit ersten Kongress zur Evidenzbasierten Medizin in Berlin und ist Gründungsmitglied des sich im Jahr 2000 formierenden Netzwerks Evidenzbasierte Medizin. Als Beweggrund manifestiert sich in ihm schon bald eine Überzeugung, die ihn auch für das Thema Patientensicherheit

sich für eine aufgeklärte und sachliche Auseinandersetzung mit vermeidbaren Fehlern einsetzt. Jonitz geht als ärztlicher Standesvertreter voran. Ihm gelingt es, dass sich für diese urärztliche Aufgabe nunmehr alle Beteiligten im Gesundheitswesen mitverantwortlich fühlen und sich der gemeinsamen Aufgabe einer systemorientierten



Fotos: ÄKB/K. Friedrich

Zahlreiche Kollegen, Wegbegleiter und Freunde waren gekommen, um an der Verleihung der hohen Auszeichnung für Günther Jonitz teilzunehmen.

Ursachenanalyse von Fehlern in der Medizin stellen. Zentrale Impulse gehen 2002 vom Berliner Gesundheitspreis, den Ärztekammer Berlin, AOK Bundesverband und AOK Berlin zum Thema „Fehlervermeidung und Sicherheitskultur“ auslobten, und vom Deutschen Ärztetag 2005 aus, der das Thema Patientensicherheit erstmals auf die Tagesordnung setzt. Günther Jonitz überzeugt hier das Ärzteparlament mit einer wegweisenden Rede, die den einstimmigen Beschluss des Ärztetages für einen lösungsorientierten, kooperativen Umgang mit diesem Thema zur Folge hatte. Mit der im selben Jahr anschließenden Gründung des nationalen Netzwerks Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS), dessen Vorsitzender Jonitz u. a. war, wurde eine Zeitenwende eingeläutet. Das APS zeigt für den Umgang mit dem Thema Patientensicherheit in Deutschland einen neuartigen Weg auf, der international seinesgleichen sucht und bis heute als Vorbild gilt. Mit der Strategie, alle Verantwortlichen im Gesundheits-

wesen – ob Politik, unterschiedliche Berufsgruppen oder Patienten – an einen Tisch zu holen und eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe zu erreichen, behauptet sich Deutschland seit Jahren im EU-weiten Vergleich an der Spitze aller Länder. Günther Jonitz leistet einen hohen Beitrag dazu. Seit über zehn Jahren ist er vom Bundesgesundheitsministerium benannter Fachexperte in den Gremien der EU und leitet den Arbeitskreis Patientensicherheit im Rahmen des nationalen Kooperationsverbundes „Gesundheitsziele.de“.

Das Wort „Gemeinwohlbindung“ nimmt somit eine übergeordnete Stellung für Jonitz ein. Es steckt sicherlich auch die Überzeugung dahinter, dass jeder für den anderen und somit für das große Ganze mitverantwortlich ist. In diesem Sinne zieht sich auch durch die anderen Themen, die er über die Jahre verfolgt, ein roter Faden: Qualitätssicherung, Patientensicherheit, Evidenzbasierte Medizin, Sauberes Wissen, Peer Review, Ärztliche Führung

und nicht zuletzt „Value Based Healthcare.“ Allen Themen gemeinsam ist der Anspruch von Günther Jonitz, die Qualität der Patientenversorgung aus dem System heraus und gemeinsam mit allen Beteiligten weiterzuentwickeln.

Mit einem seiner Leitsätze brachte es Gesundheitssenator Mario Czaja bei der Ehrung auf den Punkt: „Menschen machen Menschen gesund“ – und folgte daraus, dass „Politik gewissermaßen auch nur Medizin im Großen“ sei. Mit diesen Worten dankte er Jonitz für sein unermüdliches Engagement für die Patientenversorgung in Deutschland und auch persönlich für die gute Zusammenarbeit mit seinem Haus.

Weitere Informationen zum Kammerpräsidenten Dr. Günther Jonitz finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin unter:

[www.aerztekammer-berlin.de/  
Jonitz-Gesundheitspolitik/index.html](http://www.aerztekammer-berlin.de/Jonitz-Gesundheitspolitik/index.html)



## In Memoriam Rainer Gensch

Am 4. Mai 2016, ist der ehemalige stellvertretende Direktor und Abteilungsleiter im LAGetSi Berlin, Rainer Gensch, Arbeits-, Umweltmediziner und Allergologe, kurz vor seinem 67. Geburtstag überraschend verstorben.



FNK der FU Berlin wechselte er dann 1978 als Assistent an das Institut für Arbeitsmedizin der FU Berlin.

Die Erkenntnisse, die er dort durch praktische Erfahrungen mit anderen Kollegen sammeln konnte, waren ihm wichtig. So war er unverzichtbarer Teilnehmer des kollegialen Forums „17er Kreis“ zum Austausch von praktischen Erfahrungen in der Arbeitsmedizin. Sein berufspolitisches Engagement zeichnete sich dadurch aus, dass er u.s. Berliner Vertreter im Ausschuss Arbeitsmedizin der Bundesärztekammer und später dann auch Leiter des AK Arbeitsmedizin in der Ärztekammer Berlin war.

Für viele Berliner Arbeitsmediziner war er Mentor, Vordenker, Querdenker, unermüdlicher Ratgeber, Weggefährte und Freund. Einen Großteil seiner Kraft, seines Engagements und seiner fachlichen Kompetenz verwendete er darauf, die Bedeutung der arbeitsmedizinischen Beratung für die Betriebe in vielen Institutionen, in der Ausbildung von Weiterbildungsärzten und auch bei den Gewerkschaften hervorzuheben.

Seine berufliche Ausbildung begann er nach seinem humanistischen Abitur 1967 in Mannheim mit dem Medizinstudium in Heidelberg. Nach der Approbation als Arzt 1973 absolvierte er seine Medizinalassistentenzeit in der Psychopathologie/Psychiatrie und der Inneren Medizin der Uni Heidelberg, um dann seine Ausbildung 1974 in der Chirurgie im Urban Krankenhaus in Berlin abzuschließen. Nach einer Zeit als Wissenschaftlicher Assistent in der

1981 ging er zur Berliner Arbeitsschutzverwaltung. Er wirkte im Landesinstitut für Arbeitsmedizin (LArbmed), mit einem kurzen Zwischenspiel als Landesgewerbearzt in Bremen, zurück im LArbmed und nachfolgend im LAGetSi. Er war als Gewerbearzt, Referatsleiter, Fachbereichsleiter, Abteilungsleiter und zuletzt als stellvertretender Direktor tätig. Daneben wirkte er bis zuletzt als Dozent in der Akademie für Arbeitsmedizin der Ärztekammer Berlin, betätigte sich in zahlreichen Fachgremien, arbeitete an vielen Arbeitsschutzvorschriften mit und publizierte rege in Fachmedien. Vor knapp zwei Jahren ist Rainer Gensch in den Ruhestand getreten.

Rainer Gensch war zweifellos eine der prägendsten Persönlichkeiten nicht nur des LAGetSi, sondern der gesamten Arbeits- und Gesundheitsschutzszenen in Deutschland. Seine intellektuelle

Brillanz, seine profunde Kenntnis der Regelwerke, sein Verständnis für die Auswirkungen von Entscheidungen und Handlungen und nicht zuletzt seine ausgeprägte Lust an einer scharfsinnigen Debatte prägten sein Wirken. Mit vielen inhaltsvollen Vorträgen und Publikationen hat er eine ganze Generation von Arbeitsschützerinnen und Arbeitsschützer in Berlin und weit darüber hinaus maßgeblich beeinflusst. Alle, die mit ihm persönlich zu tun hatten, erinnern sich aber auch gern an seinen Schalk und seine Lust an der ironischen Formulierung, die uns immer wieder ein überraschendes Schmunzeln entlockte.

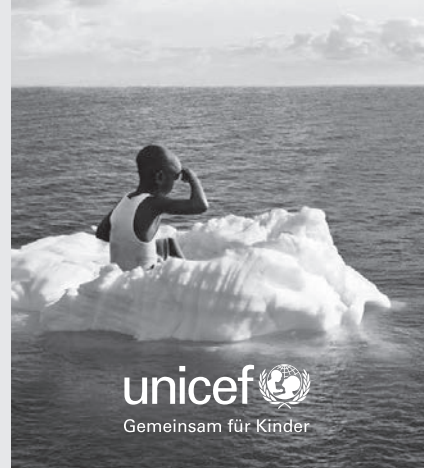
Wir trauern um ihn, denn sein Tod kam für uns alle überraschend. Aber wir können glücklich sein, einen Menschen wie ihn gekannt zu haben.

Dr. Bernward Siebert  
Kursleiter A2 der Akademie für  
Arbeitsmedizin der Ärztekammer Berlin

ANZEIGE

### Die Folgen des Klimawandels sind groß. Seine Opfer klein.

Helfen Sie uns, Kinder auf die Veränderungen von morgen vorzubereiten.  
Spendenkonto 300 000,  
BLZ 370 205 00, [www.unicef.de](http://www.unicef.de)



unicef   
Gemeinsam für Kinder



# BERLINER ÄRZTE

7/2016 53. 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.  
**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 unter Verwendung  
von MSA/fotolia.com

Für die Richtigkeit der Darstellung der auf den vorstehenden Seiten veröffentlichten Zuschriften wissenschaftlicher und standespolitischer Art kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die darin geäußerten Ansichten decken sich nicht immer mit denen der Herausgeber der Zeitschrift. Sie dienen dem freien Meinungs austausch unter der Ärzteschaft und ihr nahestehender Kreise. Nachdruck nur mit Genehmigung.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zulässigen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar.

- Verlag:** 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

- Anzeigen- und Ab-  
verwaltung 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 2016, gültig ab 01.01.2016.*

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 € 87,00 inkl. Versandkosten, Patenschaftsabo Berlin-Brandenburg € 59,00 inkl. Versandkosten, im Ausland € 87,00 (zzgl. Versandkosten). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 6,00 zzgl. € 2,50 Versandkosten.

ISSN: 0939-5784

Copyright © by Quintessenz Verlags-GmbH, 2016