

# B€RLINER ÄRZTE



5 / 2018 55. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin

thebmj  
in Kooperation mit dem  
British Medical Journal



## DIE **MACHT** DES **MARKT**ES IM **KRANK**ENHAUS

Das DRG-System **?** und die Folgen

## Von der Überregulierung ablassen



**Dr. med. Regine Held**  
(Hals-Nasen-Ohren-Ärztin) ist  
Vizepräsidentin der Ärztekammer  
Berlin.

Seit einem Jahr ist mir nun das Amt der Vizepräsidentin der Ärztekammer Berlin übertragen. Ich habe sehr gerne die Herausforderung angenommen, die hervorragende Arbeit von Elmar Wille, der von 1999-2017 erfolgreich als Vizepräsident aktiv war, fortzuführen und – trotz aller Widrigkeiten – Ärztinnen und Ärzte aus allen Sektoren der Patientenversorgung mit der ALLIANZ Berliner Ärzte zu vertreten.

Die erst vor wenigen Wochen erfolgte Ernennung des neuen Bundesgesundheitsministers Jens Spahn und seine unterschiedlichen Verlautbarungen nehme ich hier zum Anlass, auf das zu schauen, was uns möglicherweise in den kommenden Monaten bzw. Jahren gesundheitspolitisch erwartet. Welche Themen stehen beim Minister auf der Agenda? Obwohl Herr Spahn selbst keine großen Versorgungsunterschiede sieht, prangert er als politische Floskel die Zwei-Klassen-Medizin an. Hauptaugenmerk legt der CDU-Politiker auf die Verkürzung der Wartezeiten für gesetzlich Versicherte im ambulanten Versorgungsbereich. Ein Lösungsvorschlag seitens der Politik lautet „Terminservicestellen“. Diese haben sich jedoch in der Vergangenheit nicht bewährt. Laut KV-Statistik werden sie kaum angenommen. Die Servicestellen werden wenig kontaktiert oder die vermittelten Termine werden häufig nicht wahrgenommen. Soll der Service jetzt rund um die Uhr angeboten und womöglich noch mit extrabudgetierter Vergütung gelockt werden, dann sind immense Kosten vorprogrammiert. Soll das dann weiter auf freiwilligen Terminangeboten an die Servicestelle

funktionieren, oder soll es eine Online-Verbindung zu allen Praxiskalendern geben, oder soll es gar Ziel sein, die Termine an die Krankenhäuser zu vergeben? Egal wie, nichts davon wird aus meiner Sicht zu einer besseren Patientenversorgung führen.

Im Bundesmanteltarifvertrag sind 20 Stunden Sprechzeit in der Woche durch Vertragsärzte verpflichtend festgelegt. Herr Spahn fordert jetzt 25 Stunden. Bekannt ist aus Untersuchungen, dass Niedergelassene in der Woche 50 und mehr Stunden arbeiten. Was soll der Arzt also weglassen? Die Hausbesuche in den Pflegeheimen? Die bürokratischen Arbeiten wie VA-Befunde, Zuarbeiten für Gerichte, Gutachten? Die gesetzlich vorgeschriebene Fortbildung? Sicherlich soll es die Digitalisierung richten – die berührungslose Medizin?

Es gibt viele Praxen, die grundsätzlich ohne Terminvergabe arbeiten. Außerdem bieten Praxen auch jetzt schon Akutsprechstunden an. Wir brauchen nicht die politische Vorgabe, einen Vormittag für Akutpatienten vorzuhalten. Dafür sind wir freiberuflich tätig, damit wir unsere Patientenversorgung selbst organisieren. Wir haben die Verantwortung. Wir stehen in der Haftung.

Ein weiteres Thema von Herrn Spahn sind die Pflegekräfte. Wo sollen sie herkommen? Hier etwas für den berufli-

chen Nachwuchs zu tun, ist richtig. Aber ich sehe u.a. auch eine große Gefahr im Abwerben unserer Medizinischen Fachangestellten (MFA) durch Krankenhäuser. Denn durch unser Honorarbudget sind uns Grenzen in der Bezahlung der MFA gesetzt. Um sie zu halten, müssen wir übertariflich bezahlen. Und wir müssen mehr ausbilden! Für die Werbung zur MFA-Ausbildung macht sich die Kammer gerade stark. Was wir künftig brauchen, sind z.B. Zuschläge über KV- bzw. Kassengelder für die Ausbildung von MFA in den Praxen.

Da die Politik immer mehr in die Freiberuflichkeit und in die Selbstverwaltung eingreift, werden wir uns mit Nachdruck für einen Ausschuss ambulante Versorgung in der Ärztekammer Berlin einsetzen.

Ich lehne politischen Aktionismus ab, wenn Probleme, die die Politik im Gesundheitswesen in der Vergangenheit gemacht hat, mit neuen politischen Problemen zu lösen versucht werden.

Es wäre gut, in der Politik endlich von der Überregulierung abzulassen und vor jeder neuen Aktion mit den Ärzten zu sprechen, die es betrifft. Ein Gesundheitsminister sollte auch für Ärzte da sein, um zu signalisieren, dass der Arztberuf auch politisch unterstützt wird. Sonst droht uns nicht nur ein Mangel an Pflegekräften, sondern auch an gut ausgebildeten Ärzten.

*Regine Held*

# CIRS Berlin: Der aktuelle Fall

## Probenverwechslung

### Was ist das Netzwerk CIRS-Berlin?

Das Netzwerk CIRS-Berlin ([www.cirs-berlin.de](http://www.cirs-berlin.de)) ist ein regionales, einrichtungsübergreifendes Berichts- und Lernsystem. Hier arbeiten derzeit 29 Berliner und 2 Brandenburger Krankenhäuser gemeinsam mit der Ärztekammer Berlin (ÄKB) und dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) daran, die Sicherheit ihrer Patienten weiter zu verbessern. Dazu berichten die Kliniken aus ihrem internen in das regionale CIRS (Critical Incident Reporting System). Diese Berichte über kritische Ereignisse und Beinahe-Schäden werden in anonymisierter Form im Netzwerk CIRS-Berlin gesammelt. Im Anwender-Forum des Netzwerks werden auf Basis der Analyse der Berichte praktische Hinweise und bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von kritischen Ereignissen ausgetauscht. Ziel ist es, das gemeinsame Lernen aus Fehlern zu fördern und beim Lernen nicht an Klinikgrenzen halt zu machen. Damit andere von den teilnehmenden Kliniken lernen können, werden aktuelle Fälle auch in BERLINER ÄRZTE veröffentlicht.

### Eine Pflegekraft berichtete das folgende Ereignis aus der Geriatrie:

Durch eine Patientenverwechslung wurden einer falschen Patientin Blutproben entnommen und zur Auswertung gesandt. Beim Warten auf die Ergebnisse fiel auf, dass diese ausblieben. Ein Blick ins KIS ergab, dass die erwartete Auswertung jedoch für eine andere Patientin im System zur Verfügung stand, die diese Labordiagnostik nicht benötigte. Anruf im Labor mit Bitte um Sperrung der Werte bei der „falschen“ Patientin und Abnahme bei der „richtigen“ Patientin.

Die berichtende Person sah die Patientenidentifikation und eine ungestörte Ausführung der ärztlichen Anordnung als Gründe für dieses Ereignis.

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

Das dargestellte Ereignis ist nur beispielhaft für eine Reihe von ähnlichen Berichten, die in den vergangenen Monaten im Rahmen der Berichtskampagne „Laborbefunde im Fokus“ im Netzwerk CIRS Berlin eingestellt wurden. Laboruntersuchungen sind ein wesentlicher Baustein der Diagnostik von Erkrankungen. Auch die Überwachung von Therapien kommt oft nicht ohne begleitende Laboruntersuchungen aus. Bei der Auswertung der eingegangenen Berichte über falsch etikettierte Laborproben wurden folgende beitragende Faktoren identifiziert:

- Die Materialien für Blutentnahmen mehrerer Patienten sind vorbereitet und es kommt zu Verwechslungen, weil der falsche Becher mit den Blutröhrchen gegriffen bzw. vor der Blutentnahme keine (aktive) Patientenidentifikation durchgeführt wird (siehe auch dazu der Aktuelle Fall in BERLINER ÄRZTE 3/2018).
- In manchen Häusern kommt es vor, dass beim Ausdruck der Patientenetiketten der Name des Patienten „abgeschnitten“ wird, d. h. nicht lesbar ist, oder dass die Schrift sehr klein ist.
- Alle Etiketten werden auf demselben Drucker erstellt; wenn mehrere Mitarbeiter gleichzeitig Etiketten drucken, kann es sein, dass die falschen Etiketten gegriffen werden, wenn der Name auf den Etiketten nicht explizit geprüft wird.
- Wenn Eltern als Begleitpersonen von Säuglingen oder Kleinkindern ebenfalls stationär aufgenommen wurden, kann beim Etikettendruck der falsche Name gewählt werden (Nachname identisch).
- In Rettungsstellen gibt es häufiger die Situation, dass Laboruntersuchungen bereits durchgeführt werden müssen, bevor der Patient „administrativ aufgenommen“ wurde (erst danach stehen auch Etiketten zur Verfügung). Hier besteht die Gefahr, dass Proben nicht oder unzureichend beschriftet werden.
- Nicht in allen Häusern gibt es Verfahrensanweisungen, die regeln, wie eine Laboruntersuchung angeordnet, vorbe-

reitet und die Probenentnahme durchgeführt werden soll. Auch werden Blutentnahmen durch unterschiedliche Berufsgruppen durchführt (z. B. häufig an PJ-Studierende delegiert). Die Variabilität des gesamten Prozesses auf den Stationen ist daher sehr hoch.

- In der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (Rili-BÄK) wird gefordert, dass „schriftliche Anweisungen für die fachgerechte Entnahme und Behandlung von Untersuchungsmaterial den Personen zur Verfügung gestellt werden“ müssen, „die hierfür verantwortlich sind“ (6.1.4). Allerdings wird nicht weiter ausgeführt, was unter fachgerechte Entnahme zu verstehen ist.

### Wichtige Empfehlungen aus diesem Ereignis:

- Eine entscheidende Maßnahme ist die aktive Patientenidentifikation. Den Patienten nach Namen und Geburtsdatum zu fragen (wenn man sich nicht hundertprozentig sicher ist), bevor Blut abgenommen wird, stellt keine Zeitverzögerung dar. Hilfreich ist, Patienten zu erklären, warum sie so oft nach ihrem Namen gefragt werden. Dies kann auch schon bei der Aufnahme der Patienten passieren.
- Es werden ausreichend lokale Drucker für Etiketten zur Verfügung gestellt, z. B. in einer Rettungsstelle in jedem Raum.
- Im Patientenverwaltungssystem wird hinterlegt, dass für Begleitpersonen keine Laboruntersuchungen angeordnet werden können, es sei denn, dies wird explizit bestätigt.
- PJ-Studierende werden in Schulungen u. a. in die korrekte Durchführung einer Blutentnahme und Patientenidentifikation eingewiesen.

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

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



TITELTHEMA .....

## DIE MACHT DES MARKTES IM KRANKENHAUS?

Vor 15 Jahren ist das DRG-System in die deutschen Krankenhäuser eingezogen. Welche Befürchtungen haben sich bewahrheitet? Welche Hoffnungen hat das System erfüllt? Eine kontroverse Bilanz mit Innen- und Außenansichten.

Von Angela Misslbeck.....14

EDITORIAL.....

### Von der Überregulierung ablassen

Von Regine Held.....3

BERLINER ÄRZTE aktuell.....6

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

### Das Ehrenamt – Ärzte arbeiten für Ärzte

Der Ausschuss für Menschenrechtsfragen

Von Sascha Rudat.....24

### Anästhesiewerkstatt Berlin

Ein Modell einer strukturierten theoretischen Weiterbildung

Von Jörg Weimann .....27

### Finanzlage der Berliner Ärzteversorgung weiterhin positiv

Bericht von der Vertreterversammlung am 15. März 2018

Von Sascha Rudat.....31

### Umgang mit unprofessionellem Verhalten in der Medizin

BERLINER ÄRZTE in Kooperation mit dem British Medical Journal.....34

### Bessere Kommunikation zwischen Arzt und Patient

Interkulturelle Medizin und Medical Humanities

Von Sascha Rudat.....36

FORTBILDUNG.....

CIRS Berlin: Der aktuelle Fall.....4

### Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin

.....28

PERSONALIEN.....

### Zum 85. Geburtstag von Rita Kielhorn-Haas.....36

FEUILLETON.....

### Ludwig Traube zum Gedenken

Eine Würdigung zum 200. Todestag

Von Volker Hess.....38



## BGPN: Aberkennung der Ehrenmitgliedschaft von Hugo Spatz

Anlässlich der Frühjahrstagung am 17. März 2018 rief die Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie (BGPN) zu einer außerordentlichen Mitgliederversammlung mit einem einzigen Thema auf: der Aberkennung der Ehrenmitgliedschaft von Hugo Spatz (1888-1969), dem ehemaligen Direktor des Kaiser-Wilhelm-Instituts für Hirnforschung in Berlin-Buch. Seinem Mitarbeiter Julius Hallervorden, Leiter des angegliederten Histopathologischen Instituts, war schon bald nach dem Zweiten Weltkrieg die aktive Beteiligung an der „Euthanasie“-Aktion mit Verwertung der Hirne der Opfer vorgeworfen worden. Eine gerichtliche Ahndung konnte dieser zwar abwenden, seine nationale und internationale Reputation aber nicht mehr retten. Es brauchte lange, sich des Eponyms Hallervorden-Spatz für eine neurodegenerative Hirnerkrankung, von beiden Autoren 1922 beschrieben, zu entledigen (Shevell 2003). Spatz war zwar eine unmittelbare Mittäterschaft nicht nachzuweisen, dennoch wurde von der Deutschen Gesellschaft für Neurologie 1999 der Hugo-Spatz-Preis in den Adolf-Wallenberg-Preis umbenannt. An der Justus-Liebig-Uni-



Die unangenehme Frage nach der Herkunft: Gehirnsammlung am Kaiser-Wilhelm-Institut in Berlin-Buch.

versität Gießen wurde ihm im Juli 2017 die posthum verliehene Ehrensensatorwürde aberkannt. In der BGPN wurde am 14./15. Juli 1967 auf einer Wochenend-Tagung unter dem Vorsitz des Ordinarius für Psychiatrie und Neurologie der FU Berlin Helmut Selbach Folgendes lapidar zu Protokoll gegeben: „Ehrenmitgliedschaft an die Herren Kalinowsky, JH Schultz, Tönnis und den Herren Spatz in Abwesenheit verliehen“. Für die jetzige Beschlussfassung der BGPN wurde vorbereitend ein Vortrag des Medizinhistorikers Prof. Dr. Hans-Peter Schmiedebach am 17. Januar 2018 gehalten, in dem Spatz in einem Beziehungsgeflecht mit den Euthanasie-Akteuren de Crinis, Hallervorden, Heinze und der T4-Zentrale

beschrieben wurde (Schmiedebach, H-P (2018): Neurowissenschaften in Berlin 1933-1945 – Akteure, Netzwerke und Opfer. Vortrag in der BGPN am 17.1.2018, Kurzreferat in: Nervenheilkunde 37, S.202). Die Hinweise auf Spatz' Mitwisserschaft und -verantwortung wurden jetzt nochmals vom Vorsitzenden der BGPN, PD Dr. Andreas Hartmann (CA der Klinik für Neurologie am Krankenhaus Frankfurt/Oder) zusammengefasst. In der nachfolgenden Diskussion wurden zeitgeisttypische Verfehlungen bei schwieriger Beweislage gegen einige Argumente für Spatz' Mitschuld erörtert: vereinzelt Brief-Hinweise, Spatz' Verantwortung als Vorgesetzter Hallervordens und eine Stellungnahme, die Spatz in

einem Brief von 1953 an Leo Alexander geäußert hatte: (Leo Alexander, emigrierter Neuropsychiater aus Frankfurt/Main, war als amerikanischer Major nach dem Krieg als Sachverständiger für die Vorbereitung der Nürnberger Ärzte-Prozesse tätig gewesen.) „Es ist nicht wahr, dass Hallervorden die Gehirne der Euthanasieopfer, wie behauptet wird, von sich aus angefordert hat. Wahr ist, dass sie ihm in seiner Eigenschaft als zuständiger Prosektor mehrerer Irrenanstalten zugewiesen wurden. Ich habe der Untersuchung der Gehirne aus folgenden Gründen zugestimmt: 1. Es war die einzige Kontrolle gegenüber der Durchführung der Euthanasie-Aktionen, die wir damals schon (...) abgelehnt haben. 2. Die Verweigerung hätte die Existenz des Instituts bedroht. 3. Durch die Verweigerung wäre ein einmaliges Gehirnmateriale vernichtet worden und der Wissenschaft verloren gegangen.“ In der Abstimmung wurde mehrheitlich bei wenigen Enthaltungen die Aberkennung von Hugo Spatz' Ehrenmitgliedschaft der BGPN beschlossen.

*Professor Dr. Bernd Holdorff*

## Leitungswechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



Charité – Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde am Campus Benjamin Franklin

Dr. Veit Maria Hofmann hat kürzlich die ständige Leitung der Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde am Campus Benjamin Franklin übernommen. Neben der Mittelohrchirurgie sowie der funktionell-ästhetischen Rhinochirurgie ist Dr. Hofmann zukünftig vor allem der Ausbau des Speicheldrüsenzentrums ein besonderes Anliegen. Die wissenschaftliche Erweiterung des interdisziplinären Schwindelzentrums soll ebenso im Fokus seines Wirkens stehen.

Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Leitungspositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause.  
Tel.: 030/408 06-41 00/-41 01, Fax: -41 99, E-Mail: s.rudat@aekb.de oder r.tuemann@aekb.de

### Kongress

## Hauptstadtkongress 2018: „Digitalisierung und vernetzte Gesundheit“ stehen im Mittelpunkt

Der 21. Hauptstadtkongress findet vom 6. bis 8. Juni 2018 in Berlin statt. „Digitalisierung und vernetzte Gesundheit“ lautet in diesem Jahr das Motto. Hier ist sich die Politik einig und will den Rückstand Deutschlands gegenüber anderen Ländern bei der Digitalisierung aufholen. Digitalisierung wird in der Politik zur Chefsache. Die zu erwartende Digitalisierungsstrategie der Bundesregierung wird auf dem Hauptstadtkongress zur Diskussion gestellt. Es geht auch um eine realistische

Umsetzungsplanung für die elektronische Gesundheitskarte. Gefragt wird auch: Was bringt die Digitalisierung dem Patienten und den Mitarbeitern? Welches Potenzial hat sie für Prozessoptimierung und Effizienzsteigerung? Welche Chancen bergen Robotik und künstliche Intelligenz? Welche Fortschritte bringt die Präzisionsmedizin bei der zielgerichteten Behandlung? Wie steht es mit Datenschutz und Cybersicherheit? Vertreter der Ärztekammer Berlin werden an einigen Veranstal-

tungen teilnehmen. Kammerpräsident Dr. Günther Jonitz wird am 6. Juni auf dem Hauptstadtkongress Gesundheitspolitik die Veranstaltung „Value Based Healthcare – Wert statt Volumen: Der Weg zu einer patientenorientierten Gesundheitsversorgung“ begleiten. Am 7. Juni nimmt er an der Podiumsrunde „Mehr Zeit für Menschlichkeit? Wirkungen und Nebenwirkungen von Digitalisierung und neuen Technologien im Gesundheitswesen“ teil. Vorstandsmitglied Dr. Werner Wyrwich wird

am 8. Juni die Veranstaltung „Eine Frage der Führung: Leadership und Qualität in der Arbeit – wie nehme ich meine Leute mit?“ begleiten. Bei „Drei Kammern im Dialog“ wird sich Jonitz am 7. Juni mit dem Präsidenten der Apothekerkammer Berlin und dem Präsidenten der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz in die Diskussion begeben.

Weitere Informationen sowie das vollständige Programm finden Sie hier:  
[www.hauptstadtkongress.de](http://www.hauptstadtkongress.de)

Sport

## Berliner Ärztinnen und Ärzte suchen die beste Läuferin und den besten Läufer

Im Rahmen des 22. Hohenschönhausener Gartenlaufes findet am **9. Juni 2018** die 1. Berliner Ärztemeisterschaft statt. Startberechtigt sind alle approbierten Ärztinnen und Ärzte, die in Berlin leben oder arbeiten. Der Lauf geht über elf Kilometer, der auf einem Rundkurs in der Gartenanlage Falkenhöhe Nord sechs Mal zu durchlaufen ist. Fans können also ihre Läuferin oder ihren Läufer tatkräftig anfeuern. Damit ein Ausgleich zwischen Jüngeren und Älteren erfolgt, werden die Zeiten mit einem Altersfaktor verrechnet. Ab dem 31. Lebensjahr gibt es somit für

jedes Lebensjahr einen kleinen Bonus. Damit wird die Laufleistung vergleichbar.

Anbei ein Beispiel für Männer:

• 30 Jahre:	40:00 min
• 40 Jahre:	41:29 min
• 50 Jahre:	44:58 min
• 60 Jahre:	47:26 min
• 70 Jahre:	54:07 min

Mit einem etwas höheren Startgeld sponsern die mitlaufenden Kolleginnen und Kollegen die Kinderläufe.

Informationen und Anmeldung finden sich unter: [www.hohenschoenhausener-gartenlauf.de](http://www.hohenschoenhausener-gartenlauf.de)

*Dr. Steffen Lüder*  
FA für Kinder- und Jugendmedizin

Deutsches Gesundheitssystem

## Kompaktkurs für ausländische Ärztinnen und Ärzte



In der Kaiserin-Friedrich-Stiftung findet am **7. und 8. Juni 2018** erneut der Kompaktkurs für ausländische Ärztinnen und Ärzte – Das deutsche Gesundheitssystem – statt.

An diesen zwei Tagen erhalten Interessierte Einblick in die ärztliche Selbstverwaltung, die Grundlagen des deutschen Medizinrechts, die Arbeit im Krankenhaus, die Dokumentationspflichten, die Facharztweiterbildung und noch einiges mehr.

Die Ärztekammer Berlin wird wie in den vergangenen Jahren mit einigen Referentinnen und Referenten vertreten sein.

Das Programm ist zu finden unter: [www.kaiserin-friedrich-stiftung.de](http://www.kaiserin-friedrich-stiftung.de)

## 11. Gesundheitsforum des LSB Berlin – „Geistig fit durch Bewegung und Sport“

Datum: Samstag, 16.06.2018  
Zeit: 09:30-15:30 Uhr  
Ort: Gerhard-Schlegel-Sport-  
schule des Landessportbundes  
Berlin, Priesterweg 4-6b  
10829 Berlin (Schöneberg)

### INHALTE

**Medizinischer Fachvortrag:**  
Einfluss von Bewegung u. Sport  
auf die geistige Fitness aus  
medizinischer Sicht (Dozent: Dr.  
med. Paul Schmidt – Arzt, wis-  
senschaftlicher Mitarbeiter Cha-

rité / Abt. Spormedizin, Deut-  
scher Rekordhalter 50 km-Lauf)

### Praxisseminare zu folgenden Themen:

- Koordination u. Balance  
(Dozent: Bernd Curt – staatl.  
gepr. Gymnastiklehrer)
- Gehirnaktivierung durch ganz-  
heitliches Gedächtnistraining  
(Dozentin: Sagitta Meissner –  
Dipl.-Ing., Soz.-Pädagogin,  
Ausbildungsreferentin für  
Gedächtnistraining im BVGT)

- Körperwahrnehmung und Pro-  
priozeption – ein starkes Team  
aus ZNS-Gehirn u. Muskel-Ske-  
lett-System (Dozentin: Anja Opp  
Dipl.-Sportwissenschaftlerin)
- Yoga - Training für Körper und  
Geist (Dozentin: Janina  
Proßowski – staatl. gepr. Gym-  
nastiklehrerin, Yogalehrerin  
(SVYASA, BYV), B-Lizenz "Sport  
in der Rehabilitation")
- Tanzen – Sturzprophylaxe u.  
Gedächtnistraining (Dozentin:  
Simone Ruppelt – staatl. gepr.  
Gymnastiklehrerin, Rücken-  
schullehrerin, Montessori-  
pädagogin, Tanzleiterin)
- AlltagsFitnessTest (AFT)  
(Dozentin: Gabriele Senkel  
Dipl.-Sportlehrerin)

**Wissenschaftliche Leitung:**  
Dr. med. Jürgen Wismach  
(Präsident Sportärzzebund  
Berlin-Brandenburg e.V.)

**Fortbildungspunkte:**  
8 Punkte (beantragt)

**Teilnahmegebühr:**  
50,- € (inkl. Mittagessen)

**Weitere Informationen und  
Anmeldung (bis 06.06.2018)**  
unter [www.lsb-berlin.de/  
angebote/gesundheitsport/  
gesundheitsforum/](http://www.lsb-berlin.de/angebote/gesundheitsport/gesundheitsforum/)

**Auskünfte erteilt:**  
Christoph Stegemann,  
Landessportbund Berlin e.V.  
Tel.: 030 / 300 02 164, E-Mail:  
[C.Stegemann@lsb-berlin.de](mailto:C.Stegemann@lsb-berlin.de)



## Kritische rot-rot-grüne Bilanz



Um eine Bilanz der bisherigen Arbeit des rot-rot-grünen Senats zu ziehen, hatte der Marburger Bund (MB) Landesverband Berlin-Brandenburg am 19. März im Rahmen des MB-Forums Wissen & Gesundheit zu einer Podiumsdiskussion eingeladen. Gesundheitssenatorin Dilek Kolat (SPD) stellte sich den Fragen von Moderator Hannes Heine (Tagesspiegel, 2.v.r.). Außerdem waren auf dem Podium Gastgeber Peter Bobbert (MB-Landesvorsitzender und ÄKB-Vorstandsmitglied, 2.v.l.) und der gesundheitspolitische Sprecher der CDU-Fraktion im Abgeordnetenhaus, Gottfried Ludewig (1.v.l.), vertreten. Just an diesem Tag war allerdings bekannt geworden, dass Ludewig als Abteilungsleiter ins Bundesgesundheitsministerium wechselt.

Kolat nutzte die Gelegenheit zu einer positiven Bilanz ihrer knapp 1,5-jährigen Tätigkeit als Gesundheitssenatorin (Krankenhausfinanzierung, Geburtshilfe, Aktionsprogramm Krankenhaushygiene). Dass Ludewig ihre Erfolgsbilanz etwas anders sah, lag in der Natur der Sache. Dabei wies er süffisant darauf hin, dass die SPD nicht erst seit dieser Legislaturperiode an der Macht sei, sondern schon einige Jahre länger Zeit gehabt hätte, bestimmte Missstände zu beseitigen. Besonders im Fokus der Diskussion stand das Thema Personal im Krankenhaus. In diesem Zusammenhang plädierte Kolat für die Abschaffung von Leasing-Kräften. Bobbert konterte, dass ein Verbot der Leasing-Kräfte kein Problem löse. „Die Arbeitsbedingungen für die Stammkräfte müssen verbessert werden“, forderte er.

srd



## 7. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin



Medizinisches Wissen – Komplexität. Herausforderungen. Reflektionen. – unter diesem Titel wird am 17. November 2018 von 09:00 bis 17:00 Uhr der 7. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft stattfinden.

Die Medizin als wissensintensive „Dienstleistung“ und der damit verbundene Auftrag zum lebenslangen Lernen stellen Ärztinnen und Ärzte vor besondere Herausforderungen. Genauso, wie die Komplexität der täglichen Anforderungen und die Individualität der einzelnen (Patienten-)Bedürfnisse.

Der diesjährige Kongress bietet den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Möglichkeit, sich mit dem Thema Wissenserwerb und dem Umgang mit erworbenen Wissen auseinanderzusetzen. Neben der Vermittlung von aktuellem medizinischem Wissen, unter anderem zur Arzneimittel(therapie)sicherheit oder dem Einsatz von Antibiotika, wird Raum geboten auch Fehler zu hinterfragen, das eigene ärztliche Handeln zu reflektieren – immer mit dem Ziel, im Sinne des Patienten gut entscheiden zu können. „Wissensquellen“ werden ebenfalls im Fokus des Kongressprogramms stehen. Wie finde ich die Richtige? Wie kann ich, trotz enormer Belastungen im Arbeitsalltag, mit adäquatem Aufwand den aktuellen Stand der Wissenschaft überblicken und einen maximalen Benefit für mich und meine ärztliche Arbeit erreichen?

Bitte nutzen Sie die Gelegenheit, sich zu relevanten Themen zu informieren, und nutzen Sie die Gelegenheit zum Gespräch und in den Workshops auch Ihre eigenen Fragestellungen einzubringen. Wir freuen uns auf Sie!

Das vollständige Programm und die Anmeldeunterlagen erhalten Sie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin unter [www.aerztekammer-berlin/fb-kongress2018](http://www.aerztekammer-berlin/fb-kongress2018)

## Neue Traumaambulanz soll psychotherapeutische Versorgung von Gewaltopfern verbessern

Menschen, die Gewalt erlebt haben, können psychisch erkranken und damit über viele Jahre schwere seelische und soziale Folgen erleiden. Am 1. März 2018 wurde in der Friedrich von Bodelschwingh-Klinik in Berlin-Wilmersdorf ein neuer Standort der Traumaambulanz eröffnet. Das Land Berlin garantiert dadurch neben einer wohnortnäheren Versorgung für den Süden und Westen Berlins eine erhöhte Kapazität an Behandlungsplätzen und größere Flexibilität bei ständig steigender Anfrage.

Unter der Leitung von PD Dr. med. Olaf Schulte-Herbrüggen, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Traumatherapeut, wurde bereits im Jahr 2012 die erste Berliner Traumaambulanz für erwachsene Opfer von Gewalttaten an der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus eröffnet. Viele hundert



Friedrich von Bodelschwingh-Klinik

Betroffene schwerer Gewalttaten konnten seitdem in dieser Institution psychotherapeutische Unterstützung erfahren.

Der zweite Standort unter der Leitung von Schulte-Herbrüggen ist eine Kooperation zwischen dem Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGeSo) und der Friedrich von Bodelschwingh-Klinik. Opfer schwerer Gewalttaten und unmittelbare Zeugen von Gewalt, die unter psychischen

Belastungssymptomen leiden, können hier kostenlos psychotherapeutische Sitzungen erhalten. Traumatherapeutisch erfahrene Ärzte und Psychologen bieten zeitnahe Termine an. „Zuletzt konnten wir zum Beispiel im Rahmen der Ereignisse auf dem Breitscheidplatz gut auf die Anforderungen reagieren und allen Betroffenen ein zeitnahes Angebot machen“, sagt Schulte-Herbrüggen. „Wir hoffen, dass solche

Ereignisse nicht erneut passieren. Doch vor dem Hintergrund der weiterhin bestehenden Bedrohungslage, müssen wir bei Terroranschlägen auch auf höhere Opferzahlen eingerichtet sein, als dies am Breitscheidplatz der Fall war. Mit der neuen Traumaambulanz sind wir dafür gerüstet.“

Betroffene können sich ab sofort zusätzlich unter folgender Adresse melden: Traumaambulanz Berlin Friedrich von Bodelschwingh-Klinik Landhausstraße 33-35 10717 Berlin

Telefon: (030) 5472 – 7887  
Telefax: (030) 5472 – 29 9507

E-Mail: [traumaambulanz@fvbk.de](mailto:traumaambulanz@fvbk.de)

Terminvereinbarung  
Mo - Fr 9:00-16:00 Uhr  
[www.fvbk.de](http://www.fvbk.de)

## MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE AUS- & FORTBILDUNG

### AUSBILDUNGSPLATZBÖRSE der Ärztekammer Berlin

Sie suchen eine/n Auszubildende/n?

Auf der Ausbildungsplatzbörse der Ärztekammer Berlin für Medizinische Fachangestellte können Sie Ihr Ausbildungsplatzangebot kostenfrei inserieren.

Bitte senden Sie Ihr Ausbildungsplatzangebot (Ausbildungsstätte, Fachrichtung, Einstellungsdatum, ggf. weitere Angaben) per E-Mail an [onlineredaktion@aekb.de](mailto:onlineredaktion@aekb.de).

Ihre Anzeige wird nach Prüfung auf der Homepage der Ärztekammer Berlin veröffentlicht.

Weitere Informationen erhalten Sie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin sowie unter der Telefonnummer 4 08 06 – 26 26.

### NICHT-ÄRZTLICHE/R PRAXISASSISTENT/IN Qualifizierungslehrgang der Ärztekammer Berlin

Die Ärztekammer Berlin plant, ab August 2018 einen weiteren Fortbildungskurs „Nicht-ärztliche/r Praxisassistent/in“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer anzubieten.

Der Fortbildungskurs richtet sich an hausärztlich und fachärztlich berufserfahrenes Assistenzpersonal und entspricht den Vorgaben der zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen getroffenen Delegationsvereinbarung.

Anmeldeschluss ist der 25. Mai 2018. Die Anmeldeunterlagen finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin. Weitere Informationen geben wir Ihnen gerne auch unter der Telefonnummer 4 08 06 – 26 36.

### IMPFMANAGEMENT Fortbildungskurs für Medizinisches Assistenzpersonal

Die Ärztekammer Berlin führt vom 28. bis 31. Mai sowie am 4. Juni 2018 einen Fortbildungskurs Impfmanagement im Umfang von 40 Kursstunden zur Weiterqualifizierung Medizinischer Fachangestellter und Arzthelfer/innen durch.

Zu den wichtigsten und wirksamsten präventiven Maßnahmen, die in der Medizin zur Verfügung stehen, gehören Impfungen. Entsprechend hoch ist deren Bedeutung im Praxisalltag. Der Fortbildungskurs soll medizinischem Assistenzpersonal die notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten vermitteln, um den Arzt kompetent bei der Organisation und Umsetzung des Impfmanagements in der Praxis unterstützen zu können.

Praxisorientierte Informationen zu den aktuellen STIKO-Empfehlungen für die Impfung bei Säuglingen, Kindern und Erwachsenen sind ebenso Thema wie die Verordnung und Abrechnung von Impfstoffen und das erforderliche Basiswissen zum Immunsystem. Abgerundet wird der Kurs durch praktische Übungen im Bereich der Kommunikation, damit auch in schwierigen Alltagssituationen sicher und patientenorientiert gehandelt und kommuniziert werden kann.

Es sind noch Plätze frei. Anmeldeschluss ist nun der 18. Mai 2018. Die Anmeldeunterlagen finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin. Weitere Informationen geben wir Ihnen gerne auch unter der Telefonnummer 4 08 06 – 26 36.

### ZWISCHENPRÜFUNG DER MEDIZINISCHEN FACHANGESTELLTEN Ergebnisse der Prüfung im Frühjahr 2018

Am 13. März 2018 fand in der Ärztekammer Berlin für 437 Teilnehmer und Teilnehmerinnen die Zwischenprüfung der Medizinischen Fachangestellten statt. Es wurden Kenntnisse in den Fächern Behandlungsassistent und Betriebsorganisation/-verwaltung abgeprüft. Die Zwischenprüfung wird nach etwa der Hälfte der Ausbildungszeit absolviert und dient der Ermittlung des Ausbildungsstandes.

#### Die Ergebnisse im Einzelnen:

Punkte	100 – 92,00	91,99 – 81,00	80,99 – 67,00	66,99 – 50,00	49,99 – 30,00	29,99 – 0
Note	1 (sehr gut)	2 (gut)	3 (befriedigend)	4 (ausreichend)	5 (mangelhaft)	6 (ungenügend)
<b>Behandlungsassistent</b>						
Anzahl	5	32	181	137	75	7
<b>Betriebsorganisation/-verwaltung</b>						
Anzahl	4	28	137	159	98	11

## Schlichtungsstelle: Zahl der Behandlungsfehlervorwürfe in Berlin ist 2017 gesunken

Die Zahl der Behandlungsfehlervorwürfe aus dem Bereich der Ärztekammer Berlin ist 2017 gesunken. Im vergangenen Jahr gingen 447 neue Vorwürfe bei der gemeinsamen Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern in Hannover ein (2016: 503 Anträge). Von diesen Anträgen und den noch nicht abschließend entschiedenen Fällen aus den Vorjahren konnten 436 Fälle abschließend bearbeitet werden. In 177 Fällen konnte das Schlichtungsverfahren nicht durchgeführt werden, weil die Verfahrensvoraussetzungen nicht vorlagen (u. a. Nichtzuständigkeit, fehlende Zustimmung der Antragsgegner, Antragsrücknahme, anhängige Zivil- oder Strafprozesse). Von den verbliebenen 259 geprüften Fällen wurden 64 mit der Anerkennung eines Behandlungsfehlers abgeschlossen, in 195 Fällen wurde die Anerkennung abgelehnt. Das entspricht einer Anerkennungsquote von 24,71 % (2016: 25,38 %) und bewegt sich damit im Bereich anderer Einrichtungen wie dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen.

Das Ergebnis der Auswertung der Behandlungsorte (Versorgungsebenen) zeigt, dass die Fälle mit 74,6 % aus dem Klinikbereich (ambulant/stationär, Belegärzte, Rehabilitationseinrichtungen) stammen, während der niedergelassene Bereich (auch Medizinische Versorgungszentren) mit 25,4 % beteiligt war.

Die häufigsten Diagnosen, die 2017 in Berlin zur Anrufung der Schlichtungsstelle führten, waren Arthrosen, Zehen-/ Fingerdeformitäten, Frakturen (Oberschenkel, Schulter sowie

	2013	2014	2015	2016	2017
Bestand aus dem Vorjahr	416	457	488	452	471
Neueingänge	561	515	498	503	447
Erledigungen	520	484	534	484	436
Wegen fehlender Verfahrensvoraussetzungen keine Prüfung möglich	209	206	239	220	117
Geprüfte Fälle	311	278	295	264	259
Davon begründete Ansprüche	97	77	86	67	64
Behandlungsfehlerquote bei den geprüften Fällen	31,19 %	27,70 %	29,15 %	25,38 %	24,71 %
Kein Nachweis für schuldhaften Behandlungsfehler	214	201	209	197	195

\*auf Basis der durch die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen untersuchten Fälle.

Ober- und Unterarm) lumbale Bandscheibenschäden, Bursitis (Schleimbeutelentzündung), bösartige Neubildungen der Mamma sowie Varizen der unteren Extremitäten.

**Im Klinikbereich und im niedergelassenen Bereich sind unterschiedliche Fehlerarten festzustellen:**

Fehlerschwerpunkte im niedergelassenen Bereich lagen bei der bildgebenden Diagnostik mit 25 %, der allgemeinen Diagnostik (Labor/Zusatzuntersuchungen 17,9 %, Anamnese/Untersuchung 7,1 %), der Pharmakotherapie (14,3 %) und bei der Durchführung der operativen Therapie (10,7 %) sowie in der Indikationsstellung (7,1 %). Die am häufigsten beteiligten Fachgebiete im niedergelassenen Bereich waren 2017 die Unfallchirurgie/Orthopädie mit 28,9 %, die Frauenheilkunde mit 10,5 %, die hausärztliche Tätigkeit mit 7,9 %, die Augenheilkunde und die Radiologie mit jeweils 6,6 %, sowie die HNO-Heilkunde mit 3,9 %.

Fehlerschwerpunkte im Klinikbereich lagen bei der Durchführung der operativen Therapie (24,7 %), der bildgebenden Diagnostik (16,5 %), der allge-

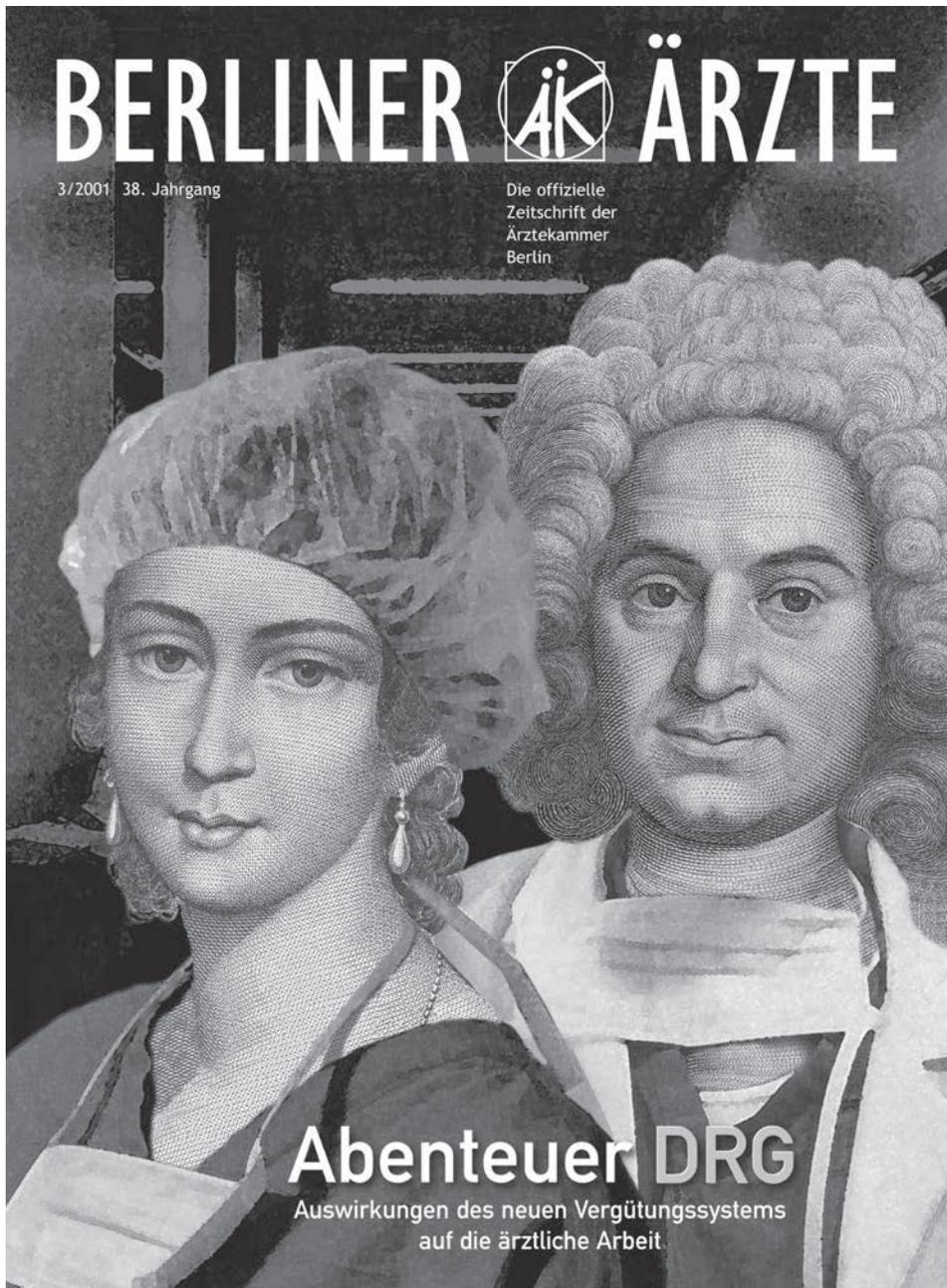
meinen Diagnostik (Labor-/Zusatzuntersuchungen 10,6 % sowie Anamnese/Untersuchung 4,7 %), in der Indikationsstellung (9,4 %) sowie in der Pharmakotherapie (8,2 %). Die am häufigsten beteiligten Fachgebiete im Klinikbereich waren 2017 die Unfallchirurgie/Orthopädie mit 32,3 % und die Allgemeinchirurgie mit 11,2 %, die Innere Medizin mit 9 %, die Frauenheilkunde mit 7,6 %, die Neurochirurgie mit 7,2 % sowie die Urologie mit 3,1 %.

### Hintergrund

Behandlungsfehlervorwürfe, die in die Zuständigkeit der Ärztekammer Berlin fallen, können über ein für die Patienten kostenfreies außergerichtliches Schlichtungsverfahren abgeklärt werden. Durchgeführt wird dieses niedrigschwellige Angebot von der gemeinsamen Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern in Hannover. Diese Einrichtung wird von den Ärztekammern Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Saarland, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen gemeinsam getragen.

Voraussetzung für die Durchführung eines Schlichtungsverfahrens ist zunächst die Zustimmung des betroffenen Patienten, des Haftpflichtversicherers und des betroffenen Arztes oder des Krankenhausträgers. Eine Kommission, die mindestens aus einem ärztlichen und einem juristischen Mitglied besteht, prüft den medizinischen Sachverhalt der beanstandeten Behandlung auf Grundlage beigezogener Krankenunterlagen. Grundsätzlich ist die Einholung eines externen Sachverständigenutachtens vorgesehen. Abgeschlossen wird das Verfahren mit einer Entscheidung, die sowohl das Ergebnis der medizinischen Begutachtung als auch das der juristischen Prüfung einbezieht. Dies unterscheidet das Verfahren der norddeutschen Schlichtungsstelle von anderen Schlichtungsverfahren. In geeigneten Fällen kann ein Regulierungsvorschlag unterbreitet werden. Dem Patienten steht danach noch der Rechtsweg offen, allerdings wird das Ergebnis des Schlichtungsverfahrens in rund 90 % der Fälle von den Beteiligten anerkannt. Verjährungsfristen werden durch das Schlichtungsverfahren nicht beeinflusst.

# Die Macht des Marktes im Krankenhaus?



Vor 15 Jahren ist das DRG-System in die deutschen Krankenhäuser eingezogen. Die Ärztekammer Berlin hat schon bei der Einführung vor negativen Folgen des Fallpauschalensystems für das Arzt-Patienten-Verhältnis gewarnt.

Welche Befürchtungen haben sich bewahrheitet? Welche Hoffnungen hat das System erfüllt? Eine kontroverse Bilanz mit Innen- und Außenansichten.

*Von Angela Misslbeck*

Titel BERLINER ÄRZTE 3/2001. Das hier abgebildete medizinische Personal krönte die damaligen Zwanzig- und Fünzig-DM-Geldscheine.

Die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) als Grundlage der Leistungsabrechnung in den Krankenhäusern war eine Zäsur im deutschen Gesundheitswesen. Bis zum Jahr 2002 sind die stationären Klinikleistungen mit Ausnahme einiger Sonderentgelte über Tagespflegesätze abgerechnet worden. Seit 2003 sind zunächst optional, ab 2004 aber dann verbindlich Fallpauschalen an die Stelle der Tagespflegesätze gerückt. Das System umfasst alle stationären Leistungen mit Ausnahme der Psychiatrie, für die seit 2014 mit PEPP ein anderes Pauschalensystem eingeführt wurde. Es wird – im Unterschied zum australischen Vorbild – flächendeckend nicht nur zur Leistungserfassung, sondern auch zur Vergütungsberechnung angewandt (s. Kasten).

An die Einführung des DRG-Systems hat die Politik hohe Erwartungen geknüpft. Viel beschworen wurden Schlagworte wie „Transparenz“, „Wettbewerb“, „gleiches Geld für gleiche Leistung“ und das „Ende der Fehlanreize“. Zugleich versprachen sich Politik und Krankenkassen von dem neuen Entgeltsystem Effekte zur Kostendämpfung und zur Marktberreinigung.

Doch auch Warnrufe wurden bei der Einführung der DRGs laut. Die Kritiker fürchteten „blutige Entlassungen“ und „Patienten-Pingpong“ und warnten vor einer durchdringenden „Industrialisierung“ oder „Ökonomisierung“ der Medizin zulasten der Versorgungsqualität und der Patientensicherheit. So zum Beispiel die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin: „Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin erwartet mit der Einführung von DRGs eine deutliche Verschlechterung der Patientenversorgung durch einen Verlust an Qualität und Humanität. Eine Industrialisierung der Patientenversorgung in deutschen Krankenhäusern ist absehbar“, so die zentrale Aussage der Resolution aus dem Jahr 2001. „Durch ein DRG-System entsteht ein Versorgungsrisiko für die Patienten (...)

## Was ist eine DRG?

Diagnosis Related Groups, deutsch: diagnosebezogene Gruppen, bezeichnen ursprünglich ein Klassifikationssystem für die stationäre Behandlung von Patienten im Krankenhaus. Patienten werden dabei anhand von Hauptdiagnosen grob in Fallgruppen einsortiert. Demografische Faktoren, Nebendiagnosen und vorgenommene Prozeduren bestimmen über die genaue Fallgruppenzuordnung.

Als Klassifikationssystem dienen DRGs in vielen Ländern der Erfassung von Leistungen in Krankenhäusern. In Deutschland werden sie auch zur Abrechnung eingesetzt. Das sogenannte G-DRG- (german DRG) oder Fallpauschalensystem auf Basis des australischen DRG-Systems bewertet die Leistungen auch finanziell. Zur Ermittlung von Durchschnittsfallkosten haben die Selbstverwaltungspartner in Deutschland im Jahr 2001 das InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) gegründet. Es kalkuliert und pflegt die Fallpauschalen mit Relativgewichten, Zu- und Abschlägen und sorgt für laufende Anpassungen des Abrechnungssystems.

Basis der Kalkulation sind die Kosten- und Leistungsdaten sogenannter Kalkulationskrankenhäuser. Welche Kosten in die Kalkulation einbezogen werden, ist immer wieder Gegenstand von Diskussionen. So wird etwa kritisiert, dass Personalentwicklungskosten nicht darin abgebildet sind. Aktuell geht die politische Debatte dahin, die Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System herauszurechnen.

Die Erwartungen von Politik und Krankenkassen, durch die Einführung von DRGs Geld zu sparen, werden nicht erfüllt werden“, hieß es dort weiter. Das System führe vielmehr „zu Anreizen für wohldotierte, aber fraglich indizierte Maßnahmen und damit zu schlechterer Medizin bei insgesamt höheren Kosten“.

## Ärztekammer Berlin: DRGs sofort vom Markt nehmen

Als im Jahr 2012 die Kritik der Krankenkassen an der Zunahme bestimmter lukrativer Wahleingriffe, wie etwa Hüft-TEPs und Herzkatheteruntersuchungen immer lauter wurde, sah sich die Berliner Kammer in ihrer Kritik bereits bestätigt. „Jede dieser Vorhersagen aus dem Jahr 2001 ist eingetreten“, sagte der Berliner Kammerpräsident Dr. Günther Jonitz schon damals. Die Kritik der Kassen bewertete er als scheinheilig. 2016 untermauerte Jonitz erneut, dass alle unerwünschten Nebenwirkungen

»Die Qualität der Medizin ist im freien Fall. Wer immer es kann, entzieht sich dem System. Die Patienten nehmen Schaden. Da führt kein Weg daran vorbei.«

(eine leitende Berliner Klinikärztin)

eingetreten seien, die angestrebte Wirkung jedoch ausgeblieben sei. Auch heute noch fordert er: „Wären DRGs ein Medikament, dann müssten sie sofort vom Markt genommen werden.“ (siehe S. 22).

Während die Meinungen darüber auseinander gehen, welche Erwartungen das DRG-System erfüllt hat, besteht beinahe Einigkeit über die Negativfolgen. Selbst Befürworter des Systems räumen ein, dass es neue Fehlanreize

## Die Oberärztin: „Ausbildung ist im DRG-System nicht abgebildet.“



Ich bin erst seit 2009 im Krankenhaus tätig, insofern kann ich nicht sagen, wie es vor der Einführung der DRGs gelaufen ist. Allerdings erzählen mir erfahrene Krankenschwestern immer wieder, dass die Arbeit im Krankenhaus in den 90er Jahren eine ganz andere war. Ich denke, die Folgen des DRG-Systems sind für die Pflege besonders schlimm. Man merkt, dass die Pflegekräfte durch den schnellen Patienten-Durchlauf extrem unter Druck sind. Das hat Auswirkungen auf das Arbeitsklima. Für persönliche Gespräche bleibt kaum Zeit. Auch die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflege leidet darunter. Die Versorgung im Krankenhaus ist nun einmal nur im multiprofessionellen Team möglich. Wenn die Pflege nicht da ist, können wir Ärztinnen und Ärzte unseren Job auch nicht gut machen.

Die Pflege spielt bei der Patientensicherheit eine immens wichtige Rolle. Sie hat den meisten Kontakt zu den Patienten und kann eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes früher bemerken als der ärztliche Dienst. Doch bei andauernder Personalknappheit ist das nicht mehr gewährleistet. So hat der Kostendruck auch Auswirkungen auf die Patientinnen und Patienten. Teilweise kommt es vor, dass im Nachtdienst eine einzige Pflegekraft eine Station mit 30 Patienten betreut. Da kann die Patientensicherheit nicht mehr garantiert werden. Wenn dann ein Notfall auftritt, sind alle anderen Patienten unbetreut.

In der Inneren Medizin versorgen wir viele ältere Patientinnen und Patienten. Manche von ihnen sind dement. Gerade sie brauchen eine besonders intensive Pflege. Auch in der Nacht muss für solche Patienten eine Sitzwache angefordert werden können. Sonst besteht die Gefahr, dass sie nicht nur andere, sondern vor allem auch sich selbst gefährden. Im schlimmsten Fall muss ich als Ärztin dann beruhigende Mittel verabreichen, oder es kommt zu Fixierungen. Das will keiner. Deshalb brauchen wir mehr Pflegepersonal.

Ich denke, die Pflege ist im DRG-System einfach nicht richtig abgebildet. Deshalb sind die Folgen des Systems für die Pflege besonders schlimm. Ich weiß aber nicht, ob es

die richtige Lösung ist, die Pflege aus dem DRG-System herauszunehmen. Das kommt sicher sehr darauf an, wie man das macht. Wenn man konsequent sein will müssen die Personalkosten für alle Berufsgruppen im Krankenhaus aus der DRG-Vergütung herausgelöst werden. Solange es das System gibt, sollte man einfach versuchen, sie besser darin abzubilden.

Auch die Weiter- und Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte ist nicht im DRG-System abgebildet. Deshalb findet sie vor allem in der Freizeit statt. Das ist auch ein großes Problem, da gerade auf den Normalstationen oftmals „nur“ Ärztinnen und Ärzte direkt nach der Uni arbeiten und Neue von Ärztinnen und Ärzten eingearbeitet werden, die auch erst drei Monate dabei sind. Das führt wiederum zu Mehrarbeit für die Pflege, da den ärztlichen Berufsanfängerinnen und -anfängern oft der klinische Blick und die Einschätzung fehlt und somit der Pflege eine noch größere Verantwortung aufgeladen wird. Außerdem leidet so die Qualität der Ausbildung gerade in den großen Krankenhäusern.

Sicher sind diese Probleme nicht ganz allein dem DRG-System anzulasten. Auch die mangelnde Investitionsförderung für die Krankenhäuser wirkt sich hier aus. Gerade in Berlin ist das ebenfalls ein wichtiger Faktor.

*Johanna Henatsch arbeitet als internistische Oberärztin in der Rettungsstelle am Vivantes Klinikum Neukölln. Sie ist aktiv im vdää, im Bündnis Krankenhaus statt Fabrik und bei der Berliner Initiative Volksentscheid für gesunde Krankenhäuser.*

geschaffen hat. Gegengesteuert wird mit laufenden Anpassungen, hier etwa mit Ausnahmetatbeständen, Qualitätsanforderungen und Zusatzentgelten, die aus Sicht der Kritiker jedoch die Abrech-

nungsbürokratie verstärken. Sie warnen auch davor, dass die Behandlung vieler Patientengruppen unterfinanziert sei. Eine Ärztin, die nicht genannt werden will, verweist darauf, wie „schlimm“ die

Situation für Patienten mit Drogen und Alkoholproblemen sei. „Wohin sollen die entlassen werden?“ fragt sie. Noch schlimmer sei es aber für mehrfach erkrankte, mit Keimen besiedelte Pati-

enten, und „ganz bitter“ wenn ein Patient nach einer Augen-OP auf dem Weg zum Kiosk stürzt. „Die Versorgung dieser Frakturen ist so gut wie gar nicht bezahlt.“ Die Ärztin fordert, dass systematisch Wiederaufnahmen dokumentiert werden müssen, damit Drehtüreffekte erfasst werden.

Die Kehrseite der Medaille: Eine andere Ärztin berichtet, ebenfalls unter der Maßgabe nicht genannt zu werden, von vertraulichen E-Mails, in denen der Chefarzt fordert, dass bestimmte Eingriffe doch möglichst etwas häufiger vorgenommen werden sollten, wenn es medi-

zinisch begründbar sei. Neben diesen subjektiv wahrgenommenen Auswüchsen zeigen die Statistiken weitere Entwicklungen: Die Verweildauern sinken, die Fallzahlen steigen, die Personaldecke wird dünner.

### Patientenbeauftragte: Immer mehr Beschwerden

„Vor 20 Jahren habe ich zwei Patienten betreut, heute betreue ich drei, manchmal vier. Ich kann mich gar nicht mehr erinnern, wann ich zum letzten Mal an einem (weiter Seite 19)

»Die Situation stellte sich mir so dar, dass am Nachmittag nur eine Krankenpfleger(in) gemeinsam mit einer Praktikantin die ganze Station, darunter frisch operierte Patienten, zu versorgen hatte.«

(Beschwerde bei der Berliner Patientenbeauftragten)

## Der Klinikgeschäftsführer: „Das DRG-System kann Strukturprobleme nicht lösen.“



Foto: privat

Die Einführung des DRG-Systems in Deutschland war an einige politische Ziele geknüpft, die bis heute nur zum Teil erreicht wurden. Das liegt daran, dass manche Erwartungen schlicht falsch waren. So ist die erhoffte Transparenz hinsichtlich des Leistungsgeschehens und der Kosten zwar inzwischen deutlich gestiegen. Doch was die Qualität und vor allem die Ergebnisqualität betrifft, haben wir nach wie vor keine belastbaren Daten. Die Anreize dafür sind im

DRG-System nicht angelegt. Die angestrebte Qualitätsverbesserung ist im Sinne von mehr Transparenz möglicherweise realisiert. Die medizinische Qualität hat sich jedoch meiner Ansicht nach eher trotz des DRG-Systems als bedingt dadurch verbessert. Denn Wettbewerb ist nur eingeschränkt geeignet, um Versorgungsqualität zu gewährleisten.

Das Prinzip „gleicher Preis für gleiche Leistung“ ist für die Kernleistung weitgehend erreicht. Auch die Steigerung der Wirtschaftlichkeit ist gelungen. Viele Leistungen werden deutlich verdichtet und in kürzerer Zeit erbracht. Es gibt aber auch viele Fehlanreize, die solchen Effizienzsteigerungen entgegenstehen. Die Fehlanreize von früher sind verschwunden, dafür gibt es nun andere Fehlanreize. Statt einer möglichst langen Verweildauer im alten System werden im DRG-System möglichst hohe Fallzahlen belohnt. Die politische Absicht, den Wettbewerb durch DRGs zu steigern, wird jedoch mit eingebauten Erfolgsbremsen wie dem Mehrleistungsabschlag und der

Fixkostendegression blockiert. Diese Elemente widersprechen dem Wettbewerbsgedanken und bestrafen gezielt erfolgreiche Unternehmen.

Die erfolgreichen Krankenhäuser setzen ihre Ressourcen sicherlich deutlich effizienter ein als früher. Insofern ist auch das Ziel eines effizienteren Ressourceneinsatzes auf Unternehmensebene verwirklicht. Doch ob ein im volkswirtschaftlichen Sinne effizienter Ressourceneinsatz erfolgt, wage ich zu bezweifeln. Der mangelnde politische Wille, Strukturveränderungen im Sinne einer Reduktion von Krankenhäusern durchzusetzen, verlagert die Probleme auf die DRG-Ebene. Dort können sie jedoch nicht sinnvoll gelöst werden.

Fest steht aber auch, dass die Sparzwänge in den Krankenhäusern nicht allein auf das DRG-System zurückzuführen sind. Die fehlenden Investitionsmittel der Länder erhöhen den ökonomischen Druck auf die Kliniken, und dieser Effekt kann im DRG-System definitionsbedingt nicht aufgefangen werden.

Dr. med. Matthias Albrecht war Landesvorsitzender des Marburger Bund Berlin-Brandenburg und ist nun Geschäftsführer des Evangelischen Krankenhauses Hubertus in Berlin.

## Der Sozialwissenschaftler: „Das patientenorientierte Selbstverständnis von Ärzten und Pflege erodiert.“

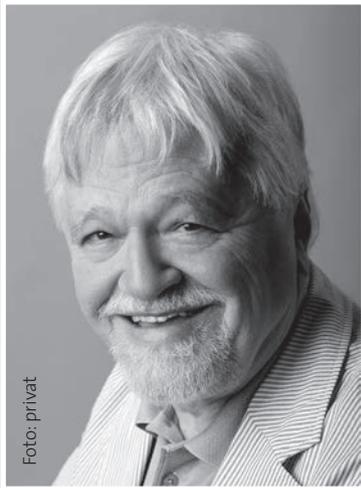


Foto: privat

Trotz der großen Bedeutung der Einführung von DRGs findet keine laufende systematische und standardisierte Evaluation ihrer vielfältigen Wirkungen statt. Ob etwas gegenüber der Zeit vor den DRGs oder seit deren Start zu- oder abgenommen hat, beruht daher entweder auf möglicherweise falschen Erinnerungen („früher war alles besser“) oder auf den Momentaufnahmen einzelner Studien. Daraus ergibt sich folgendes Bild: Der direkte (zum Beispiel über Zielvereinbarungen, Bonusverträge) und indirekte Druck auf Ärzte aber auch Pflegekräfte, bei ihren patientenbezogenen Entscheidungen betriebswirtschaftliche Interessen zu berücksichtigen oder das Mittel zum Zweck zu machen, nahm aus Sicht fast aller Beteiligten zu. Während die gesundheitlich enorm wichtige Zuwendung zum Patienten wegen der Arbeitsverdichtung immer weniger erbracht werden kann oder gesundheitlich nützliche Leistungen vorenthalten

werden, gibt es Anzeichen einer Über- oder Fehlversorgung mit gesundheitlich nicht notwendigen aber rentablen Leistungen. Auch wenn nicht viele Patienten im Wortsinn „blutig“ entlassen werden, nahm und nimmt der Anteil von Patienten zu, die noch akut und möglichst nahtlos in der Rehabilitation oder ambulant behandlungsbedürftig sind.

Für die zunehmende Anzahl älterer, multimorbider und chronisch kranker Krankenhauspatientinnen und -patienten ist der durch kürzere Liegezeiten, die Unterausstattung mit Pflegekräften und die bei allen Beschäftigten existierende Arbeitsverdichtung erfahrene Mangel an Unterstützung und Vorbereitung auf die nachstationäre Phase besonders schlimm.

Die für alle Berufsgruppen im Krankenhaus schlimmste und vor allem folgenreichste Nebenwirkung ist die massive und nach einer gewissen Zeit irreversible oder nur durch den Berufsausstieg vermeidbare Erosion des patientenorientierten beruflichen Selbstverständnisses, Denken und Handelns und die Dominanz betriebswirtschaftlicher Orientierung.

Positiv zeichnet sich ab, dass durch zahlreiche Anreize der DRGs und die zunehmende Wahrnehmung der Bedeutung von Qualitätssicherung die Bemühungen um Qualitätsverbesserungen wachsen. Krankenhäuser versuchen zunehmend, Komplikationsraten oder die Häufigkeit nosokomialer Infektionen zu

senken und Rehospitalisierung mit derselben Erkrankung zu vermeiden. Zu den positiven Entwicklungen gehört trotz der langen Verschleppung auch der zum 1. Oktober 2017 in Kraft getretene Rahmenvertrag Entlassmanagement. Ob die erhoffte Wirkung eintritt, muss allerdings erst noch belegt werden. Die Pläne der Bundesregierung, feste bedarfsorientierte Untergrenzen für die Personalausstattung einzuführen, ihr Sofortprogramm Pflege und ihre Absicht, Pflegepersonalkosten besser und unabhängig von den DRGs vergüten zu lassen, sind im Ansatz ebenfalls positiv zu sehen.

Auch wenn die DRGs nicht für alle unerwünschten Entwicklungen der letzten 15 Jahre verantwortlich sind, sondern zum Beispiel auch die enorme Welle der Privatisierung von Kliniken, und auch wenn keine Honorierungsform ohne unerwünschte Nebenwirkungen sein dürfte, sollte generell über eine Reform des DRG-Systems in Richtung einer streng bedarfs- und qualitätsorientierten krankenhausesindividuellen Vergütung nachgedacht werden.

Um einen Teil des Drucks abzubauen, selbst in nicht gewinnorientierten Kliniken Gewinne machen zu müssen, um dringende Investitionen finanzieren zu können, müssten sich die Bundesländer endlich wieder an ihre gesetzliche Pflicht der Investitionsfinanzierung halten. Wo es von Vorteil für Patienten ist, sollten ausgewählte Behandlungsangebote zentralisiert werden.

*Dr. rer. pol. Bernard Braun ist am Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik (SOCIMUM) der Universität Bremen wissenschaftlich tätig.*

Bett gegessen und geredet habe“, sagt Anja Voigt, Intensivkrankenschwester am Vivantes Krankenhaus Neukölln. Sie ist nicht die einzige Krankenschwester, die beim Auftakt der Kampagne zum Berliner Volksentscheid für gesunde Krankenhäuser negative Veränderungen in ihrem Arbeitsalltag schildert und über grenzwertige Arbeitsverdichtung klagt.

Eine deutliche Sprache sprechen auch die Gefährdungsanzeigen von Pflegekräften, die bei der Bundesverwaltung der Gewerkschaft ver.di aus Krankenhäusern eingehen. Ein Beispiel: Eine Krankenschwester versorgt allein sechs ambulante Notfallpatienten, zwei Patienten zur OP-Vorbereitung, einen Patienten mit Aufnahme zur sofortigen Operation. (weiter Seite 21)

»Ich bemerkte, dass ihm weder die Morgen-  
tablettchen, noch die  
Mittagstabletten verab-  
reicht worden waren.«  
(Beschwerde bei der Berliner  
Patientenbeauftragten)

## Die Schweizer Perspektive: „Die Privatisierung von Krankenhäusern geht zu weit.“



Foto: privat

An die Einführung des DRG-Systems in der Schweiz im Jahr 2012 waren die gleichen Erwartungen geknüpft wie in Deutschland neun Jahre zuvor. Und wie überall waren einige dieser Erwartungen zu hoch gegriffen. So sind Steigerungen der Qualität kaum dem DRG-System zuzuschreiben. Im Gegensatz zu einem effizienteren Ressourceneinsatz, der einem Pauschalensystem immanent ist. Feststeht: Das System hat mehr Transparenz geschaffen, und damit trägt es indirekt zu mehr Wirtschaftlichkeit bei. Bei aller Kritik: Als Leistungsbemessungssystem ist das DRG-System allemal geeignet. In dem Moment, in dem man ein Preis-

schild dranhängt, wird es jedoch komplizierter. Fehlanreize, wie eine zu lange Bleibedauer im Krankenhaus, sind mit der DRG-Einführung sicher reduziert worden. Das ist die gute Nachricht, auch wenn die Verweildauern in den Schweizer Spitälern – ebenso wie in den deutschen Krankenhäusern – schon vor der DRG-Einführung stetig gesunken sind. Die schlechte Nachricht ist, dass dafür andere Fehlanreize entstanden sind. So besteht heute mehr Anreiz, möglichst viele Fälle zu generieren. Das kann bekannterweise zu heiklen Auswüchsen führen, beispielsweise wenn Kaderärzte verpflichtet werden, bestimmte Eingriffe häufiger zu machen. Derartige Fehlanreize sind auch nicht einfach verhinderbar, auch wenn Krankenhäuser regelmäßig bestreiten, dass aus betriebswirtschaftlichen Kalkülen überflüssige Operationen vorgenommen würden.

Die DRG-Systeme in Deutschland und in der Schweiz sind sehr ähnlich. Und der betriebswirtschaftliche Druck auf die Medizin und die Patientenbehandlung hat durch die DRG-Einführung hier wie dort stark zugenommen. Die wesentlichen Unterschiede zwischen Deutschland und der Schweiz sind

außerhalb des DRG-Systems zu suchen. So wurden zwar auch in der Schweiz fast alle kantonalen Spitäler verselbstständigt, sie sind aber nach wie vor im Eigentum der öffentlichen Hand. In Deutschland ist man mit der Privatisierung von Krankenhäusern ein großes Stück weiter gegangen, vor allem mit der Privatisierung von Unikliniken. Auch wenn Wettbewerb zwischen Krankenhäusern grundsätzlich sinnvoll ist, kann eine vollständige Entkopplung der stationären Versorgung von der öffentlichen Verantwortung gesellschaftlich heikel sein, denn Gesundheit ist eben auch ein öffentliches Gut.

Die größte Schwäche des DRG-Systems an sich besteht aber vor allem darin, dass es nur stationäre Leistungen betrifft und damit die Fragmentierung zwischen ambulant und stationär verstärkt. Wir brauchen endlich Vergütungssysteme, die sich über ganze Behandlungsabläufe (z.B. Komplexpauschalen) oder die gesamte Versorgung (z.B. Globalbudgets) erstrecken. Letzteres hat der Schweizer Bundesrat kürzlich gefordert. Nicht, dass solches unproblematisch oder einfach einzuführen wäre, aber die Diskussion darüber zu führen, das ist es, was wichtig wäre.

PD Dr. med. Peter Berchtold ist Geschäftsleiter des Schweizer Schulungs- und Forschungsinstituts College M und Präsident des Forum Managed Care in der Schweiz. Er blickt auf eine langjährige Führungstätigkeit als internistischer Spitalarzt auf allen Funktionsebenen zurück.

## Der Berater: „Verantwortungsvolles ökonomisches ärztliches Handeln muss nicht unethisch sein.“



Die Einführung des DRG-Systems war eine Zäsur für die Krankenhäuser in Deutschland. Plötzlich wurden andere Anreize in der Krankenhausvergütung gesetzt. Während vorher Ressourcen nach Tagen verteilt wurden, rückte die Leistungsorientierung in den Mittelpunkt. Das führt zu einer veränderten Allokation. Jedes Verteilungssystem setzt Anreize und birgt die Gefahr von Fehlansätzen. Ich persönlich halte die Fallpauschalierung für die meisten Leistungsbereiche noch immer für ein sinnvolles Anreizsystem.

Natürlich gibt es auch Problemfelder, in denen eine Fallpauschalierung wenig nützliche oder sogar ungünstige Anreize setzt. Dies betrifft vor allem Leistungen, deren medizinischer Erfolg stark von der Verweildauer abhängt und kein großes Potenzial zur Prozessoptimierung im Sinne einer Verweildauerreduktion ausweist. Beispiele hierfür sind die Intensivmedizin, Neonatolo-

gie, Transplantations- und Schwerverletztenmedizin. Die Kosten sind häufig fallbezogen sehr heterogen und stark verweildauerabhängig. Eine Fallpauschalierung bietet sich daher nicht zwangsläufig an.

Auch notwendige Vorhaltungen, die aufgrund einer niedrigen Auslastung oder wenig planbarer Inanspruchnahme nicht kostendeckend aufrechterhalten werden können, haben ein Problem mit der Fallpauschalierung. Hier bedarf es alternativer oder ergänzender Finanzierungsinstrumente, die zum Teil auch existieren.

Man darf nicht vergessen, dass das DRG-System auch in Deutschland nur ein Instrument unter vielen in der Krankenhausfinanzierung ist. Es entscheidet auch nicht direkt, wieviel Geld insgesamt zur Krankenhausfinanzierung zur Verfügung steht, sondern im Wesentlichen, wie es verteilt wird. Zwischen Krankenhäusern – aber häufig auch innerhalb der Krankenhäuser.

Damit stellt sich auch die Frage, wie die Anreize, die der Gesetzgeber mit der fallpauschalierenden Vergütung und seinen begleitenden Komponenten setzen möchte, für Verteilungsfragen innerhalb der Krankenhäuser transportiert werden. Dies ist von entscheidender Bedeutung, weil ich beobachte, dass die Reaktionen der klinischen Entscheider auf den ökonomischen Druck nicht selten irrational sind. Es scheint, als ob bei der Kommunikation manchmal Wesentliches auf der Strecke bleibt. Dies wird durch die steigende Komplexität des

Gesamtsystems und den Personal-mangel nicht besser. Trotz sinnvoller Anreizsysteme sind daher in der Praxis durchaus Fehlsteuerungen möglich.

Klinisch tätiges Personal attribuiert häufig viele als negativ empfundene Entwicklungen der letzten Jahre auf die Einführung der fallpauschalierenden DRG-Vergütung. Dabei spielt der Gesamtkontext der Krankenhausfinanzierung eine viel größere Rolle. Der Gesetzgeber hat das Instrument der Fallpauschalierung bewusst auch dazu einsetzen wollen, die Krankenhauslandschaft zu verändern und in Bezug auf die Kapazitäten zu bereinigen. Dieser Effekt ist trotz des dafür genutzten ökonomischen Drucks nicht in dem gewünschten Maße eingetreten. Zukünftig sollen die Sanktionen bei Auffälligkeiten in den Qualitätsmessungen den Strukturwandel beschleunigen. Es bleibt abzuwarten, ob diese Form der Steuerung eine höhere Akzeptanz unter den Ärztinnen und Ärzten erfahren wird.

Insgesamt ist festzustellen, dass das DRG-System und sein Einsatz in der Krankenhausfinanzierung zunehmend von korrigierenden Maßnahmen flankiert wird. So werden Personaluntergrenzen und die geplante Herausnahme der Pflegepersonal-kosten aus der DRG-Vergütung zu erheblichen Veränderungen führen. Allerdings wird die praktische Umsetzung alles andere als trivial und sicherlich noch einige Jahre Zeit benötigen.

*Dr. med. Wolfgang Fiori war nach seiner Arzttätigkeit über 15 Jahre im Krankenhausmanagement und Controlling der Uniklinik Münster tätig. Er gehört der DRG-Research-Group an und ist nun als Berater in der Agentur Roeder & Partner tätig.*

Als Gefährdung gibt sie an: „Die Überwachung der operierten Patienten war nicht möglich den Anordnungen entsprechend. Die stündliche Gabe der Augentropfen war nicht immer möglich. Die Dokumentation war erst am Abend nach Dienstschluss möglich.“ Eigene Gefährdung: „Starke Kopfschmerzen, Herzrhythmusstörungen, da keine Möglichkeit war, etwas zu essen und Medikamente zu nehmen.“

Wenn das Krankenhauspersonal an seine Grenzen kommt, spüren das auch die Patientinnen und Patienten. Das zeigen unter anderem die Beschwerden bei der Berliner Patientenbeauftragten Karin Stötzner. Eine Angehörige berichtet: „Meine Mutter war sehr unruhig und wollte dringend zur Toilette. Beide Bettgitter waren hochgestellt und sie konnte daher nicht selbstständig zur Toilette gehen. Ich rief eine Schwester, die ihr eine Bettpfanne unterstellte und meine Mutter anschließend windelte. Meine Mutter war weder inkontinent, noch musste sie gewandelt werden. Sie kämpfte daher mit aller Macht dagegen an. Auf die Nachfrage, warum meine Mutter nicht mit einem Rollator selbstständig zur Toilette darf, meinte die Schwester, das ginge hier nicht, da zu wenig Personal für 40 Patienten da sei.“ Beschwerden wie diese kennt die Patientenbeauftragte bereits seit ihrem Amtsantritt im Jahr 2004. „Die Beschwerden im Büro der Patientenbeauftragten zur Versorgung in Krankenhäusern haben sich thematisch in den letzten Jahren nicht sehr verändert, aber sie haben deutlich zugenommen“, so Stötzner.

### **Politik: Pflege raus aus den DRGs**

Über die Folgen der wachsenden Personalknappheit in den Krankenhäusern kann auch die Politik nicht mehr hinweg sehen. So hat die neue Große Koalition in ihrem Koalitionsvertrag angekündigt, dass die Pflegepersonalkosten in den Krankenhäusern künftig besser und unabhängig von Fallpauschalen vergütet werden sollen.

Doch ist die Personalknappheit allein ein Effekt des DRG-Systems oder spielen dabei andere Entwicklungen auch eine Rolle? Befürworter des DRG-Systems verweisen auf die andauernde Unterfinanzierung der Klinikinvestitionen durch die Bundesländer und die Deckelung der Klinikbudgets. Die Privatisierung von Krankenhäusern ziehen auch Kritiker des DRG-Systems als mögliche weitere Ursachen der Misere in Betracht.

Welcher Faktor welchen Effekt hervorruft oder verstärkt, lässt sich dabei kaum sagen. Denn systematische Analysen über die Folgewirkungen des DRG-Systems fehlen, wie der Sozialwissenschaftler Dr. Bernard Braun vom Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik der Uni Bremen beklagt (siehe S. 18). Er hat im Jahr 2011 die Studie „Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzähler“ im Auftrag der Böckler-Stiftung erstellt. Darin stellen Braun und seine Kollegen unter anderem fest, dass nur 14 % der befragten Ärzte der Meinung waren, dass sie ihren Patienten genügend soziale und emotionale Zuwendung zukommen lassen würden. Zugleich hat der Studie zufolge nur ein Drittel der Patienten den Eindruck geäußert, dass ihre Behandlung gar nicht von Kostenerwägungen beeinflusst werde. Die Wissenschaftler werteten das als „alarmierendes Signal“, fanden jedoch nur wenige und selten eindeutige Belege für eine starke Zunahme vorzeitiger Entlassungen.

Diese Entwicklung weist jedoch die fast zeitgleich 2011 erschienene Redia-Studie (Rehabilitation und Diagnosis Related Groups) unter Leitung von Professor Wilfried von Eiff von der Uni Münster nach. Den Angaben zufolge ist die Verweildauer von Patienten nach einer Hüft-OP im Krankenhaus von 17,3 Tagen im Jahr 2003 auf 12,5 Tage im Jahr 2010 zurückgegangen. Gleichzeitig stieg der Studie zufolge der Behandlungsaufwand in der Reha deutlich. So hätten 2003 nur 4 % der Reha-Patienten Schmerzmittel erhalten, 2010 seien

»Das gesamte Personal schien mir unter erheblichem Zeit- und Arbeitsdruck zu stehen. Häufig passierten kleinere Fehler, an einem Tag z.B. bekam mein Vater überhaupt keine Tabletten. Der sich ständig verschlechternde Zustand meines Vaters und der Ernst der Lage wurden nicht wahrgenommen, weil niemand Zeit hatte, sich ernsthaft und ausführlich mit einem Patienten zu beschäftigen.«

(Beschwerde bei der Berliner Patientenbeauftragten)

»Ich erlebe weinende Mitarbeiter, die sagen ‚Ich kann nicht mehr‘. Krankenpflege ist auch Zuwendung. Die kann heute nicht mehr stattfinden. Das macht Mitarbeiter krank.«

(Betriebsrätin eines freigemeinnützigen Krankenhauses in Berlin)

»Ich bin in vertraulichen Mails vom Chefarzt auch schon aufgefordert worden, bestimmte elektive Eingriffe häufiger zu machen.«

(Oberärztin an einem öffentlichen Krankenhaus in Berlin)

## Der Kammerpräsident: „Wäre das DRG-System ein Medikament, dann müsste es sofort vom Markt genommen werden.“



Foto: K. Friedrich

Das vorrangige politische Ziel bei der Einführung des DRG-Systems in Deutschland waren Kosteneinsparungen. Über das DRG-System sollten Krankenhauskapazitäten verringert werden. Dieser Geburtsfehler erzeugte von Anfang an Druck im Kessel. Dass es auch anders geht, zeigt das Ursprungsland der deutschen DRGs, Australien. Dort werden DRGs mit der Absicht eingesetzt, Krankenhäuser zu optimieren. Das ist ein wesentlicher Unterschied, an dem sich der Stradivari-Effekt zeigt: Es kommt darauf an, mit welchem Ziel man ein Instrument nutzt.

Die deutschen DRGs waren – mit voller politischer Absicht – schon bei der Einführung unterfinanziert. Sie enthielten Kalkulationsfehler und basierten auf einer nicht

repräsentativen zu kleinen Stichprobe. Ein Ausgleich von Kostensteigerungen war ebenso wenig vorgesehen wie die Berücksichtigung von Personalentwicklungskosten, Tarifsteigerungen oder eine systematische Evaluation. Dennoch wurde das System flächendeckend angewandt. So setzt es falsche Anreize, die noch dadurch verstärkt werden, dass die Krankenhäuser schwarze Zahlen schreiben müssen.

Der vermeintliche Transparenzgewinn, der immer wieder als Argument für das DRG-System ins Feld geführt wird, ist aus meiner Sicht gering. Leistungstransparenz – im Sinne von „was wird gemacht?“ gab es auch schon vor der DRG-Einführung, und Ergebnistransparenz haben wir bis heute nicht erreicht. Medizinische Leistung lässt sich nicht daran messen, was der Arzt macht, sondern ausschließlich daran, ob er das Richtige richtig macht. In der Logik des deutschen DRG-Systems geht es jedoch nur darum, ob der Arzt das für sein Krankenhaus wirtschaftlich Sinnvolle macht. Diese Logik führt in letzter Konsequenz zu Unterversorgung, indem Patienten zu früh entlassen oder Begleiterkrankungen nicht mitbehandelt oder zur Steigerung des Fallwerts benutzt werden. Sie führt so auch zur Überversorgung, indem alles gemacht wird, was lukrativ ist und

begründet werden kann. Statt um individuelle Patienten und ihre Behandlungsbedürfnisse geht es um Fallzahlen, Fallwerte und Durchschnittskosten.

Diese vom Gesetzgeber mit dem DRG-System angestrebte flächendeckende Ökonomisierung der stationären Versorgung untergräbt die Ethik in der Medizin zum Nachteil aller Beteiligten. Davor hat die Berliner Ärztekammer schon vor der DRG-Einführung gewarnt; und alle angekündigten Negativeffekte sind eingetreten. Um die Risiken und Nebenwirkungen des DRG-Systems zu begrenzen, wurde im Lauf der Zeit eine ausufernde Kontroll-Bürokratie aufgebaut, die die negativen Folgen noch verstärkt, indem Ressourcen aus der Patientenversorgung im Controlling verschwinden.

Nur mit einem grundlegenden Strategiewechsel weg vom Ziel der Dezimierung von Kosten, Mengen und Strukturen, hin zum Ziel der Optimierung der Gesundheitsversorgung, sind die unerwünschten Wirkungen des DRG-Systems noch aufzuhalten. Gesundheitspolitik darf sich nicht länger am Input ausrichten. Zentral muss vielmehr der Patient Outcome aus Sicht des Patienten sein. Vorarbeiten für diesen Paradigmenwechsel hat die Ärzteschaft unter dem Stichwort Value Based Healthcare bereits geleistet. Jetzt ist die Politik in der Pflicht.

*Dr. med. Günther Jonitz ist Vorsitzender der Qualitätssicherungsgremien der Bundesärztekammer und Präsident der Ärztekammer Berlin.*

es 32 % gewesen. Auch der Anteil von Patienten, die in der ersten Woche noch nicht an den Übungen teilnehmen konnten, ist laut Studie von 5,6 auf 39,4 % deutlich gestiegen.

Auch hier hinterfragen Befürworter des Systems, ob dieser Effekt nicht auch ohne DRGs eingetreten wäre. Schließlich lässt sich der Rückgang der Verweildauer im Krankenhaus bereits deutlich länger

beobachten und nicht erst seit der Einführung der Fallpauschalen. Mit dem Verweis auf den langjährigen Verweildauerrückgang entfällt aus Sicht der DRG-Kritiker aber zugleich ein Argument

»Ich schaffe es in manchen Diensten nicht einmal, die Patienten komplett zu waschen. Es ist auch schon passiert, dass Patienten alleine gestorben sind.«

(Intensivkrankenschwester an einem öffentlichen Krankenhaus in Berlin)

für die Einführung der DRGs: Wenn die Verweildauer schon vor der DRG-Einführung sank, dann können die Fehlanreize des alten Pflegesatzsystems, Patienten, möglichst lang im Krankenhaus zu behalten, die mit dem DRG-System beseitigt werden sollten, so stark nicht gewesen sein.

## Unbestritten: Krankenhäuser unterstehen der Marktlogik

Allen Studien und Statistiken zum Trotz ist nicht abschließend aufzulösen, welche Effekte das DRG-System auf die Versorgung hat. Allseits unbestritten ist aber, dass es maßgeblich dazu beigetragen hat, dass sich die neue Handlungslogik im Krankenhaus weniger am Fürsorgeauftrag als an der Marktposition orientiert. Das nehmen nicht nur Patienten und Personal im Krankenhaus so wahr. Es bildet sich auch strukturell ab. Kein Krankenhaus kommt mehr ohne umfangreiches Medizin-Controlling aus. Dienstpläne, Behandlungspfade und Qualitätsmanagement orientieren sich daran.

Der Medizinsoziologe Professor Paul Ulrich Unschuld spricht deshalb im Deutschen Ärzteblatt von einer „Industrialisierung der Abläufe und Strukturen“. Aus dem Gesundheitswesen ist aus seiner Sicht eine Gesundheitswirtschaft geworden. „Da gelten nun einmal die Spielregeln industrieller Produktion, nicht aber die Maßgaben einer partikularen, ärztlichen Standes-

ethik“, so Unschuld im Ärzteblatt vom 1. Dezember 2017 (Nr. 48 / Jg. 114). Auch davor hatte die Ärztekammer Berlin schon 2001 gewarnt.

Unschuld's Beitrag hat eine kontroverse Debatte über Ethik und Monetik in der Krankenversorgung und die Chancen ärztlicher Einflussnahme auf Gesundheitspolitik ausgelöst, die in ähnlicher Weise bereits seit den ersten Kostendämpfungsgesetzen Mitte der 90er Jahre wiederkehrend auch auf den Deutschen Ärztetagen geführt wird. Vorschläge zur Verbesserung des Systems liegen zur Genüge vor.

Neben dieser Politik der kleinen Schritte hält der Berliner Kammerpräsident Dr. Günther Jonitz aber einen grundlegenden Perspektivwechsel in der Gesundheitspolitik für nötig. „Der Treiber im Gesundheitswesen muss das Wohl des Patienten sein“, heißt es in einem Antrag, den der Deutsche Ärztetag in Freiburg 2017 auf Jonitz' Antrag hin beschlossen hat. „Anstatt primär auf Dezimierung von Kosten und Mengen und die Schließung von Institutionen wie beispielsweise von Krankenhäusern oder Fachabteilungen zu setzen, hält der 120. Deutsche Ärztetag 2017 eine Politik der ‚Optimierung der Versorgung‘ für geboten“, so der Beschluss weiter.

## Gesundheitsminister: Gemeinsam Lösungen finden

Die Hoffnungen richten sich nun auf den neuen Bundesgesundheitsminister Jens Spahn. Der gerade einmal 37-jährige langjährige Gesundheitspolitiker hat bei seinem ersten Auftritt nach Amtsantritt klar geäußert, dass ihm Gesundheitspolitik bisher zu defensiv aufgetreten sei. Er habe „den Anspruch, nicht nur das Schlimmste zu verhindern, sondern auch gemeinsam Lösungen zu finden“, sagte Spahn beim DRG-Forum in Berlin Mitte März. Unter Bezugnahme auf seine früheren Äußerungen, dass es zu viele Krankenhäuser in Deutschland gebe, sagte der CDU-Politiker: „Das

»Auf der Intensivstation habe ich erlebt, dass ich in einer Nacht 23 Patienten allein betreuen musste. Dabei sind mehrere Patienten ohne Begleitung gestorben. Ich gehe jeden Tag mit Freude zur Arbeit, aber mit Frust nach Hause.«

(Krankenpfleger an einem frei-gemeinnützigen Krankenhaus in Berlin)

Hauptproblem ist nicht die Zahl, sondern die Abstimmung der Angebote, ob zusammengearbeitet wird oder ob jeder alles machen will.“

Doch Spahn bekannte sich in seiner Rede auch ganz klar zum Prinzip der Fallpauschalen. „Ich halte im Kern die Finanzierung, wie wir sie haben, für richtig. Das Geld muss der Leistung folgen. Dieses Grundprinzip steht für mich nicht in Frage“, sagte er. Ebenso wenig in Frage stellte er jedoch „das weitverbreitete und oft nicht unberechtigte Gefühl, dass nachts auf Stationen nur eine Pflegekraft da ist“. Dieses Problem sei objektiv da. „Aber es ist leichter aufgeschrieben in einem Koalitionsvertrag als am Ende praktisch gelöst“, so Spahn. Es sei ein Spagat, die Pflege auszufinanzieren und die Krankenhäuser nicht ihrer betriebswirtschaftlichen Verantwortung zu berauben. Betriebswirtschaft und Markt seien dabei kein Selbstzweck, „sondern Instrument für eine möglichst effiziente und gute Versorgung“. „Wie wir diesen Spagat auflösen wollen, dafür werden wir alle gemeinsam noch ein bisschen Hirnschmalz aufwenden müssen“, so Spahn. Er zeigte sich offen, über konstruktive Ideen zu reden.

Angela Misslbeck  
Fachjournalistin für Gesundheitspolitik

# Ärzte



# DAS EHRENAMT arbeiten für Ärzte

Die Ärztekammer Berlin lebt von einem konstruktiven Zusammenspiel aus Haupt- und Ehrenamt. Rund 400 Berliner Ärztinnen und Ärzte sind regelmäßig ehrenamtlich in der Kammer tätig - vor allem in den Nachmittags- und Abendstunden im Anschluss an ihren Arbeitstag. Ohne dieses große Engagement wären die ärztliche Selbstverwaltung und die Arbeit der Ärztekammer Berlin als Körperschaft des öffentlichen Rechts undenkbar. Die Mitarbeiter der Kammer brauchen das ärztliche Fachwissen und die Erfahrungen aus dem ärztlichen Alltag, die die Ärztinnen und Ärzte mit- und einbringen. Neben dem Vorstand und der Delegiertenversammlung gibt es zahlreiche Ausschüsse, Arbeitskreise und Kommissionen. Dass es sich dabei nicht um anonyme Gremien handelt, möchten wir in dieser Serie zur ehrenamtlichen Arbeit der Ärztekammer Berlin anschaulich machen. Denn dort arbeiten Ärzte für Ärzte.

## Der Ausschuss für Menschenrechtsfragen - Die Ethik im Fokus

### Die Grundlagen

Aufgabe des Ausschusses für Menschenrechtsfragen ist es, Missstände und Defizite im Gesundheitswesen bei der Beachtung der Menschenrechte zu benennen und für eine öffentliche Diskussion zu sorgen. Aber auch die Sensibilität in der Ärzteschaft für die Beachtung der elementaren Menschenrechte in der täglichen Arbeit soll durch Aufklärung und Initiativen verbessert werden.

### Die Aufgaben

Sitzung des Menschenrechtsausschusses am 9. April 2018: Im Mittelpunkt steht die Entwicklung möglicher Anträge für den bevorstehenden 121. Deutschen Ärztetag im Mai. Dabei geht es um einen Antrag, der die Bundesregierung auffordern soll, die Abschiebung von Flüchtlingen nach Afghanistan zu stoppen, weil dort Krieg herrscht. Die-

ser Antrag war auf dem Deutschen Ärztetag 2017 gescheitert. Die Ausschussmitglieder diskutieren intensiv darüber, wie ein solcher Antrag formuliert werden kann, damit er in diesem Jahr von den Delegierten in Erfurt angenommen wird. Wie können medizinische Aspekte stärker berücksichtigt werden, damit der Antrag nicht zu allgemeinpolitisch ist? Ist es nicht sinnvoller, den Antrag nicht nur auf Afghanistan zu beschränken, sondern generell den Stopp von Abschiebungen in Länder, in denen (Bürger-)krieg herrscht und das Leben sowie die körperliche und seelische Gesundheit der Abgeschobenen gefährdet ist, zu fordern? Dieses Beispiel macht anschaulich, mit welchen Fragestellungen sich der Ausschuss für Menschenrechtsfragen beschäftigt. Dabei sind es aber meist nicht die globalen Fragen,

die im Mittelpunkt stehen, sondern die konkrete Situation in Berlin. Eines der zentralen Themen des Ausschusses ist beispielsweise seit vielen Jahren die gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere. Regelmäßig beantwortet er hierzu Fragen bei öffentlichen Diskussionen und Veranstaltungen und arbeitet bei Projekten mit. An dem von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung und vom Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin geleiteten Runden Tisch

„Flüchtlingsmedizin zur gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten in besonderen Notlagen“ nahmen Vertreter des Ausschusses teil. Die Zusammenarbeit der Teilnehmer kommt dabei der medizinischen Versorgung und der rechtlichen Beratung der Menschen ohne Papiere in der Praxis zugute.

Die Problematik der nicht ausreichenden gesundheitlichen Versorgung von Flüchtlingen mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus, aber auch teilweise von Asylsuchenden,



Die Mitglieder des Ausschusses diskutieren intensiv.

wurde den Ausschussmitgliedern insbesondere bei der individuellen medizinischen und sozialen Unterstützung deutlich und bei Sitzungen des Runden Tisches „Flüchtlingsmedizin“ angesprochen.

Darüber hinaus befasste sich der Ausschuss im Jahr 2017 mit den Möglichkeiten und Grenzen bei der Einführung weiterer pränataler, insbesondere molekularer Untersuchungsmöglichkeiten in der Frühschwangerschaft. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat sich mit einem Methodenbewertungsverfahren für eine nicht-invasive Pränataldiagnostik (NIPD) zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13, 18 und 21 bei Risikoschwangerschaften auseinandergesetzt, um festzustellen, ob und inwieweit das betreffende molekulargenetische Testverfahren zur Erkennung des Down-Syndroms als Kassenleistung anzuerkennen ist. Aus Sicht des Ausschusses besteht die Gefahr, dass ein sozialer Zwang zu seiner Nutzung entsteht. Der Menschenrechtsausschuss hatte an einem zu diesem Thema auf dem 120. Deutschen Ärztetag 2017 angenommenen Entschließungsantrag mitgewirkt, in dem die Bundesärztekammer dazu aufgefordert wird, sich angesichts neuer molekularer Testverfahren für eine umfassende Debatte über die Möglichkeiten der Pränataldiagnostik und die Notwendigkeit ihrer Begrenzung einzusetzen.

Des Weiteren beschäftigt sich der Ausschuss regelmäßig mit der medizinischen Versorgung in den Justizvoll-

zugsanstalten. Die durch die Ärztekammer Berlin in den Berliner Vollzugsbeirat entsandte Ärztin, Elfriede Krutsch, gehört auch dem Menschenrechtsausschuss an. Sie setzte sich auch im Jahr 2017 mit Nachdruck für die gesundheitlichen Belange der Gefangenen ein und beriet die Leitung der Vollzugsanstalt in medizinischen und psychosozialen Fragen. So gab es 2017 Hinweise darauf, dass insbesondere die Behandlung opiatabhängiger, HIV-und/oder HCV-erkrankter Strafgefangener verbesserungswürdig ist und die Übernahme der medizinischen Behandlung Erkrankter von der Justizvollzugsanstalt in die Regelversorgung nicht immer nahtlos erfolgt.

Zum Thema der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen, Asylsuchenden sowie Strafgefangenen traten Ausschussmitglieder als Referenten bei Informations- und Fortbildungsveranstaltungen auf. Ein Ausschussmitglied engagierte sich zudem an dem 2016 gegründeten Runden Tisch zur Verbesserung der gynäkologischen Versorgung von Frauen mit Behinderung in Berlin und brachte die dort bearbeiteten Themen in den Ausschuss ein.

Daneben beschäftigt sich der Ausschuss mit den Themen Organspende und -handel, Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid sowie Big Data im Gesundheitswesen.

## Zahlen und Daten

Im Jahr 2017 kamen die 13 Ausschussmitglieder zu 11 regulären Sitzungen zusammen.

## Die Ausschussmitglieder

**Dr. med. Thea Jordan** ist seit 2004 Mitglied und seit 2007 Vorsitzende des Ausschusses. Für die Internistin im Ruhestand sind Menschenrechte wichtiger denn je. „Da Menschenrechtsverletzungen häufig Menschen betreffen, die weder eine finanzkräftige noch eine wortstarke Lobby haben, benötigen sie Unterstützung. Hierin sehe ich eine Aufgabe des Ausschusses: Mithelfen, dass die gesundheitliche und soziale Betreuung von Menschen in prekären Lebenslagen (Geflüchtete mit oder ohne Papiere, Arme, Nichtversicherte, alte Menschen) verbessert wird“, fasst Thea Jordan die Zielsetzung zusammen. Des Weiteren sei es auch Aufgabe des Ausschusses, Ärzte und die



Alle Fotos: S. Rudat

Öffentlichkeit auf Missstände in der Gesundheitsversorgung aufmerksam zu machen. „Dies ist in Zeiten, in denen das Gesundheitswesen immer mehr von kommerziellen Interessen bestimmt wird, wichtiger denn je. Mit Hilfe des Ausschusses ist es möglich, einiges zu bewegen, öffentlich zu machen und zu ändern.“



**Elfriede Krutsch**, seit 2004 stellvertretende Ausschussvorsitzende, sieht es als ihre Aufgabe als Ärztin an, die Umsetzung der Menschenrechte im Gesundheitsbe-

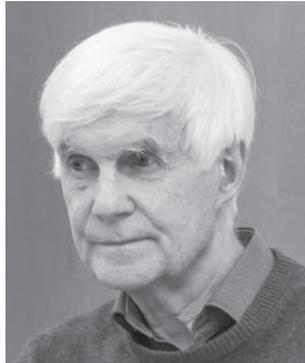
## DIE MITGLIEDER DES AUSSCHUSSES FÜR MENSCHENRECHTSFRAGEN

**Vorsitzende:** Dr. med. Thea Jordan

**Stellvertreterin:** Elfriede Krutsch

**Mitglieder:** Dr. med. Hans Jochen Fink, Dr. med. Dagmar Friedrich, Dr. med. Jürgen Hölzinger, Dr. med. Heidrun Höppner, Michael Janßen, Dr. med. Marie Luise Linderer, Dr. med. Evelyn Mahlke, Dr. med. Jutta Pliefke, Renate Ruszczyński, Friedrich Ludwig Schulze, Johanna Winkler

reich mitzugestalten. Seit 2005 ist die Fachärztin für physikalische und rehabilitative Medizin auch im Berliner Vollzugsbeirat von der Ärztekammer Berlin delegiert. Diese Erfahrungen bringt sie in die Ausschussarbeit ein. Der Vollzugsbeirat hat die Aufgabe, sich für die Fortentwicklung des Berliner Strafvollzuges in den Haftanstalten zu engagieren. „Mein besonderer Schwerpunkt liegt dabei auf den Aspekten der medizinischen Versorgung der Gefangenen in allen Haftanstalten Berlins. Die Gefangenen berichten der Ärztekammer schriftlich über Missstände ihrer Gesundheitsversorgung. Die Briefe werden an mich weitergeleitet und ich besuche die Gefangenen, spreche sehr ausführlich, unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht mit ihnen und entwickle mit den Betroffenen ein Konzept zur Abhilfe.“ Sie sieht sich als Mittlerin zwischen Gefangenen und den Arztkollegen, was nicht von allen Kollegen des Strafvollzuges gerne gesehen werde. „In den 13 Jahren ehrenamtlicher Tätigkeit in den Justizvollzugsanstalten Berlins habe ich rund 550 Gefangene besucht und habe viele Facetten des zwischenmenschlichen Miteinander erfahren, konnte in nicht wenigen Fällen auch eine Verbesserung für den Gefangenen erreichen. Sich Zeit nehmen, zuhören, beraten, Empathie zeigen ist ein wichtiges Element für den Gefangenen und kann eine Verbesserung der Alltagssituation bewirken“, sagt Elfriede Krutsch, aus deren Sicht für die Ausschussarbeit ein langer Atem und unbedingt Empathie für Menschen erforderlich sind.



Nach Auffassung von **Dr. med. Jürgen Hölzinger** gibt es auch in Deutschland Verletzungen der Menschenrechte. „Weil dies nicht selten zu gesundheitlichen Konsequenzen führt, sind sehr wohl wir Ärzte in der Pflicht.“ Bereits vor Beginn seiner Mitarbeit im Menschenrechtsausschuss im Jahr 2003 hat der Urologe in seiner Praxis Flüchtlinge in der Illegalität behandelt. Damals sei unklar gewesen, ob dies Beihilfe zum illegalen Aufenthalt war und ob der Flüchtling der Polizei zu melden sei. Nach langer Überzeugungsarbeit von Ärzten und Flüchtlingsorganisationen habe die Politik akzeptiert, dass ärztliche Schweigepflicht und medizinische Hilfe auch für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus gelten. Viele andere Probleme von Flüchtlingen seien weiterhin ungelöst und führten zu schweren gesundheitlichen und sozialen Schäden. „Ich habe die Erfahrung gemacht, bevor man nur über Flüchtlinge redet, sollte man mit ihnen reden“, betont Hölzinger. „Im Ausschuss können wir die Probleme zwar nicht lösen, wir werden aber zusammen mit vielen anderen nicht aufhören, immer wieder deren Beseitigung zu fordern.“

Empathie mit den betroffenen Menschen und Zorn über die menschenverachtende Ungerechtigkeit in der neoliberalen Welt sind meine Beweggründe für die Mitarbeit im Ausschuss“, erklärt Jürgen Hölzinger.

**Johanna Winkler**, seit 2015 Mitglied im Ausschuss, findet es wichtig, dass in all den Themen, die von Ärzten in der Ärztekammer Berlin und um die Gesundheitsversorgung gedacht werden, Patienten- und Menschenrechte berücksichtigt werden. Ebenso wichtig sei, über wahrgenommene Menschenrechte im Gesundheitswesen nachzudenken und daran zu arbeiten. Nach ihrer Motivation, im Menschenrechtsausschuss mitzuarbeiten, gefragt, sagt die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Allgemeinmedizin, dass es dort die Möglichkeit gebe, Missstände, die einem im eigenen Arbeitsbereich auffallen, mit interessierten Kolleginnen und Kollegen zu besprechen, ggf. Lösungen zu finden und auch sinnvoll publik zu machen. Mitbringen müsse man den Spaß an der außerberuflichen Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen sowie den Wunsch, lokale Missstände oder Berufspolitik mit zu beeinflussen.



Für Hausarzt **Michael Janßen**, seit rund acht Jahren Ausschussmitglied, werden im Menschenrechtsausschuss Themen im Zusammenhang mit der Ärztekammer Berlin behandelt, die er auch in anderen gesundheitspolitischen Zusammenhängen bearbeitet. „Medizinethische Fragen wie weibliche Genitalverstümmelung, Sterbehilfe oder der Umgang mit der Telematik-Infrastruktur sind mir hier wichtig, aber auch die jährliche Diskussion um Anträge des Ausschusses zum Deutschen Ärztetag.“ Regelmäßig seien die Themen Defizite der Medizin in Haft und die Versorgung Geflüchteter auf der Agenda, beides begegne ihm auch regelmäßig im Alltag in der Allgemeinmedizin-Praxis, sagt Janßen. In seinen Augen ist allgemein- oder berufspolitisches Engagement „das Lebenselixier der lebendigen Demokratie. Das ärztliche Berufsleben wird durch den kritischen Blick hinter die gesundheitspolitischen Kulissen noch einmal interessanter und facettenreicher, auch wenn es zunächst als unübersichtliches Konglomerat verschiedenster Interessen erscheint.“ Der Einsatz für eine gerechte Verteilung der vorhandenen Ressourcen sei angesichts der zunehmenden Kommerzialisierung eine sehr genuin ärztliche Aufgabe: „Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar.“ *srd*

# Anästhesiewerkstatt Berlin – ein Modell einer strukturierten theoretischen Weiterbildung

**Weiterbildung ist eine Kernaufgabe der Ärztekammer Berlin. Dabei ist die Qualität der Weiterbildung entscheidend. Deshalb hatte der Kammervorstand, namentlich Präsident Dr. Günther Jonitz, die Befugten zum Erfahrungsaustausch zu zwei Terminen in die Kammer eingeladen, um zu erörtern, wo der Schuh drückt, was wie verbessert werden sollte, wo die Kammer unterstützen kann und welche „Best Practice“- Beispiele es gibt. Nachstehend finden Sie ein solches Beispiel guter Praxis. Gleichzeitig möchten wir die Leserinnen und Leser (Befugte sowie Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung) auffordern, uns weitere Beispiele für eine gute Umsetzung der Weiterbildung in Berlin zur Veröffentlichung einzusenden. (Die Redaktion)**

Von Jörg Weimann

Patienten haben grundsätzlich zu jeder Zeit Anspruch auf eine Behandlung gemäß Facharztstandard. Dieser kann kurz- und langfristig nur sichergestellt werden, wenn Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung eine entsprechend hochwertige, strukturierte Weiterbildung durchlaufen. So gilt es in allen Weiterbildungsstätten nicht nur eine angemessene supervidierte, praktische Weiterbildung im Rahmen der täglichen klinischen Arbeit zu gewährleisten, sondern auch die theoretischen Grundlagen des jeweiligen Fachgebietes strukturiert zu vermitteln. Gemäß einer Studie des Marburger Bundes von 2014 wird dies aber nach Einschätzung befragter Ärztinnen und Ärzte nur zu 37 % umgesetzt. Unter anderem ursächlich dafür dürfte das übliche Format der regelmäßigen theoretischen Wissensvermittlung in Form von Vorträgen oder Seminaren vor Ort sein. Die allgemeine Arbeitsverdichtung sowie zunehmende Flexibilisierung der Arbeitszeit lassen weder für Weiterbilder noch für Weiterzubildende eine ausreichend strukturierte organisatorische wie inhaltliche Ausgestaltung zu, ein Problem, welches in besonderem Maß für kleinere Weiterbildungsstätten zutrifft.

Vor diesem Hintergrund wurde 2015 die Anästhesiewerkstatt Berlin gegründet. Basierend auf einem Modell aus Baden-Württemberg trafen sich zunächst Abordnungen aus zwölf interessierten Berliner Anästhesieabteilungen und -praxen, wo-

bei neben den Weiterbildungsbefugten insbesondere auch die Assistenzarztsprecher eingeladen waren. Gemeinsam wurde ein Katalog von 60 Themen erarbeitet, der das Facharztwissen für das Gebiet Anästhesiologie mit seinen Komponenten Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie abbildet. Unter der Maßgabe, einmal im Monat ein Seminar mit drei Themen abzuhalten, wurde es so möglich, das theoretische Facharztwissen curricular innerhalb eines zwei-Jahres-Zyklus abzubilden (pro Jahr zehn Termine mit je einer Pause im Sommer und im Dezember). Dieser Zyklus beginnt dann nach zwei Jahren wieder von neuem. Geht man nun davon aus, dass eine Facharztweiterbildung in der Regel fünf Jahre dauert, so müsste jede/r Weiterbildungsassistentin und -assistentarzt mindestens einmal im Quartal an der Anästhesiewerkstatt teilnehmen, um jedes Seminar bis zum Ende seiner Assistenzarztzeit besucht zu haben. Das erschien uns realistisch. Bei der Kassenärztlichen Vereinigung in der Masurenallee konnte ein für alle gut erreichbarer Ort gefunden werden, an dem die Termine zuverlässig mindestens ein Jahr im Voraus fixiert werden konnten. Nach Verteilung der Themen wurde das Programm auf einer eigens eingerichteten Internetseite ([www.anaesthesiewerkstatt.de](http://www.anaesthesiewerkstatt.de)) publiziert und jeweils aktualisiert. Der erste Zyklus begann im Januar 2016. Neben der damit klar curricularen Weiterbildungsstruktur, die so jedem Weiterzu-

bildenden der beteiligten Einrichtungen gesichert zugänglich war, konnten mehrere weitere positive Effekte realisiert werden, wie die Erfahrung des in den Jahren 2016/2017 durchgeführten ersten Zyklus zeigen. Durch Aufteilen der verschiedenen Themen auf die Chef- und Oberärztinnen und -ärzte der Weiterbildungsstätten konnte der Aufwand für die einzelnen Referenten deutlich reduziert werden; jeder referiert weitgehend zu seinem Spezialgebiet, was auch der Qualität der Seminare zugutekommt. Von Beginn an wurde seitens der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung eine möglichst interaktive Seminarstruktur mit deutlichem klinischem Bezug gewünscht – eine Anforderung, der sich die Referenten u.a. dank wertvoller Hinweise aus der kontinuierlichen Evaluation jedes Seminarteiles zunehmend und erfolgreich gestellt haben, was an gleichbleibenden Teilnehmerzahlen zwischen 40 und 70 Personen abzulesen ist. Die gemeinsame Diskussion der Themen mit einem Publikum unterschiedlicher Herkunft hat gezeigt, wie breit zum Teil das Spektrum klinischer Herangehensweisen in den verschiedenen Einrichtungen ist. Entstanden sind dabei immer wieder akademische Diskussionen auf höchstem Niveau und der Begriff des Weiterbildungsnetzwerkes begann zu leben. Dem Austausch zwischen Weiterzubildenden über die eigene Einrichtung hinaus eine Plattform zu geben, war einer der „Hintergedanken“ des Projektes; bemerkenswert ist aber auch, dass diese Möglichkeit des Netzwerkes auch auf der Ebene der Weiterbilder dankbar aufgenommen wurde. So konnte am Ende des ersten Zyklus eine positive Bilanz gezogen werden: Es ist gelungen, ein Format einer theoretischen Wissensvermittlung zu finden, die mit ihrer zyklisch-curricularen Struktur bei gleichzeitiger terminlicher Zuverlässigkeit die Anforderungen unserer Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung gleichermaßen erfüllt, wie die der Weiterbilder. Auch bei der ersten Veranstaltung des neuen Zyklus im Januar 2018 waren wiederum 70 Ärztinnen und Ärzte gekommen – wir machen also weiter!

Verfasser: Prof. Dr. med. Jörg Weimann  
für die Anästhesiewerkstatt –  
Weiterbildungsnetzwerk Berlin  
[www.anaesthesiewerkstatt.de](http://www.anaesthesiewerkstatt.de)

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 / Teilnehmerentgelt	Fortbildungspunkte
<ul style="list-style-type: none"> <li>E-Learning: ab 14.05.2018</li> <li>Präsenz-Module: 30.05.2018 (Potsdam), 18. und 19.06.2018 (Berlin) sowie 20. oder 22.06.2018 (Berlin)</li> </ul>	<b>Transplantationsbeauftragter Arzt</b> nach dem Curriculum der Bundesärztekammer Modularer Qualifikationskurs in Kooperation mit der LÄK Brandenburg und der DSO (weitere Informationen s. S. 29)	Landesärztekammer Brandenburg, Pappelallee 5, 14469 Potsdam und Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1208 E-Mail: a.simon@aekb.de Teilnehmerentgelt: 550 € insgesamt	4,0 P insgesamt
23.05.2018	<b>Cannabis als Arzneimittel im Jahr 2018 – Herausforderungen für Ärzte und Apotheker</b> Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin (weitere Informationen s. S. 30)	Kaiserin-Friedrich-Stiftung, Hörsaal; Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin	Information und Anmeldung: fb-veranstaltungen@aekb.de Kein Teilnehmerentgelt	2 P
Teil D: 25.05. – 26.05.2018	<b>Suchtmedizinische Grundversorgung</b> zum Erwerb der Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ in vier Modulen	DRK Kliniken Mitte Haus E Dronheimer Str. 39-40 13359 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1301, -1303 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 160 € je Modul	13 P je Modul
11.06. – 13.06.2018	<b>Grundkurs im Strahlenschutz</b>	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1209 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 270 €	23 P
13.06. – 15.06.2018	<b>Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik</b>	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1209 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 240 €	20 P
27.08. – 05.09.2018	<b>Arbeitsmedizinischer Weiterbildungskurs A1</b>	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 530 €	60 P
05.09. – 14.09.2018	<b>Arbeitsmedizinischer Weiterbildungskurs A2</b>	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 530 €	60 P
26.09.2018, 07.11.2018, 28.11.2018	<b>Weiterbildungskurs Pädiatrie zum Facharzt für Allgemeinmedizin</b> (weitere Informationen s. S. 30)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: 030/40806-1209 E-Mail: n.brien@aekb.de Teilnehmerentgelt: 550 €	9 P
13.10.2018	<b>Aktualisierungskurs im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung</b>	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1209 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 155 €	8 P
17.11.2018	<b>7. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin</b> in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (weitere Informationen s. S. 10)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1211 E-Mail: fortbildungskongress@aekb.de	10 P

## 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? Die Basis des Lernens aus Fehlern ist dabei immer eine systematische Analyse des jeweiligen Falls.

Das systemische Verständnis zur Entstehung von Fehlern und praktische Fertigkeiten der Analyse und Bearbeitung von schweren Zwischenfällen, CIRS-Berichten und in M&M-Konferenzen werden in diesem Seminar vermittelt.

**Das Seminar 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:** 24.10. – 21.11.2018

**Präsenz-Modul:** 22.11. – 24.11.2018

**Veranstaltungsort:** Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin  
Das Teilnehmerentgelt beträgt 650 €. Anerkannt mit 34 Fortbildungspunkten der Ärztekammer Berlin und 14 Fortbildungspunkten der Registrierung beruflich Pflegender (RbP).

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

## 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 betreuen, 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:** 09.11.2018, 9:00 - 16:15 Uhr

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

**Informationen und Anmeldung:** Die Teilnahme kostet 100 €, 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 7 Fortbildungspunkten der Registrierung beruflich Pflegender (RbP).

## „Transplantationsbeauftragter Arzt“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer

Modularer Fortbildungskurs in Kooperation zwischen der Ärztekammer Berlin und der Landesärztekammer Brandenburg sowie mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO)

Um den Willen von Patienten am Lebensende bezüglich einer eventuellen Organspende umsetzen zu können, muss jeder mögliche Organspender im Krankenhaus erkannt werden. Der oder die Transplantationsbeauftragte ist Ansprechperson für das ärztliche und pflegerische Personal in allen Belangen der Organ- und Gewebespende. Im gesamten Prozess stellen sie eine qualitativ hochwertige Betreuung der Angehörigen und der beteiligten professionellen Teams unabhängig von der Entscheidung sicher. Das 2012 in Kraft getretene Transplantationsgesetz (TPG) sieht vor, dass Entnahmekrankenhäuser mindestens einen Transplantationsbeauftragten (TxB) mit entsprechender fachlicher Qualifikation bestellen.

Zur Wahrnehmung dieser Aufgaben müssen besondere medizinische, administrative und organisatorische Fertigkeiten ausgebildet und Kenntnisse zur Qualitätssicherung, Kommunikation sowie zu begleitenden juristischen und ethischen Themenbereichen vermittelt werden. Ziel der Fortbildungsmaßnahme ist es, Voraussetzungen zur Erlangung der Fachkompetenz „ärztlicher Transplantationsbeauftragter“ zu schaffen.

Die Ärztekammer Berlin bietet die curriculare Fortbildung nun zum zweiten Mal in Kooperation mit der Landesärztekammer Brandenburg und der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) an.

**Termine:**

<b>E-Learning</b>	14.05. bis 17.06.2018 (E-Learning-Plattform)
<b>Modul 1</b> Feststellung des Todes / irrev. Hirnfunktionsausfalls (IHA)	30.05.2018 (Potsdam)
<b>Modul 2</b> Theoretische Fortbildung (Teil A des Curriculums „Transplantationsbeauftragter Arzt“) mit Ausnahme des Abschnitts zum IHA	18. und 19.06.2018 (Berlin)
<b>Modul 3</b> Gesprächsführung / Angehörigen- gespräch (Teil B des Curriculums „Transplantationsbeauftragter Arzt“)	20.06. oder wahlweise 22.06.2018 (Berlin)
Lernerfolgskontrolle	23.06 bis 22.07.2018 (E-Learning-Plattform)

**Veranstaltungsorte:** Landesärztekammer Brandenburg, Pappelallee 5, 14469 Potsdam und Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

**Information und Anmeldung:** Anica Simon, Tel.: 030/40806 - 1208, E-Mail: a.simon@aekb.de

Die curriculare Fortbildung ist durch die Ärztekammer Berlin und die Landesärztekammer Brandenburg mit insgesamt 40 Fortbildungspunkten anerkannt.

BERLINER ÄRZTE auch im Internet:

[www.berliner-aerzte.net](http://www.berliner-aerzte.net)

## Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

Der 200 Stunden-Kurs *Qualitätsmanagement* nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin im Herbst 2018 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: 03.09. - 08.09.2018

Präsenzwoche 2: 08.10. - 13.10.2018

Präsenzwoche 3: 19.11. - 24.11.2018

(jeweils montags bis freitags 09.00 - 18.00 Uhr und samstags von 09.00 - 16.00 Uhr)

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

**Information und Anmeldung:** Tel.: 030/40806-1402 (Organisation),

Tel.: 030/40806-1207 (Inhalte) oder per E-Mail: qm-kurs@aekb.de

Fortbildungsangebot zum Themenschwerpunkt  
„Häusliche Gewalt“

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

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

Für eine gelingende Intervention sind Wissen um Prävalenz, Risikofaktoren sowie Erkenntnisse zum Gewaltkreislauf und Kindeswohlgefährdung bedeutend. Dies gilt 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 in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin findet am **26.05.2018 (10:00-16:00 Uhr)** sowie am **30.05.2018 (17:00-19:30 Uhr)** in den Räumen der Ärztekammer Berlin statt. Sie vermittelt Grundlagenkenntnisse und Handlungssicherheit im Umgang mit der Thematik „Gewalt in Paarbeziehungen“.

Eine Anmeldung ist dringend erforderlich.

**Anmeldeverfahren:** S.I.G.N.A.L. e.V. Koordinierungs- und Interventionsstelle Marion Winterholler, M.Pol.Sc.; E-Mail: winterholler@signal-intervention.de; Fax: 030 / 275 95 366

Die Basis-Fortbildung ist durch die Ärztekammer Berlin mit insgesamt 12 Fortbildungspunkten anerkannt.

## 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) lt. Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin die Weiterbildungszeit in der Kinder- und Jugendmedizin ersetzen. Er besteht aus folgenden drei Teilen:

1. 9 Stunden Theoriekurs
2. 40 Stunden Hospitation in einer Praxis für Kinder- und Jugendmedizin
3. 60 Stunden Hospitation im kinderärztlichen Notfall- und Bereitschaftsdienst der KV oder in einer kinderärztlich geleiteten Rettungsstelle

Für den Theoriekurs ist eine Anmeldung unbedingt erforderlich. Das Teilnehmerentgelt beträgt 550 € und umfasst ebenfalls die Hospitation in der Praxis.

**Termine (9 Stunden Theoriekurs): jeweils mittwochs 19.00 - 21.30 Uhr**

26.09.2018 - Thema „Prävention“

07.11.2018 - Thema „Häufige Vorstellungsanlässe“

28.11.2018 - Thema „Schwere akute Erkrankungen / Notfälle“

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

**Information und Anmeldung:** Tel.: 030/40806-1209; E-Mail: n.brien@aekb.de

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der  
Apothekerkammer Berlin am 23.05.2018

## Cannabis als Arzneimittel im Jahr 2018 – Herausforderungen für Ärzte und Apotheker

Cannabis hat im Jahr 2017 einen spektakulären Wandel erfahren. Aus der in Deutschland am häufigsten konsumierten Rauschdroge ist ein verkehrs- und verschreibungsfähiges Arzneimittel geworden. Cannabisblüten („Marihuana“), standardisierte Cannabis-Extrakte und Cannabinoide wie THC und Cannabidiol bergen ein therapeutisches Potenzial, auch wenn die Evidenzlage nicht in jeder Indikation optimal ist. Aus pharmazeutischer Sicht muss grundsätzlich zwischen Cannabisblüten (pflanzlichem Material), Extrakten und den wirksamkeitsbestimmenden Inhaltsstoffen unterschieden werden. Die mit einer Cannabis-Therapie in Verbindung stehenden Indikationen sind äußerst vielfältig, wenngleich – wie schon erwähnt – die Evidenz leider oft zu wünschen übrig lässt. In der täglichen Praxis müssen Arzt und Apotheker an allen Schnittstellen wie z.B. der Verordnung sehr eng zusammenarbeiten.

Die Fortbildungsveranstaltung diskutiert vor dem Hintergrund der aus Cannabis abzuleitenden Therapieoptionen (Blüten, Extrakt(e), wirksamkeitsbestimmenden Inhaltsstoffe) deren Einsatzmöglichkeiten, Vor- und Nachteile sowie Grenzen einer Cannabis-Therapie.

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

### Referenten:

Prof. Dr. med. Michael Schäfer; Leitender Oberarzt der Klinik für Anästhesiologie mit Schwerpunkt op. Intensivmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin; Dr. Christian Ude, Stern-Apotheke (Darmstadt), Fachapotheker für Arzneimittelinformation / Lehrbeauftragter der Goethe Universität Frankfurt am Main

### Moderator:

Dr. med. Matthias Brockstedt, Vorsitzender der Kommission Arzt/Apotheker der Apothekerkammer Berlin

**Termin:** Mittwoch, 23.05.2018, 19:30 bis 21:00 Uhr

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

**Anerkannt mit 2 Fortbildungspunkten** – die Teilnehmerzahl ist limitiert. Daher ist eine formlose **persönliche Anmeldung erforderlich**. Bitte nutzen Sie hierfür folgende Kontaktdaten: Ärztekammer Berlin, Abteilung Fortbildung/Qualitätssicherung, E-Mail: fb-veranstaltungen@aekb.de

Die Vergabe der Teilnehmerplätze erfolgt in der Reihenfolge des Anmeldeeingangs.

# Finanzlage der Berliner Ärzteversorgung weiterhin positiv

## Bericht von der Vertreterversammlung der Berliner Ärzteversorgung am 15. März 2018

Die Berliner Ärzteversorgung (BÄV) kann ihre gute Position trotz einer weiterhin schwierigen Kapitalmarktlage halten. Sie wird voraussichtlich auch künftig einen Rechnungszins von 4,00 % zahlen können, wie eine vorläufige Einschätzung des Geschäftsjahres 2017 in der März-Sitzung der Vertreterversammlung zeigte.

Von Sascha Rudat

Helmut Mälzer (Allianz Berliner Ärzte), Vorsitzender des BÄV-Verwaltungsausschusses, gab der Vertreterversammlung zu Beginn der Sitzung eine vorläufige Einschätzung des Geschäftsjahres 2017. „Das Anlagevermögen wächst von 7,5 auf knapp 8,3 Milliarden Euro“, erklärte er. Wie in den Jahren zuvor habe man auf eine breite Streuung über die verschiedenen Anlageklassen hinweg gesetzt. Dabei gab es folgende Veränderungen:

- Rückgang des Rentenportfolios (- 1,8 %)
- Ausbau des Aktien- und des Immobilienportfolios (+ 1,9 % bzw. + 0,8 %)

„Insgesamt haben wir eine starke Diversifikation der Kapitalanlagen. Es gibt

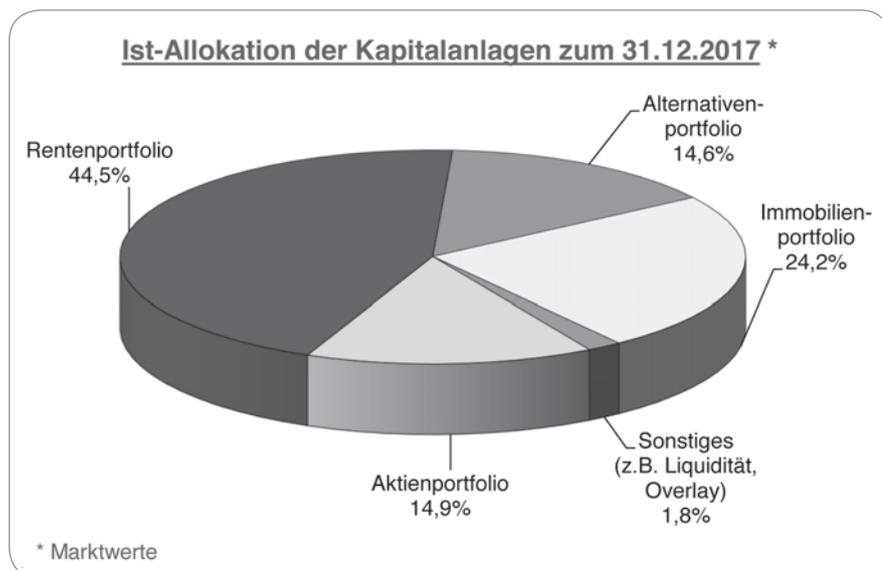
weiterhin eine breite Streuung auch über Subanlageklassen und unterschiedliche Manager“, berichtete Mälzer. Ziel sei es, für die anhaltend schwierigen Zeiten Rücklagen zu bilden. „Ein wesentlicher Teil unserer Arbeit ist die Sicherung.“ Momentan befinde man sich in einem recht ruhigen Fahrwasser, „aber der Sturm kommt immer wieder von rechts und links“, machte Mälzer die Lage an den Finanzmärkten anschaulich. Es gelte daher immer, neue rentable Anlagemöglichkeiten zu finden.

Elmar Wille (Allianz Berliner Ärzte), Vorsitzender der Vertreterversammlung, fragte anschließend, wie es gelungen sei, bei der Verzinsung in den vergangenen Jahren immer wieder eine Punktlandung zu erreichen. Wolfgang Tabeling, Ge-

schäftsführer der VGV Verwaltungsgesellschaft für Versorgungswerke, erläuterte, dass die stillen Reserven als Puffer zum Ausgleich dienten. Punktlandungen seien daher das Ergebnis der Ausschüttungen der BÄV. Vertreter Raimund Ordyniak (Marburger Bund) erkundigte sich, wie hoch die Rücklagen idealerweise sein sollten. Das Ziel seien 14 % Reserven, erklärte Helmut Mälzer: „Das werden wir so schnell nicht schaffen, sind aber auf einem guten Weg.“ Im Jahr 2017 werden die stillen Reserven voraussichtlich um 157 Millionen Euro gestärkt werden können.

## Richtungsweisende Entscheidung

Im Anschluss beschäftigte sich die Vertreterversammlung erneut mit dem Dauerthema „Befreiung von der Gesetzlichen Rentenversicherungspflicht“. VGV-Geschäftsführer Martin Reiss erklärte, dass inzwischen Hunderte von Verfahren mit der Deutschen Rentenversicherung (DRV) über alle Heilberufe hinweg anhängig seien. Die aktuelle Rechtsprechung in dem seit Jahren andauernden Streit mit der DRV stimme aber positiv. „Wir können eigentlich ganz zufrieden sein“, sagte er. Es habe am 7. Dezember 2017 eine Revisionsentscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) in einem Verfahren zu einen Tierarzt gegeben, in der die Rechtsauffassung der DRV, dass nur eine Tätigkeit, die zwingend eine Approbation erfordere, befreiungsfähig sei, keinen Halt gefunden habe. Darüber hinaus sei ein zweiter Punkt wichtig: Das BSG habe erneut hervorgehoben, dass die jeweiligen kammer- und versorgungsrechtlichen Normen für die Beurteilung der Befreiungsfähigkeit einer Tätigkeit heranzuziehen seien. Damit sei das Thema aber noch nicht beendet, warnte Reiss. Denn aus Sicht der DRV beziehe sich diese BSG-Entscheidung nur auf Tierärzte. Somit seien noch weitere grundlegende Entscheidungen notwendig, um auch für Ärzte eine entsprechende Rechtssicherheit zu erhalten.



srd

# Physician Assistant bleibt umstritten

Bericht von der Delegiertenversammlung am 11. April 2018

Im Vorfeld des 121. Deutschen Ärztetages im Mai beschäftigten sich die Berliner Delegierten intensiv mit dem neuen Berufsfeld des „Physician Assistant“ (s. auch Titelthema „Studieren, um zu dienen?“ in Heft 3/2018). Und wieder zeigte sich, dass der aufkommende Assistenzberuf höchst umstritten ist. Daneben verabschiedete die Delegiertenversammlung die neue Wahlordnung der Ärztekammer Berlin. Weitere Themen waren die Nachwahlen von Weiterbildungsprüfern und einer Prüferin für die Fachsprachprüfung. Außerdem wurde ebenfalls vorbereitend für den Deutschen Ärztetag die Finanzierung des Lern- und GeDenKOrtes Alt Rehse (Mecklenburg-Vorpommern) durch die Ärzteschaft erneut thematisiert.

Von Sascha Rudat

Zu Beginn begrüßte Kammervizepräsidentin Regine Held (Allianz Berliner Ärzte), die in Vertretung von Kammerpräsident Günther Jonitz die Sitzung leitete, die neue Delegierte Christiane Erley. Die Internistin ist Chefärztin am St. Joseph Krankenhaus und ergänzt anstelle der ausgeschiedenen Hannah Arnold den Marburger Bund.

Unter dem Tagesordnungspunkt Anfragen bedankte sich Hans-Detlef Dewitz (Allianz Berliner Ärzte) für die schriftliche Beantwortung seiner Anfrage zum Prüfungsgeschehen der Medizinischen Fachgesellschaften (MFA) in den vergangenen Jahren. Regine Held wies als zuständiges Vorstandsmitglied in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Kammer demnächst Werbematerial für die Ausbildung zur/zum MFA interessierten Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung stellen wird.

## Schwierige Wahlordnung

Im Anschluss befassten sich die Delegierten erneut mit der Ordnung für die Wahl zur Delegiertenversammlung. Die Neufassung der Wahlordnung war notwendig geworden, um eine saubere und zeitgemäße Rechtsgrundlage für die Wahlen zum Berliner Ärzteparlament zu erhalten. Die Delegiertenversammlung hatte bereits im September des vergangenen Jahres eine Neufassung beschlossen, die jedoch von der Senatsverwaltung in eini-

gen Punkten als nicht genehmigungsfähig eingestuft worden war. Es wurde u.a. eine Anpassung des Textes an die Landeswahlordnung gefordert. Die jetzt vorliegende Fassung, so Abteilungsleiter Christoph Röhrig, sei aber genehmigungsfähig: „Das ist uns von der Senatsverwaltung signalisiert worden“.

Knackpunkt bleibt allerdings § 17 der Wahlordnung als eine zentrale Norm der Neufassung. Die Vorschrift regelt mit dem Ziel der Erhöhung der Wahlbeteiligung die Unterstützung der politischen Willensbildung der Wahlvorschläge (Listen) durch die Ärztekammer Berlin. Dazu gehörte nach dem Beschluss der Wahlordnung im September des vergangenen Jahres auch ein Anspruch der Listen, von der Kammer Daten der Kammermitglieder zum Zwecke der Wahlwerbung zu erhalten. Bei der Beschlussfassung im September 2017 war man noch davon ausgegangen, dass die notwendige kammergesetzliche Grundlage zeitgerecht in Kraft treten wird. Das Gesetzgebungsverfahren, so Röhrig, habe sich aber erheblich verzögert. Nach gegenwärtiger Information liege dem Abgeordnetenhaus das neue Berliner Heilberufekammergesetz Ende Juni in 2. Lesung vor; ob es in der Sitzung beschlossen werde, sei aber ungewiss. Aus diesem Grund wurde den Delegierten neben der Neufassung der Wahlordnung als Vorratsbeschluss auch eine 1. Änderung der Wahlordnung zur Abstimmung vorgelegt. Diese soll dem



Senat unmittelbar im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten des neuen Heilberufekammergesetzes zur Genehmigung vorgelegt werden. Der Vorratsbeschluss sei für den Fall, dass das neue Gesetz mit der erwarteten Regelung zur Thematik Datenverwendung in Kraft trete, laut Senatsverwaltung ebenfalls genehmigungsfähig, sagte Röhrig.

Klaus-Peter Spies (Allianz Berliner Ärzte) fragt an, wie mit der Datenverwaltung seitens der Ärztekammer Berlin umgegangen werde, wenn das neue Berliner Heilberufekammergesetz nicht rechtzeitig in Kraft trete. Christoph Röhrig erklärte, dass man für diesen Fall auf das Verfahren der vergangenen Wahl zurückgreife, bei dem ein Datentreuhänder eingesetzt wurde.

Katharina Thiede (Fraktion Gesundheit) äußerte Bedenken. Den Listen müsse ausreichend Zeit für die vorbereitende Organisation bleiben. Sie plädierte dafür, das neue Verfahren für diese Wahlperiode auszusetzen. „Dann haben wir klare Verhältnisse“, betonte sie. Röhrig antwortete, dass die Zeit in der Tat sehr knapp sei. Er wies ergänzend darauf hin, dass man nach den gesetzlichen Vorgaben die Kammermitglieder im Vorlauf über die Datenverwendung informieren müsse. Zudem müssten sie ausreichend Zeit haben zu widersprechen. Julian Veelken (Fraktion Gesundheit) forderte, dass das Modell der Datentreuhänderschaft weiterhin möglich sein muss. „Es macht einen Unterschied, ob die Daten bei einem Treuhänder liegen oder auf Rechnern von Listensprechern“, führte er datenschutzrechtliche Bedenken an.

Röhrig antwortete, dass man die vertragliche Bindung eines neuen Datentreuhän-

ders an die Ärztekammer Berlin derzeit nicht nur als Plan B betreibe. Allerdings werde, wenn die entsprechenden Regelungen des Gesetzes und der Wahlordnung in Kraft träten, ein Rechtsanspruch der Wahlvorschläge auf Herausgabe der Daten gegen die Kammer entstehen. Der Vorstand sei am Ende dafür zuständig, in Abstimmung mit dem Wahlausschuss ein angemessenes und rechtlich tragfähiges Unterstützungspaket zu schnüren. Er gehe davon aus, dass das Modell der Datentreuhänderschaft – auch mit Blick auf die in der Delegiertenversammlung geführten Diskussionen – in die möglichen Unterstützungsoptionen einbezogen werde.

In der anschließenden Abstimmung stimmten die Delegierten mehrheitlich bei fünf Enthaltungen für die neue Wahlordnung und die 1. Änderung der Wahlordnung (Vorratsbeschluss).

## PA in der Diskussion

In Vorbereitungen auf den 121. Deutschen Ärztetag im Mai in Erfurt befassten sich die Delegierten mit dem neuen Berufsfeld des Physician Assistant (PA). Dazu hatte Vorstandsmitglied Peter Bobbert (Marburger Bund) eine Präsentation vorbereitet, um den Status Quo deutlich zu machen. Außerdem war den Delegierten ein von der Kammer erarbeitetes Papier vorgelegt worden, dass als Grundlage für Anträge auf dem Deutschen Ärztetag dienen kann.

„Der PA ist Realität“, sagte Bobbert und verwies auf die steigenden Ausbildungszahlen und den wachsenden Einsatz in deutschen Kliniken. Alle Deutsche Ärztetage der vergangenen Jahre hätten sich gegen eine Substitution ärztlicher Leistungen ausgesprochen. Doch auch wenn man ausschließlich Delegation statt Substitution wolle, werde es nicht einfacher. „Bei der Delegation scheiden sich die Geister, das ist enorm komplex“, betonte Bobbert. Das beim 120. Deutschen Ärztetag im vergangenen Jahr beschlossene Delegationsmodell – vorgelegt von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung – habe im Kompetenzkatalog durchaus einige problematische Stellen, erklärte Bobbert.



Peter Bobbert: Der Physician Assistant ist Realität.

Julian Veelken bedankte sich für die Zusammenstellung und warnte erneut ausdrücklich vor der flächendeckenden Einführung des PA. Die Vorstellung, durch den Einsatz von PA würden Kapazitäten bei Klinikärzten frei, sich stärker um ihre eigentlichen ärztlichen Tätigkeiten kümmern zu können, nannte er einen „versuchten Eintrag ins Poesie-Album“. Wie schon der Vergangenheit würden derartige Spielräume von Klinikleitungen dazu genutzt, Arztstellen abzubauen. Katharina Thiede pflichtete ihm bei und erklärte, die Ärzteschaft sollte den Beruf des PA nicht mitgestalten, sondern grundsätzlich ablehnen. Sie bedankte sich für die klar formulierte Zuarbeit von der Kammer. Eva Müller-Dannecker (Fraktion Gesundheit) erklärte hingegen: „Wenn wir uns nicht bewegen, werden wir bewegt. Wir können uns vor der Debatte nicht verschließen. Wir haben einen riesigen Pflege-mangel, wir müssen Perspektiven bieten. Von daher bin ich für den PA.“ Klaus Thierse (Marburger Bund) warnte vor einem Qualitätsverlust: „Mit dem PA drücken wir den Qualitätsstandard unter alles, was wir jetzt haben.“

Peter Bobbert plädierte hingegen dafür, die Ausgestaltung des PA unter ärztliche Führung zu stellen. „Der Kern des Modells PA ist erstmal gut. Wie er ausgestaltet ist, steht auf einem anderen Blatt. Wir Ärzte wollen die PA ausbilden und in der Praxis weiterführen.“ Er sprach sich dafür aus, über den Gesetzgeber darauf einzuwirken,

den Wildwuchs in der Ausbildung und im Einsatz von PA zu begrenzen.

Thomas Werner (Marburger Bund) erklärte, es gebe eigentlich schon genug Berufe für nicht-ärztliche Tätigkeiten. Das Problem sei vielmehr, dass es zu wenig Ärzte in der Versorgung gebe. Er zeigte sich überzeugt, dass die Weiterbildung unter dem Einsatz von PA in den Kliniken leiden werde. Regine Held und Klaus-Peter Spies (beide Allianz Berliner Ärzte) sprachen sich für eine Abschaffung des PA aus und schlugen vor, das vorliegende Papier als Grundlage für einen Antrag beim Deutschen Ärztetag zu nutzen.

## Finanzierung von Alt Rehse

Erneut befassten sich die Delegierten mit dem Lern- und GeDenkOrt Alt Rehse, wo zwischen 1935 und 1941 die Nationalsozialisten ein ganzes Dorf für die „Führerschule der Deutschen Ärzteschaft“ umgestaltet hatten. Dazu hatte der Kammervorstand den Delegierten einen für den Deutschen Ärztetag vorgesehenen Antrag vorgelegt, in dem die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) aufgefordert werden soll, das Projekt wie bisher mit jährlich 60.000 Euro zu unterstützen. In der Begründung wird u.a. darauf hingewiesen, dass die KBV über entsprechende Finanzmittel aus dem ehemaligen Vermögen der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschland (KVD) (gemäß Jahresbilanz 2016 ca. 16 Mio. Euro) verfügt. Die Delegiertenversammlung nahm dies zur Kenntnis.

Außerdem mussten noch für fünf Weiterbildungsausschüsse Prüferinnen und Prüfer nachgewählt werden. Die Wahl der vorgeschlagenen Prüfer erfolgte einstimmig. Ebenso einstimmig war die Nachwahl einer Prüferin für die Fachsprachprüfungen.

srd

Die nächste Delegiertenversammlung findet am **6. Juni 2018** um 20 Uhr statt. Die Sitzung ist wie immer kammeröffentlich.

# Umgang mit unprofessionellem Verhalten in der Medizin

## Die Lösungen müssen aus der Ärzteschaft kommen

### Jo Shapiro, Director

Center for Professionalism and Peer Support, Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School, Boston, MA, USA  
jshapiro@bwh.harvard.edu

**S**tändig kommen neue Fälle von Belästigung und Mobbing am Arbeitsplatz ans Licht. Die Medizin bildet da leider keine Ausnahme: In der Vergangenheit wurde und wird immer noch in unserem Berufsstand Verhalten toleriert, mit dem wir uns gegenseitig, unseren Patienten und unserem Verhältnis zur Gesellschaft schaden. Die Lösungen für dieses Problem müssen aus der Ärzteschaft kommen, denn wir arbeiten in einem ganz besonderen Kontext.

Allgemeiner gesprochen lässt sich das Problem als eines der mangelnden Professionalität am Arbeitsplatz formulieren. Professionalität ist ein Oberbegriff für Verhaltensweisen, die eine Vertrauensbasis schaffen. Unprofessionelles Verhalten reicht von Straftaten wie sexueller Nötigung über nicht strafbares, jedoch gesetzeswidriges Verhalten wie sexuelle Belästigung bis hin zu stark belastendem Verhalten wie etwa Mobbing, das zwar nicht verboten, aber schädlich und nicht hinnehmbar ist. Ich konzentriere mich in diesem Beitrag auf die nicht strafbaren Verhaltensweisen.

Die Definition von medizinischer Professionalität wurde vielfach untersucht und ebenso der soziologische Kontext und die Prävalenz unprofessionellen Verhaltens.<sup>1-3</sup> Dennoch stehen wir vor großen Herausforderungen, wenn es darum geht, wiederholtes unprofessionelles Verhalten zu verhindern. Wir müssen diese Herausforderungen dringend wirksamer angehen.<sup>4</sup>

### Die Wirkung verstehen

Bei der Bearbeitung von Beschwerden über unprofessionelles Verhalten, die über 400 Mediziner betrafen, ist mir selten jemand begegnet, der bewusst demoralisieren oder einschüchtern wollte. Doch genau dies war die Wirkung, die das Verhalten dieser Personen auf andere hatte. Entscheidend ist die Wirkung, nicht die Absicht. Unprofessionelles Verhalten kann verheerende Folgen haben und die Patientensicherheit und die Qualität<sup>5-7</sup>, das klinische Lernumfeld<sup>8</sup> und die Gesundheit des medizinischen Teams<sup>9</sup> beeinträchtigen. Im Laufe der Zeit kann es zu Burnout<sup>10</sup> oder sogar Suizid von medizinischen Fachkräften führen sowie die Arbeitsmoral verschlechtern, die Produktivität verringern, die Mitarbeiterbindung und -gewinnung schwächen und den Ruf der Einrichtung beeinträchtigen. Dieser Schaden bleibt oft verborgen, verursacht aber hohe Kosten.

### Alte Gewohnheiten

Auch die renommiertesten Ärzte müssen für inakzeptables Verhalten wie Belästigung, Demütigung oder Einschüchterung von Kollegen in Ausbildung oder anderen Mitgliedern des medizinischen Teams zur Verantwortung gezogen werden. Bisher haben wir unsere Hinnahme dieses Verhaltens auf jede erdenkliche Weise gerechtfertigt: Die Täter sind hochintelligent oder technisch kompetent oder Experten von internationalem Renommee; sie bringen der Einrichtung viele Einnahmen; sie legen an jeden, auch sich selbst, hohe Maßstäbe an; sie versuchen, andere anzuleiten und deren Leistung zu verbessern; sie sind Fürsprecher der Patienten; ihre Opfer haben eigene Leistungsprobleme; das Verhalten wird durch systemimmanente Probleme ausgelöst. Dies mag zwar alles zutreffen, nichts davon rechtfertigt jedoch unprofessionelles Verhalten.

Zudem haben viele von uns Angst, einen Belästiger oder Mobber zu konfrontieren. Als Opfer, Zuschauer oder Vorgesetzte fürchten wir Vergeltung, komplizierte Abläufe der Beschwerdeuntersuchung, ermüdende Gegenangriffe und institutionellen Widerstand gegen diese erhebliche Veränderung der Arbeitskultur. Aufgrund der hierarchischen Verhältnisse in der Medizin kann die direkte Konfrontation mit einem Vorgesetzten für einen Untergebenen ein erhebliches Karriererisiko bedeuten. Deshalb braucht es geschützte Beschwerdesysteme. Hierarchische Unterschiede dürfen bei der Verantwortung herrschen, nicht aber beim Respekt – denn Respekt verdient jeder.

### Die Stirn bieten

In der Vergangenheit war uns nicht bewusst, wie zerstörerisch und gefährlich dieses Verhalten war, sowohl für die Patienten als auch das medizinische Team, und hier insbesondere für Kollegen in Ausbildung. Angesichts der unwiderlegbaren Daten über die schädlichen Folgen solchen Verhaltens<sup>2,5-9</sup> können wir allerdings nicht länger wegsehen. Kognitive und technische Kompetenzen reichen nicht aus und können niemals die jedem von uns obliegende Pflicht aufwiegen, sich professionell zu verhalten und sich selbst und Kollegen zur Verantwortung zu ziehen.

Diese Herausforderungen zu bewältigen, erfordert institutionellen Willen und gemeinsames Pflichtbewusstsein. Zur Prävention müssen wir klar formulieren, welches Verhalten erwartet wird, unter

anderem die Pflicht, Kollegen bei Fehlverhalten zu konfrontieren oder zu melden. Insbesondere müssen wir feststellen, ob ein Muster unprofessionellen Verhaltens vorliegt und ob dieses Verhalten gesetzeswidrig, unannehmbar oder beides ist. Wir sollten Medizinern Fertigkeiten wie Feedback in schwierigen Situationen, Konfliktmanagement und Bekämpfung unbewusster Voreingenommenheit vermitteln. Wir müssen geschützte, einfach zugängliche Beschwerdestellen auf lokaler Ebene schaffen und benötigen einen Prozess zur Bewertung der Stichhaltigkeit von Beschwerden. Dieser Prozess muss fair gegenüber den Beschwerdeführern wie auch den Beschuldigten sein.<sup>11</sup>

Damit die beschuldigte Person die Chance hat, etwas zu ändern, müssen wir ihr Feedback geben, wobei das Verhalten und nicht der Charakter oder die Diagnosen im Vordergrund stehen müssen. Wir müssen die Reaktion auf das Feedback, unter anderem zu den Auslösern und den eine Rolle spielenden systemimmanenten Problemen, wohlwollend entgegennehmen. Auch wenn wir uns bemühen müssen, die Systeme zu verbessern, müssen wir gleichzeitig klarstellen, dass das Verhalten schädlich ist und aufhören muss. Wir müssen ausdrücklich darauf hinweisen, dass wir Vergeltung in keiner Weise tolerieren und den Prozess zur Überwachung des Verhaltens deutlich machen. Nicht zuletzt müssen wir diejenigen, die sich weiter unprofessionell verhalten, mit zunehmend schärferen Konsequenzen belegen.

Es ist unsere gemeinsame Verantwortung, in der Medizin eine Kultur des Vertrauens zu unterstützen.<sup>12</sup> So wie wir uns wünschen, dass uns Patienten und Gesellschaft Vertrauen und Respekt entgegenbringen, müssen wir dieses Vertrauen als Einzelne und als Berufsstand hochhalten. Es steht viel auf dem Spiel, aber der Gewinn ist noch viel höher.

#### Interessenkonflikte:

Der Autor hat die BMJ-Richtlinien zur Erklärung von Interessenkonflikten zur Kenntnis genommen und hat keine relevanten Interessen zu erklären.

#### Herkunfts- und Begutachtungsangaben:

Auftragsartikel; keine externe Begutachtung

- 1 Lucey C, Souba W. Perspective: the problem with the problem of professionalism. *Acad Med* 2010;85:1018–24. 10.1097/ACM.0b013e3181d8e51f.20505405
- 2 Rosenstein AH, O'Daniel M. A survey of the impact of disruptive behaviors and communication defects on patient safety. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2008;34:464–71. 10.1016/S1553-7250(08)34058-6.18714748
- 3 Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y. Amending Miller's pyramid to include professional identity formation. *Acad Med* 2016;91:180–5. 10.1097/ACM.0000000000000913.26332429
- 4 Papadakis MA, Paauw DS, Hafferty FW, Shapiro J, Byyny RL Alpha Omega Alpha Honor Medical Society Think Tank. Perspective: the education community must develop best practices informed by evidence-based research to remediate lapses of professionalism. *Acad Med* 2012;87:1694–8. 10.1097/ACM.0b013e318271bc0b.23095921
- 5 Joint Commission. Behaviors that undermine a culture of safety. Sentinel Event Alert No 40. 2008. [http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA\\_40.PDF](http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_40.PDF)
- 6 Dupree E, Anderson R, McEvoy MD, Brodman M. Professionalism: a necessary ingredient in a culture of safety. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2011;37:447–55. 10.1016/S1553-7250(11)37057-2.22013818
- 7 Hickson GB, Federspiel CF, Pichert JW, Miller CS, Gauld-Jaeger J, Bost P. Patient complaints and malpractice risk. *JAMA* 2002;287:2951–7. 10.1001/jama.287.22.2951.12052124
- 8 Weiss KB, Wagner R, Nasca TJ. Development, testing, and implementation of the ACGME clinical learning environment review (CLER) program. *J Grad Med Educ* 2012;4:396–8. 10.4300/JGME-04-03-31.23997895
- 9 Hansen AM, Hogh A, Persson R, Karlson B, Garde AH, Ørbaek P. Bullying at work, health outcomes, and physiological stress response. *J Psychosom Res* 2006;60:63–72. 10.1016/j.jpsychores.2005.06.078.16380312
- 10 Shanafelt TD, Gorringer G, Menaker R, et al. Impact of organizational leadership on physician burnout and satisfaction. *Mayo Clin Proc* 2015;90:432–40. 10.1016/j.mayocp.2015.01.012.25796117
- 11 Shapiro J, Whittemore A, Tsen LC. Instituting a culture of professionalism: the establishment of a center for professionalism and peer support. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2014;40:168–77. 10.1016/S1553-7250(14)40022-9.24864525
- 12 Kirch DG. Culture and the courage to change. AAMC President's Address, 118th annual meeting of the Association of American Medical Colleges, Washington, DC, 4 Nov 2010

Veröffentlicht durch die BMJ Publishing Group Limited. Informationen zu den Verwendungsrechten (sofern nicht bereits unter einer Lizenz eingeräumt) finden Sie unter <http://group.bmj.com/group/rights-licensing/permissions>.

# Bessere Kommunikation zwischen Arzt und Patient

## Interkulturelle Medizin und Medical Humanities

Die Kommunikation zwischen Menschen ist hochkomplex. Verstärkt wird dies noch, wenn große sozio-kulturelle und sprachliche Unterschiede hinzukommen. Eine Fortbildungsveranstaltung der Charité in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin befasste sich am 23. März 2018 mit dem Themenkomplex Interkulturelle Medizin und Medical Humanities.

Die Medical Humanities messen kulturellen und sozialen Prägungen in der medizinischen Praxis und vor allem auch in der Kommunikation zwischen medizinischem Personal und Kranken eine besonders hohe Bedeutung zu. Dabei wird angestrebt, Patienten in ihrer subjektiven Verfasstheit und in ihrem Krankheitserleben besser zu verstehen und mit ihnen zielgerichtet zu kommunizieren. Dieser Punkt gewinnt bei der steigenden Zahl von Patientinnen und Patienten aus verschiedenen Kulturen zunehmend an Bedeutung. In seinem Grußwort wies Kammerpräsident Dr. Günther Jonitz darauf hin, dass sich die Ärztekammer Berlin bereits im Jahr

2006 mit dem Thema Narrative Medizin befasst habe (s. auch Titelthema BERLINER ÄRZTE 2/2006). Die aktuelle Medizin sei zum einen durch eine immer größere Subspezialisierung, zum anderen durch die Ökonomisierung gekennzeichnet. „Das Geld ist inzwischen das Maß der Dinge“, sagte Jonitz und plädierte für eine Rückbesinnung auf den zentralen Wert: Die Beziehung zwischen Arzt und Patient. Professor Dr. Hans-Peter Schmiedebach, der die erste Professur für Medical Humanities in Berlin inne hatte und den Stab kürzlich an seine Nachfolgerin Dr. Susanne Michl weitergegeben hat, erklärte, dass es sich um einen riesigen Themenkomplex

handele, der zunächst einmal eingegrenzt werden müsse. Im Mittelpunkt stehe vor allem die Kommunikation. Er betonte zugleich, dass die Vielzahl der verschiedenen Ansätze in den Medical Humanities schließlich ihre Wirkung in der Praxis entfalten müsste.

Professor Dr. Jalid Sehouli, Chefarzt der Gynäkologie an der Charité, berichtete anschließend anschaulich von seinen Erfahrungen mit onkologischen Patientinnen und ihren Angehörigen aus unterschiedlichen Kulturkreisen. Dabei empfahl er den Anwesenden viel Selbstreflexion, um zu ergründen, warum sie wie in bestimmten Situationen reagierten. „Wir Ärzte dürfen gegenüber Patienten auch etwas von uns preisgeben“, sagte er. Im Anschluss hielt Dr. Meryam Schouler-Ocak vom Forschungsbereich Interkulturelle Migrations- und Versorgungsforschung der Charité noch einen Vortrag zum Thema Psychisches Trauma. Susanne Michl, Juniorprofessorin für Medizinethik und Medical Humanities an der Charité, führte die Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer schließlich tiefer in die Narrative Medizin ein.

srd

## Rita Kielhorn-Haas zum 85. Geburtstag

Dr. med. Rita Kielhorn lernte ich 1985 kennen, als ich damals in den BDA-Hausärzteverband eingetreten bin und eine Versammlung mitmachen durfte. Das war im Hotel Steglitz International als sie von Dr. Krein, ihrem Vorgänger, das Vorstandsamt des Landesverbandes Berlin (damals noch Berlin-West) übernahm.

Doch von Anfang an: Dr. med. Rita Kielhorn-Haas wurde am 30. April 1933 im ober-schlesischen Ratibor geboren. Sie ist Ehrenmitglied des Deutschen Hausärzteverbandes und Ehrenvorsitzende des Landesverbandes Berlin-Brandenburg. Sie hat viele Jahre die Berliner Ärztopolitik in der ersten Reihe geprägt. Zu ihrem 85. Geburtstag habe ich mich auf eine Spurensuche begeben.

Rita Kielhorn war die jüngste niedergelassene Ärztin in West-Berlin, als sie 1967 ihre Praxis am Mariannenplatz eröffnete. Mitten in Kreuzberg, SO 36, der Bezirk an der Mauer. Viele Häuser, noch mit den Kriegsspuren an den Fassaden

und Dächern, waren unbewohnt. Sie sollten abgerissen werden. Aber es zogen ausländische Bürger und Hausbesetzer ein. Natürlich hätte Rita Kielhorn es einfacher haben können. Mit einer Praxis in Zehlendorf und ausreichend Privat-



Foto: AKB/Stiebitz

patienten. Diese Alternative gab es, erzählt sie. Und wenn diese Kämpfernatur mit vielen Jahrzehnten Abstand sagt: „Ich dachte, diesen überheblichen Leuten in Zehlendorf bin ich nicht gewachsen“, muss man sehr gut aufpassen, dass man

den Schalk im Nacken nicht übersieht. Rita Kielhorn hat es verstanden, „ihre“ Berliner Ärztinnen und Ärzte zu führen. Neugier, Offenheit, die Lust, Problemen auf neuen Wegen zu begegnen und andere Menschen am eigenen Wissen teilhaben zu lassen. Aber eben auch Haltung, Hartnäckigkeit, Kampfgeist. Sich nicht entmutigen lassen. Gelernt hat sie den Gebrauch der berufspolitischen Instrumente im Verband ebenso wie in der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin an der Seite von alten Haudegen. Mit Manfred Richter-Reichhelm hat Rita Kielhorn viele Jahre die KV Berlin erfolgreich geführt. Sie hat ihre eigenen Talente zur Führung hinzugefügt. Weniger brachial, aber nicht weniger entschlossen. Mit einer kühlen Verachtung für Stolperfallen geht sie ihren Weg. Immer weiter. Und wenn es mal nicht weiterging, dann gab es ein nächstes Mal. Aufgeben war nie die Sache von Rita Kielhorn.

Es gibt auch Sätze, die Rita Kielhorn durchaus ohne jedes Augenzwinkern ausspricht, nämlich dann, wenn sie über ihre Berufung redet, Ärztin zu sein: Da ist die bedingungslose Zuwendung zum Patienten, eine jener wichtigen ärztlichen Tugenden, für die sie 2012 von der Ärztekammer Berlin mit der Georg-Klemperer-Medaille ausgezeichnet wurde. „Ohne Freund der Menschen zu sein und sie zu lieben, sollte man nicht Arzt sein.“ Große Worte, sicher. Ein wenig zu pathetisch vielleicht in Zeiten, in denen wir öffentlich über Upcoding diskutieren. Oder über blind und zu viel von Ärzten verschriebene Antibiotika. Schlagzeilen im schnellen Medienbetrieb, die viel Vertrauen kosten. Eine Zeit lang war Rita Kielhorn Ärztin in einem Berliner Gefängnis. Dienst an Menschen, die straffällig geworden sind, die aber eben auch krank waren. Die Ärztin hat viel gelernt von ihren Patienten.

In Kreuzberg mochten die Menschen die junge Ärztin. „Engel vom Mariannenplatz“, schrieben Zeitungen. Die junge Frau hat im rauhen Kreuzberg früh gelernt, um die materiellen Rahmenbedingungen, unter denen sie Patienten diagnostizieren und behandeln konnte, zu kämpfen. Für besondere Verdienste in der Patientenversorgung Berlins und für her-

ausragendes Engagement für das Ansehen der Ärzteschaft wurde Rita Kielhorn mehrfach geehrt. 1999 gab es das Bundesverdienstkreuz und es gab zu etlichen Auszeichnungen oder Geburtstagen keinen Laudator, der nicht ihr unermüdliches Engagement gelobt hätte, ihr integratives Wirken, ihr Talent einen Interessenausgleich zu schaffen, etwa auf dem schwierigen Feld auf dem sich Hausärzte und Fachärzte seit Jahrzehnten Scharmützel liefern. Oder ihre Autorität, ihren Kollegen auch mal den Kopf zurechtzurücken: „Wir sind kein elitärer Club, sondern müssen selbst für uns sorgen und arbeiten.“ Noch so ein Credo von Rita Kielhorn.

1988 hat Rita Kielhorn die Wurzer Sommerkonzerte ins Leben gerufen. Noch vor Öffnung der deutsch/deutschen Grenze im Jahre 1989 ist es ihr gelungen, Künstler aus der DDR zu verpflichten. Damals konnten Reisegenehmigungen nur unter denkbar schwierigen Bedingungen ausgehandelt werden. Rita Kielhorn hat das geschafft. Und es ist ihr gelungen, trotz großer Widerstände der staatlichen Organe des damaligen Ostblocks, Musiker aus Litauen, Polen, Ungarn, der Tschechoslowakei und sogar aus Moskau nach Wurz in die Oberpfalz zu holen.

Ein Jahr später war die unselige Mauer weg, in deren Schatten sie ihre erste Praxis eröffnet hatte. Es galt, Ostberliner Arztkollegen in die bundesdeutschen Versorgungsstrukturen einzubinden. Rita Kielhorn, die Verbands- und KV-Politik unter den Bedingungen der geteilten Stadt gelernt hatte, machte sich sofort an die Arbeit. Mit viel Engagement und Herzblut kümmerte sie sich darum, die neuen Ärztinnen und Ärzte aus dem Osten in Verband und KV einzubinden, sie kollegial bei den ersten Schritten im neuen System zu begleiten. Sie gab ihren neuen Kolleginnen und Kollegen ihren persönlichen Leitgedanken mit auf den Weg: „Achten Sie darauf, dass auch in Zukunft der Patient bei all den wirtschaftlichen Zwängen, der überbordenden Bürokratie, der Budgetierung und Mengenbegrenzung nicht auf der Strecke bleibt. Der Patient muss im Zentrum unseres Handelns stehen.“

Schon vor der Wende hatte Rita Kielhorn ihr Herz aber auch an ein altes Gemäuer in einem kleinen Ort in der Oberpfalz verloren. Nicht weit hinter der Grenze, wo die Berliner und auch alle Westdeutschen nach Passieren der Transitstrecke erstmal aufgeatmet haben, hatte die Familie Kielhorn einen wegen Priestermangel verwaisten Pfarrhof aufgestöbert. Das arg vernachlässigte Anwesen konnte man der katholischen Kirchengemeinde abhandeln und so wurde es als Familienprojekt erworben. „Hingen doch die Herzensschnüre/ an der Wurzer Pfarrhoftüre“, dichtete ein Laudator zum 20-jährigen Jubiläum der Wurzer Sommerkonzerte. In jahrelanger Arbeit hatte die Familie Kielhorn ihren Pfarrhof restauriert. Und als das Refugium wieder ein Schmuck des Dorfes Wurzen war, nutzte die Familie den alten Pfarrhof nicht etwa nur als privaten Rückzugsraum. Die Konzerte im alten Wurzer Pfarrhof sind inzwischen längst zu einer unverzichtbaren Einrichtung geworden. Die Hand von Rita Kielhorn schafft im historischen Pfarrhof im Naturpark Oberpfälzer Wald ein perfektes Sommerfest. Auch dieses Jahr wird in Wurz zu hören sein, wofür sie auch in ihrem Alter noch steht: feurige Melodien voll Liebe, Lust und Leidenschaft. Wir staunen und wir sind dankbar, dass wir an ihrer Seite so viel Wertvolles über unseren Arzt-Beruf, über das Bewegen auf dem politischen Parkett und über die wichtigen Dinge im Leben lernen dürfen. Das Abschlusskonzert von Boris Lichtmann und seinem Ensemble JaKaScha in diesem Sommer scheint mir sehr geeignet für den Schlussakkord dieser Laudatio: „Takový je život“! So ist das Leben!

Dr. med. Rita Kielhorn ist nach wie vor eine Bereicherung für unseren Verband. Sie bringt sich aktiv in den Delegiertenversammlungen ein. Wir schätzen ihr Wissen sowie ihren scharfen Verstand und sind ihr sehr dankbar, dass sie nach wie vor die Balintgruppen in der Psychosomatischen Grundversorgung für unseren Verband leitet, denn sie hatte immer ein Herz für unseren Nachwuchs.

Dr. med. Wolfgang Kreischer

# Ludwig Traube zum Gedenken

Am 12. Januar jährte sich der Geburtstag von Ludwig Traube das 200. Mal. Der 1818 im oberschlesischen Ratibor (heute: Racibórz) geborene Sohn eines Weinhändlers hat wesentlich zu der Blüte der Berliner Medizin im 19. Jahrhundert beigetragen – als Kliniker, als Experimentalwissenschaftler und akademischer Lehrer – und dies trotz der vielen Hindernisse, die dem bekennenden Mitglied der jüdischen Gemeinde in den Weg gelegt wurden. Erst 1872 – vier Jahre vor seinem viel zu frühen Tod am 11. April 1876 – erhielt Traube als erster und bis 1933 einziger Jude ein Ordinariat an der Berliner medizinischen Fakultät.

Von Volker Hess

Nach seinem Abitur am evangelischen Gymnasium in Ratibor 1835 studierte Traube zunächst in Breslau, dann in Berlin Medizin. Dort lernte er rasch die anderen „jungen Wilden“ kennen, die sich daranmachten, die Medizin in Berlin und weit darüber hinaus zu revolutionieren: Robert Remak (1815-1865), Arnold Mendelssohn (1817-1854), Emil Du Bois Reymond (1818-1896), Joseph Meyer (1818-1887), Salomon Neumann (1819-1908), Benno Reinhard (1819-1852), Rudolf Leubuscher (1821-1861) und Rudolf Virchow (1821-1902). Anfang der 1840er Jahre, als diese Alterskohorte ihr Medizinstudium abschloss, gab es an der Medizinischen Fakultät wenig Gelegenheit für die Einführung in wissenschaftliche Arbeitspraktiken. Für die Zivilstudenten war sogar der Zugang zu klinischen Patienten reglementiert, da sie sich nur während der knappen Unterrichtsstunden in den Krankensälen der Charité aufhalten durften. Die Berliner Fakultät hingegen war Ende der 1830er Jahre überaltert und die Vorlesungen der Medizin meist wenig inspirierend – sieht man von Johannes Müller (1801-1858) ab (weshalb sich jeder gerne zu seinen Schülern zählte).

Folglich fanden die meisten Aktivitäten in einem halb-privaten, halb-öffentlichen Bereich statt. Man las – zum Teil auch in Traubes kleiner Wohnung in der Karlstraße – im kleinen Kreis erst die Schriften der Pariser Schule von François Magendie, R.T.H. Laënnec, Xavier Bichat, später kamen François-

offizieller Unterstützung in der Tierarzneischule und schließlich, nach Virchows Anstellung als Prosektor, auch im Leichenhaus der Charité. Mendelssohn, Traube und Rüge begannen vermutlich im Herbst 1843 damit, die Vagusläsionsexperimente von Longet zu wiederholen. Über Wochen erstreckten sich die Versuchsreihen mit regelmäßigen Sequenzen von 5 bis 20 Einzelversuchen. Aus ihnen ging schließlich nicht nur ein pathophysiologisches Modell für die Aspirations-



Foto: Charité

Achille Longet und Claude Bernard hinzu. Bald machten sich einige auch daran, die ihnen nur aus der Literatur bekannten Experimente nachzubauen und weiterzuführen – zunächst auf dem eigenen Küchentisch, dann meist mit in-

pneumonie hervor, sondern auch die Grundlagen einer neuen experimentellen Methodik. In seiner Einleitung zu der mit Virchow und Reinhard gegründeten Zeitschrift *Beiträge zur experimentellen Pathologie und Physiologie*

(1846) brachte Traube das wissenschaftliche Bekenntnis der Berliner pressure group programmatisch knapp, aber konzis auf den Punkt: Experimente müssen auf rationalen Hypothesen begründet werden, eindeutige Ergebnisse produzieren und reproduzierbar sein.

Zu diesem Zeitpunkt war die Lage für Traube prekär. Er hatte sich zwar als Wissenschaftler und Kliniker in der Berliner Medizin einen Namen gemacht, sich auf zwei Studienreisen nach Wien ausgefeilte Kenntnisse der Auskultation und Perkussion angeeignet und in Berlin zurück damit begonnen, in einer Armenpraxis mitzuarbeiten. Doch seine privaten Kurse in den neuen Untersuchungstechniken – obwohl von etablierten Professoren empfohlen – hatte die Armendirektion zum Schutz der von ihr betreuten Armen Kranken untersagt. Eine akademische Karriere war Traube aufgrund seines jüdischen Glaubens verwehrt. Und der Weg an die Charité blieb versperrt, da diese der militärärztlichen Ausbildung vorbehalten war.

Erst die Revolution öffnete Traube den Weg in die Klinik und in das akademische Lehramt. Zu den vielen Forderungen der „Medizinischen Reform“, dem Sprachrohr einer breiten liberalen und demokratischen Bewegung, zählte auch die Einrichtung von Spezialkliniken (so der Beitrag Traubes in der Medizinischen Reform). Nach einigen Eingaben und Protesten wurde Traube im Herbst 1848 als erster Zivilassistent und (nach rascher Habilitation) Lehrer für Auskultation und Perkussion an der Charité angestellt und in der Klinik Johann Lukas Schönlein (1793-1864) zugeordnet, der 1839 nach Berlin berufen worden war.

In den folgenden Jahren entfaltete Traube ein enormes wissenschaftliches Programm: Er führte eine verlässliche Methode zur Temperaturmessung ein und regelmäßige Reihenmessungen durch, entwickelte die erste klinische Kurvendarstellung und identifizierte schließlich Fieber als Temperaturerhöhung. Abgelehnte Rufe nach Zürich

und Heidelberg konsolidierten die Stellung. Als Schönlein 1858 ausschied, war Traube zum außerordentlichen Professor benannt worden, dirigieren der Arzt (d.h. Chefarzt) einer eigenen Abteilung für Brustkranke und hatte die „Propädeutische Klinik“ fest etabliert.

Doch Theodor Frerichs (1819-1885), der Nachfolger Schönleins, machte Traube das Leben schwer. Er behinderte die Vergrößerung von Traubes Klinik um eine Frauenabteilung und hintertrieb schließlich sogar die Anerkennung ihres Besuchs für das Staatsexamen. Traube traf diese Herabsetzung schwer. Nur der Einsatz des alten Netzwerkes aus den Vormärz-Zeiten stabilisierte schließlich die Lage. Aber erst seinem Schüler Ernst von Leyden (1832-1910) sollte es gelingen, die Klinik gleichberechtigt als „Zweite Medizinische Universitätsklinik“ aufzuwerten.

In diesen kritischen Jahren nahm Traube sein Experimentalprogramm wieder auf. Er war bereits einer der ersten in Berlin gewesen, die den Kymographen zum Laufen brachten, so dass dieser „so famose genaue und scharfe Kurven“ malte, wie sie „feiner [nicht] mit dem besten Bleistift zu machen“ waren, wie der junge Theodor Billroth (1829-1894) schwärmte. Auch Hermann Senator (1834-1911), Julius Cohnheim (1839-1884) oder Isidor Rosenthal (1836-1915) zählten zu den jungen Ärzten, die von Traube in die experimentelle Pathologie eingeführt wurden – nicht zu vergessen Traubes Bruder Moritz (1826-1894), der entscheidend zu den chemischen Stoffwechseluntersuchungen beitrug.

Traube begründete damit eine Spezialdisziplin: die experimentelle Pathologie. Die Entwicklung laborexperimenteller Modelle und die Rekonstruktion klinischer Phänomene in einer experimentellen Faktorenanalyse bildete das Markenzeichen dieser neuen wissenschaftlichen Richtung. Als eigenes Fach konnte sie sich jedoch nicht verselbständigen. So blieb die Kluft zwischen Klinik und Labor unüberbrückbar. Zeitgenossen wie Julius Pagel (1851-

1912) verglichen Traubes klinische Lehrvorträge mit „einer Art von therapeutisch-klinischem Gottesdienst“, bei dem die Schüler „den hehren, antiken, so zu sagen hellenischen Geist und den weihewollen Hauch Hippokratischen Kunstsinnes zu verspüren“ vermeinten – ausgerüstet mit allen Segnungen des modernen Labors.

Professor Dr. med. Volker Hess  
Institut für Geschichte der Medizin  
und Ethik in der Medizin  
Charité Universitätsmedizin Berlin

Literatur:

Berndt, H.: Zum Gedenken an Ludwig Traube (1818-1876). Charité-Annalen ; N. F. 13 (1993), 211-215.

Büning, Marianne: Ludwig (Louis) Traube : 1818 - 1876 ; Arzt und Hochschullehrer, Begründer der experimentellen Pathologie. Teetz : Hentrich & Hentrich: Teetz 2008.

Hess, Volker: Der wohltemperierte Mensch. Wissenschaft und Alltag des Fiebermessens (1850-1900). Campus: Frankfurt am Main 2000.

Hess, Volker: Zwischen Küche, Leichenhalle und Labor. Netzwerke klinischen Experimentierens in Berlin um 1850. In: Zwischen Charité und Reichstag. Rudolf Virchow - Mediziner, Sammler, Politiker. Hrsgg. von Geraldine Saherwala et al. Museumspädagogischer Dienst Berlin: Berlin 2002, 75-82.

**Mehr zu Ludwig Traube auf dem Gedenksymposium am Freitag, 6. Juli 2018, 13-17 Uhr, Charité CCM.**

„Die 1848er und die medizinische Wissenschaft im Aufbruch. Emil Du Bois-Reymond (1818-1896) und Ludwig Traube (1818-1876) an der Berliner Charité“ mit Vorträgen von Laura Otis, Stefan Goldmann, Volker Hess und Heinz-Peter Schmiedebach. Weitere Informationen bzw. Anmeldung per E-Mail bei: [stefanie.voth@charite.de](mailto:stefanie.voth@charite.de)