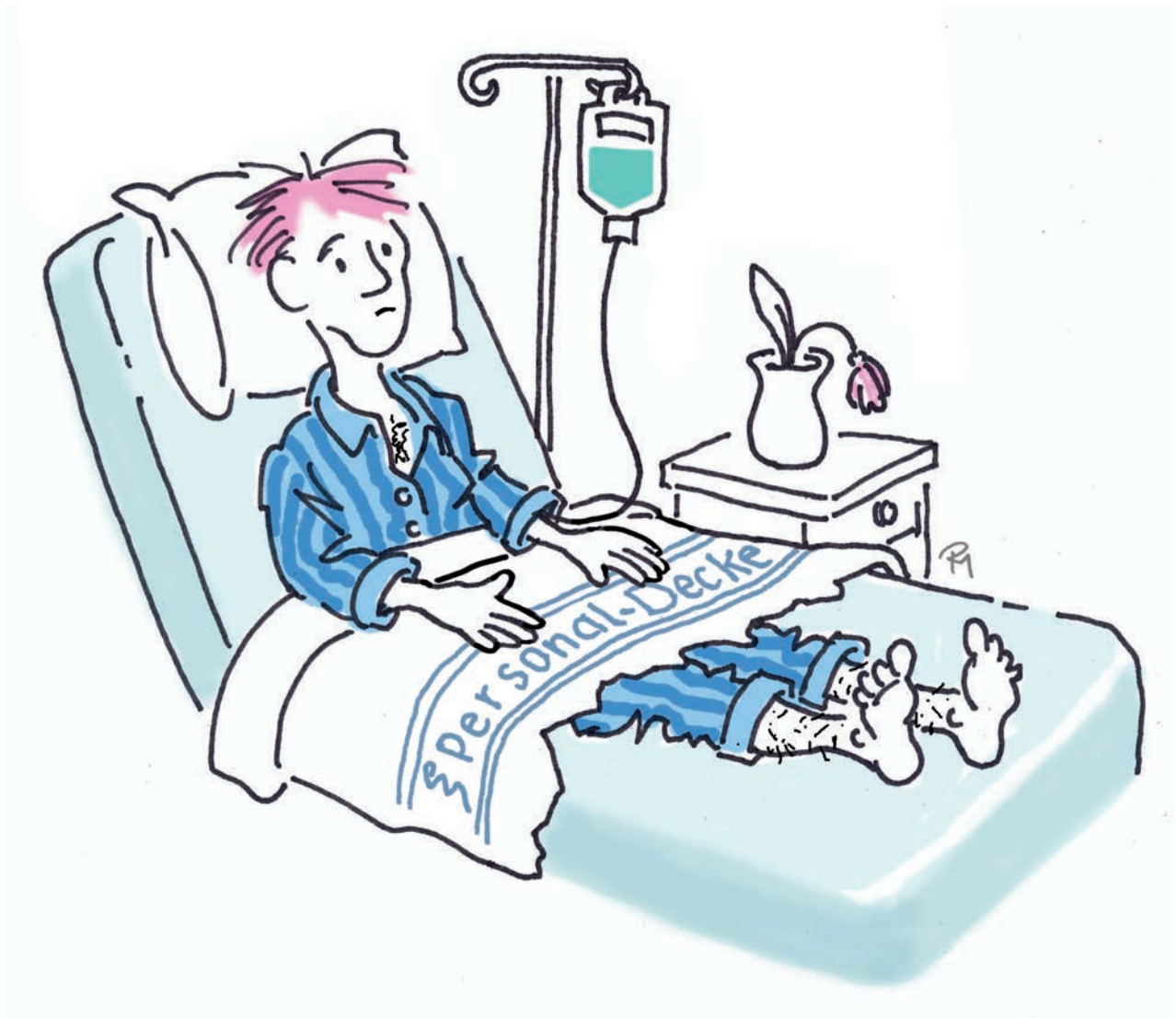


## Personaluntergrenzen Nach unten offen?



## Alle Kinder sind zu schützen!



**Dr. med. Susanne von der Heydt**  
ist Fachärztin für Kinderchirurgie  
und Mitglied des Vorstandes der  
Ärzttekammer Berlin.

Die neue, im Februar 2019 veröffentlichte Kinderschutzleitlinie unterstreicht diese Einigkeit. 82 Fachgesellschaften, Organisationen und Bundesbeauftragte haben den Konsens geschaffen. Das Ergebnis der Zusammenarbeit der verschiedenen Versorgungsbereiche ist ein Riesenschritt nach vorne für den Kinderschutz.

Teamwork wird überall gefordert, aber im Kinderschutz ist das unentbehrlich. Jeder festgestellte Kinderschutzfall erfordert ein Netzwerk erfahrener Hilfen, das dem betroffenen Kind und seiner Familie unmittelbar Unterstützung bietet.

Kinderschutz lebt von dem unermüdbaren Einsatz vieler hochmotivierter Menschen, die oftmals nicht ausreichend unterstützt werden. Fangen wir bei den unterbesetzten Jugendämtern und unterfinanzierten Hilfeorganisationen an. In einem Bereich, wo Medizin, Jugendhilfe, Pädagogik, Psychologie, Psychotherapie und soziale Arbeit Hand in Hand gehen müssen, um erfolgreich zu arbeiten, sind Kontinuität, Kommunikation und verlässliche Netzwerke unabdingbar. Das Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes am 1.1.2012 war wichtig für weitere Säulen im Kinderschutz. Um nur einzelne zu nennen: Die Bundesinitiative „Frühe Hilfen“ wurde gesetzlich verankert. Das Modellprojekt der Babylotsen wurde unterstützt und ist auf Erfolgskurs. Die niedrigschwellige Ansprache von werdenden Familien in belastenden Situationen hat sich bewährt und setzt da an, wo es sein muss: Schon vor der Geburt. Es wurde die Unabhängige

Kommission zur Aufarbeitung sexueller Gewalt im Januar 2016 berufen. Die bundesweite medizinische Kinderschutzhotline wurde eingerichtet und steht für alle Fragen der Kollegen rund um die Uhr zur Verfügung. Das alles muss dauerhaft und verlässlich finanziert werden!

Und Berlin kann viel vorweisen: 5 Kinderschutzambulanzen sind mit angegliederten Kinderschutzgruppen über die Stadt verteilt, miteinander und mit kommunalen Hilfen vernetzt. Die Zentralisierung der polizeilichen Spurensuche bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch in der Kindernotaufnahme der Charité verbessert die Versorgung der betroffenen Kinder. Kampagnen gegen das Schütteltrauma wurden wiederholt. Und vieles mehr. Aber es gibt noch so viel zu tun!

Ärzte müssen sich ihrer Garantstellung bewusst sein. Oft ist der Kinder- oder Hausarzt die einzige Person, die ein Baby und Kleinkind außerhalb des familiären Kontextes in den ersten Lebensmonaten sieht und somit die alleinige Person, die früh von außen eingreifen kann. Gynäkologen und Hebammen können schon in der Schwangerschaft Risikofaktoren für eine belastende Eltern-Kind-Beziehung ausmachen und präventiv reagieren. Keiner der Kollegen ist alleine – es gibt viele Ansprechpartner in der Stadt und

jeder hat das Recht auf eine Beratung durch eine „insoweit erfahrene Fachkraft“.

Kinderschutz ist aber mehr als das Erkennen und Vermeiden von körperlicher und emotionaler Misshandlung. Gegen die Ursachen für Aggressivität und Vernachlässigung wie zunehmende Familientrennungen, drohende Armut und Bildungsbenachteiligung geschieht zu wenig. Es muss gesamtgesellschaftlich geholfen werden. Nur durch Zuwendung, Förderung und Bildung können Kinder gesund aufwachsen und sich eine Zukunft mit Sicherheiten schaffen. Die heutigen Kinder sind die zukünftigen Eltern. Wir wissen, wie einflussreich und prägend die Kindheit ist und das, was Eltern an ihre Kinder weitergeben. Ein Kind, das nie Geborgenheit, Sicherheit und eine verlässliche, liebevolle Bindung erfahren hat, kann diese kaum an seine eigenen Kinder weitergeben. Psychosoziale Belastungen wirken generationsübergreifend. Das muss durchbrochen werden und die Chance auf gesunde Entwicklung und Teilhabe für ALLE Kinder in den Fokus gestellt werden.

Das Schlimmste, sagen die Opfer, ist das Schweigen. Wir müssen laut werden und strukturelle, gesellschaftliche Veränderungen fordern und mitgestalten. Wir müssen uns alle verantwortlich dafür fühlen, jedem Kind unserer Gesellschaft zur Seite zu stehen.

# CIRS Berlin: Der aktuelle Fall

## Verspätete Versorgung



### 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 34 Berliner und 4 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 Pflegefachkraft berichtet ein als erstmalig auftretend eingeschätztes Ereignis aus der Inneren Medizin:

Ein Patient im Seniorenalter wurde als „Außenlieger“ nach Aufnahme zum Ende der Woche über das Wochenende erst spät ärztlich visitiert und gesehen. Die Folge: Es gab (fast) keine ärztliche Versorgung.

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

Dieser Bericht beschreibt trotz aller Kürze ein Problem, das in vielen Krankenhäusern besteht und ein Risiko für die Patienten darstellt. Als „Außenlieger“ werden die Patienten verstanden, die auf einer fachfremden Station untergebracht sind (zumeist, da in der entsprechenden Abteilung keine Betten zur Verfügung stehen), zum Beispiel als Patienten mit internistischen Krankheitsbildern auf einer operativen Station. Sie werden primär nicht von den Ärzten der Station, auf der sie liegen, betreut, sondern von den ärztlichen Mitarbeitern der aufnehmenden Fachabteilung oder -klinik. Fragen zu weiteren Aspekten des Ereignisses, die hilfreich für seine Analyse sind:

- Gab es ein Informationsdefizit bei der ärztlichen Übergabe oder bei der Aufnahme des Patienten auf der Station (z. B. über den Ort, an dem sich der Patient befindet, über die Zuständigkeit welcher Abteilung bzw. fehlte die Information über den richtigen Ansprechpartner)?
- Gibt es in dem Haus eine Vorgabe, bis wann ein Patient nach einer Aufnahme vom ärztlichen Dienst gesehen bzw. bis wann eine ärztliche Visite auch am Wochenende durchgeführt werden muss?

Zumeist erfolgt die Versorgung der „Außenlieger“ durch die Ärzte, nachdem sie die Patienten auf den facheigenen Stationen versorgt haben. Diese Tätigkeit wird in aller Regel „on top“ durchgeführt. Sie ist wegen des unberechenbaren Aufkommens an Patienten schlecht planbar und eine zusätzliche Aufgabe für Tag- und Bereitschaftsdienste. Alleine dadurch kann es zu Verzögerungen kommen.

Derzeit gibt es Hinweise, dass infolge der seit Anfang 2019 geltenden Pflegepersonaluntergrenzen (die für die Intensivmedizin, Geriatrie, Kardiologie und Unfallchirurgie gelten) gelegentlich Patienten in Bereiche verlegt werden, in denen keine Untergrößen vorgegeben sind (s. auch Titelthema dieser Ausgabe).

### Wichtige Empfehlungen aus diesem Ereignis:

Alle Beteiligten auf den Stationen wie in den verantwortlichen Abteilungen müssen jederzeit über die „außenliegenden“ Patienten und die jeweilige ärztliche Zuständigkeit informiert sein:

- Die Ärzte der jeweiligen Fachabteilungen müssen eine Liste der „außenliegenden“ Patienten, für die sie zuständig sind, führen. Diese Liste muss Bestandteil der Übergabe an den Bereitschaftsdienst und an die Kollegen der Wochenend-Visite sein. Das System der Übergabe sollte bestmöglich gewährleisten, dass alle relevanten Informationen übergeben werden.
- Die Mitarbeiter der Stationen müssen die Information, welche Fachdisziplin auf welche Weise (eine feste Telefonnummer sowohl im Tagdienst als auch im Bereitschaftsdienst) für Belange der betroffenen Patienten angesprochen werden kann, jederzeit zur Verfügung haben.
- Wie im Fall der Visiten (auch am Wochenende) verfahren wird, sollte zwischen den beteiligten Abteilungen vereinbart und diese Vereinbarung allen bekannt sein.

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



EDITORIAL.....

**Alle Kinder sind zu schützen!**  
 Von Susanne von der Heydt.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*  
 ..... 6

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

**„Wir alle sind die Kammer!“**  
 Interview mit Vorstandsmitglied Peter Bobbert zur geplanten Neufassung der Beitragsordnung und der Gebührenordnung.....21

**Erwartungen an den 122. Deutschen Ärztetag**  
 Einige Stimmen Berliner Delegierter ..... 24

**Deutscher Ärztetag: Dialog mit jungen Ärztinnen und Ärzten**  
 ..... 29

**Medizinische Fachangestellte: Aus- und Fortbildung** .....30

**Zahl der Behandlungsfehlervorfälle 2018 erneut gesunken**  
 .....31

**Krank durchs Krankenhaus?**  
 Nosokomiale Infektionen: Veranstaltung der Berliner Medizinischen Gesellschaft  
 Von Adelheid Müller-Lissner.....33

FORTBILDUNG.....

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

**Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin**  
 .....26

PERSONALIEN.....

**Ein Chef im besten Sinne – Sándor Kecskés zum 85. Geburtstag**.....23

**Hans-Herbert Fülle: Abschied von der Ethik-Kommission**  
 .....29

FEUILLETON.....

**Auf Messers Schneide**  
 Ausstellung zu Ferdinand Sauerbruch im Berliner Medizinhistorischen Museum  
 Von Adelheid Müller-Lissner.....35

TITELTHEMA



## Nach unten offen

Sind Personaluntergrenzen für die Ärzte die Lösung für die Versorgungsprobleme in den Kliniken?

Von Thomas Trappe, Seite 14

Fortbildungsveranstaltung

## 12. Gesundheitsforum des Landessportbundes Berlin – „Bewegung, Sport und Gelenke“

**Datum:** Samstag, 25.05.2019, 09:30-15:30 Uhr  
**Ort:** Gerhard-Schlegel-Sportschule des Landessportbundes Berlin, Priesterweg 4-6b, 10829 Berlin

### Programm:

09:30-09:45 Eröffnung, Begrüßung und Organisatorisches

### Medizinischer Fachvortrag:

09:45-11:00 **Arthrose und Sport** (Dozent: Prof. Dr. med. Roland Becker – Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Sportmedizin)

### Praxisblock 1+2:

11:30-13:00 **Faszien vom Muskel bis hin zum Gelenk** (Dozentin: Marion Glogowsky-Preuss – Sporttherapeutin, Heilpraktikerin, Lehrerin für Tai Ji Quan und Qigong)

11:30-13:00 **Laufanalyse – Verletzungsursachen erkennen, Beschwerden vorbeugen** (Dozentin: Maria Neutzner – Dipl.-Sportwissenschaftlerin, B-Trainerin Leichtathletik/Laufdisziplinen)

11:30-13:00 **Rehasport mit Gelenkpatienten/-innen** (Dozentin: Sonja Hupfer – Physiotherapeutin, Dipl.-Medizinpädagogin)

11:30-13:00 **Funktionelle 3-D-Bewegungen des Hüftgelenks** (Dozent: Oliver Hartelt – Dipl.-Sportwissenschaftler)

11:30-13:00

**Beweglichkeitstraining für Halswirbelsäule-Schulter-Nacken** (Dozent: Frank Jürgens – Dipl.-Sportwissenschaftler, staatl. gepr. Heilpraktiker)  
**Sportschuhwahl und Einlagenversorgung – Möglichkeiten zur Vermeidung und Behandlung von Gelenkbeschwerden** (Dozent/-in: Stephan Höhmann, Sensomotorikzentrum Berlin)

11:30-13:00

13:00-14:00

Mittagspause

### Seminarblock 2:

siehe Seminarblock

14:00-15:30

### Wissenschaftliche Leitung:

Dr. med. Jürgen Wismach (Präsident Sportärztekund Berlin-Brandenburg e.V.)

### Fortbildungspunkte:

8 Punkte (Beantragt als Fortbildung durch die Ärztekammer Berlin)

Teilnahmegebühr: 50,- € (inkl. Mittagessen)

Weitere Informationen und Anmeldung (bis 15.05.2019) unter [www.lsb-berlin.de/angebote/gesundheitsport/gesundheitsforum/](http://www.lsb-berlin.de/angebote/gesundheitsport/gesundheitsforum/)

### Auskünfte erteilt:

Katja Sotzmann, Landessportbund Berlin e.V., Tel.: 030 / 300 02 127  
 E-Mail: [K.Sotzmann@lsb-berlin.de](mailto:K.Sotzmann@lsb-berlin.de)



## Leitungswechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



### Jüdisches Krankenhaus Berlin

Am 1. April 2019 hat Dr. med. Torsten Volkmann als neuer Chefarzt die Leitung der Klinik für Gefäßchirurgie am Jüdischen Krankenhaus Berlin übernommen. Er wechselt vom Helios Klinikum Bad Saarow und verfügt über eine besondere Expertise in der Aortenchirurgie. Dr. Volkmann studierte an der Humboldt-Universität zu Berlin Humanmedizin und ist Facharzt für Gefäßchirurgie und Facharzt für Chirurgie. Nach dem Studium führte ihn sein ärztlicher Werdegang nach Dresden, London, Belgien und Berlin. Zu seinen medizinischen Schwerpunkten zählen die Aorten- und die Karotis-Chirurgie. Sein Spektrum umfasst die gesamte offene Gefäßchirurgie in Kombination mit interventionellen und minimal-invasiven Methoden, den sogenannten Hybridverfahren, die Shunt-Chirurgie und die Behandlung von Venenerkrankungen.

### Vivantes Klinikum Am Urban

Pia Gabel hat als Geschäftsführende Direktorin am 1. April die Leitung des Vivantes Klinikum Am Urban übernommen. Damit tritt sie die Nachfolge von Dr. Johannes Danckert an, der in der Funktion als Regionaldirektor Süd/West weiterhin für das Klinikum zuständig bleibt, darüber hinaus aber auch als Geschäftsführender Direktor die Geschäfte des Klinikums Neukölln führt. Pia Gabel war bereits seit Februar 2018 in der Regionaldirektion tätig. Sie war zuletzt als Standortkoordinatorin im Vivantes Klinikum am Urban tätig. In dieser Funktion war sie primäre Ansprechpartnerin für die 12 Fachkliniken und den Funktionsdienst und mit originären Aufgaben in der geschäftsführenden Direktion vertraut. In den vergangenen Monaten hat sie intensiv und in enger Zusammenarbeit mit ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitenden die Durchführung operativer Projekte sowie die Optimierung von Prozessen im Vivantes Klinikum Am Urban vorangebracht.

### Franziskus-Krankenhaus Berlin

Der Gefäßspezialist Dr. med. Frank Schönenberg ist neuer Chefarzt der Klinik für Chirurgie im Franziskus-Krankenhaus Berlin. Er tritt damit auch in die Leitung des „Deutschen Gefäßzentrums Berlin“ ein. Dr. Schönenberg war in gleicher Funktion seit 2011 am Sankt Gertrauden Krankenhaus tätig; er folgt auf PD Dr. med. Ralph-Ingo Rückert. Mit dem Wechsel ins Franziskus-Krankenhaus Berlin kehrt Dr. Schönenberg an die Klinik zurück, in der er 1987 seine ärztliche Karriere als Assistenzarzt begann und wo er auch während der 1990er Jahre tätig war. Später arbeitete er in Singen am heutigen Hegau-Bodensee-Klinikum und als Oberarzt in der Asklepios Klinik Birkenwerder. Dr. Schönenbergs besondere fachliche Schwerpunkte sind die Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms sowie die Interventionelle Therapie von Gefäßerkrankungen.

### Charité – Universitätsmedizin Berlin

Prof. Dr. med. Frank Tacke übernimmt die Professur für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hepatologie und Gastroenterologie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Mit der Professur ist die Leitung der Medizinischen Klinik für Hepatologie und Gastroenterologie am Campus Charité Mitte und am Campus Virchow-Klinikum verbunden. Der Experte hat sich zum Ziel gesetzt, die fächerübergreifende Zusammenarbeit in der Versorgung von Erkrankungen der Leber und des Verdauungstrakts weiter zu intensivieren, wobei die auf jeden einzelnen Patienten abgestimmte Therapie im Fokus steht.

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 presse@aekb.de

## Leitungswechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



### Rehazentrum Westend

Seit 1. April 2019 ist Dr. med. Amir Jawari Chefarzt des auf ambulante

Rehabilitation in den Bereichen Kardiologie, Angiologie und Diabetologie spezialisierten Rehazentrum Westend. Neben seiner Tätigkeit als Leiter des Kardiologischen Zentrums im Franziskus Krankenhaus Berlin verbringt Dr. Jawari (Facharzt für Innere Medizin / Kardiologie) ab sofort einen Teil seiner Arbeitszeit im Rehazentrum Westend und wird mit seinem Team eine adäquate Sekundär- als auch Primärbehandlung der anspruchsvollen Krankheitsbilder garantieren.

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 presse@aekb.de

## Infoveranstaltung für Ärztinnen und Ärzte

### Klinisches Krebsregister für Brandenburg und Berlin

Die nächste Informationsveranstaltung des Klinischen Krebsregisters für Brandenburg und Berlin findet am Mittwoch, den 19. Juni 2019, in der Berliner Registerstelle statt.

Die Veranstaltung informiert Ärztinnen und Ärzte insbesondere über die Themen Meldepflicht und Meldevergütung mit folgenden Fragestellungen:

- Wer muss welche Informationen zu welchem Zeitpunkt an das KKRBB melden?
- Auf welchen Wegen erfolgt die Meldung?
- Wie ist die Meldevergütung für den Meldeaufwand geregelt?

In einer offenen Diskussionsrunde besteht die Möglichkeit, Fragen zu stellen und miteinander ins Gespräch zu kommen. Gerne können Sie bereits bei der Anmeldung Fragen einreichen, die in diesem Kontext für Sie besonders relevant sind. Richten Sie diese bitte an: [presse@service.kkrbb.de](mailto:presse@service.kkrbb.de).

Die Informationsveranstaltung findet von 17.00 bis 19.00 Uhr in der Registerstelle Berlin, Potsdamer Str. 182, statt.

Bei der Ärztekammer Berlin werden zwei Fortbildungspunkte der Kategorie A beantragt.

Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Es wird keine Teilnahmegebühr erhoben. Bitte melden Sie sich unter der E-Mail [presse@service.kkrbb.de](mailto:presse@service.kkrbb.de) an. Weitere Informationen finden Sie auf der Webseite unter: [www.kkrbb.de](http://www.kkrbb.de)

Klinisches Krebsregister  
Brandenburg ■ Berlin



Informationsveranstaltung  
für Ärztinnen und Ärzte



**Mittwoch, 19. Juni 2019**

17.00 Uhr – 19.00 Uhr

- Meldevergütung
- Meldepflicht
- Diskussionsrunde

#### Veranstaltungsort:

Registerstelle Berlin  
Potsdamer Straße 182  
10783 Berlin

### Alkawakibi: Mentoren gesucht

Das Deutsch-Syrische Forum für Ärzte, Zahnärzte und Apotheker des Vereins Alkawakibi e. V. kümmert sich ehrenamtlich um ausländische Ärztinnen und Ärzte und hilft bei der Vorbereitung z. B. Fachsprachprüfung, bei Behördengängen und auch den Umgang mit Simulationspatienten in einer Arztpraxis zu erlernen. Für diese vorbildliche Arbeit erhielt der Verein 2017 den Berliner Gesundheitspreis.

Im BERLINER ÄRZTE 9/2018 wird in dem Artikel „Der lange Weg zum Patienten“ ausführlich dargestellt, welche vielfältigen Probleme für die ausländischen Kollegen bestehen. Ich möchte Kolleginnen und Kollegen Mut machen, bei uns mitzuhelfen. Ich bin Internistin, jetzt im Ruhestand und bin seit 1,5 Jahren bei Alkawakibi tätig.

Zu Beginn habe ich zwei syrische Kollegen für die Kenntnisprüfung vorbereitet, die sie auch bestanden haben. Wir haben uns alle zwei Wochen in einer Stadt-

bibliothek getroffen und Krankheiten an Hand von Fällen besprochen, dafür gibt es Bücher, die die Kollegen alle kennen. Die Kollegen sprechen gut Deutsch, sie haben schon die Sprachkurse A-C besucht oder sind momentan noch im Kurs, bereiten sich aber auch auf die Fachsprachprüfung vor. Für die Fachsprachprüfung habe ich eigene fiktive Anamnesen erstellt, die von den Kollegen erfragt werden müssen.

#### Hauptstadtkongress 2019

---

### Voneinander lernen: Deutsch-polnischer Erfahrungsaustausch



Dr. Erik Bodendiek, im Rahmen des Deutschen Ärzteforums durch eine länderübergreifende Veranstaltung führen. Unter dem Titel: „Voneinander lernen! Deutsch-polnischer Erfahrungsaustausch am Beispiel des Rehabilitations- und Präventionsgesetzes“ werden deutsche und polnische Experten am Donnerstag, dem 23. Mai von 11.30 bis 13.00 Uhr diskutieren.

Anschließend müssen Sie einen Bericht von einer Seite schreiben, die Diagnose stellen, Untersuchungsmethoden, Differentialdiagnosen und Therapie kurz vorstellen (in 20 min). Danach wird mündlich der Fall vorgetragen.

Zur Zeit betreue ich zwei Kollegen. Da jedoch noch andere Ärzte/-innen Unterstützung brauchen, würden wir uns über

Kolleginnen und Kollegen freuen, die mitmachen. Abschließend möchte ich gern noch erwähnen, dass mir die Treffen mit den Kollegen viel Freude machen, es wird viel gelacht und ich spüre eine große Dankbarkeit.

Bei Interesse melden Sie sich bitte unter E-Mail: [medforum@alkawakibi.org](mailto:medforum@alkawakibi.org)

*Doris Nelke-Scheuermann*



Interventionsprogramm

## Arzt SUCHT Hilfe – Suchtproblematik bei Ärzten

Das Interventionsprogramm der Ärztekammer Berlin berät und begleitet Ärztinnen und Ärzte mit problematischem Substanzkonsum professionell und kollegial. Suchen Sie Hilfe, Beratung, Unterstützung? Nutzen Sie die Möglichkeit mit den Vertrauenspersonen in Kontakt zu kommen!

Vertrauensperson	Tätigkeit	Erreichbarkeit
Dr. med. Thomas Reuter	Suchtbeauftragter der Ärztekammer Berlin Oberarzt, DRK Kliniken Berlin   Mitte	E-Mail: <a href="mailto:suchtbeauftragter@aekb.de">suchtbeauftragter@aekb.de</a> Mobil: 01520 – 157 6651
Dr. med. Ute Keller	Leitende Oberärztin, Alexianer St. Joseph-Krankenhaus, Klinik für Suchtmedizin	E-Mail: <a href="mailto:U.Keller@aekb.de">U.Keller@aekb.de</a> Tel.: 030 – 927 90 226/230
Dr. med. Alexander Stoll	Leitender Oberarzt, Vivantes Entwöhnungstherapie, Hartmut-Spittler-Fachklinik am Auguste-Viktoria-Klinikum	E-Mail: <a href="mailto:A.Stoll@aekb.de">A.Stoll@aekb.de</a> Tel.: 030 – 130 20 86 02
Dr. med. Darius Chahmoradi Tabatabai, MBA	Chefarzt, Hartmut-Spittler-Fachklinik am Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum	E-Mail: <a href="mailto:D.ChahmoradiTabatabai@aekb.de">D.ChahmoradiTabatabai@aekb.de</a> Tel.: 030 – 130 20 86 01
Dr. med. Monika Trendelenburg	Oberärztin, Vivantes Klinikum Neukölln, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	E-Mail: <a href="mailto:M.Trendelenburg@aekb.de">M.Trendelenburg@aekb.de</a> Tel.: 030 – 130 14 22 75 / Mobil: 0151 - 58 04 54 63
Norbert Erez Lyonn	Arztpraxis für Allgemeinmedizin (u.a. Schwerpunkt Suchtmedizin)	E-Mail: <a href="mailto:N.Lyonn@aekb.de">N.Lyonn@aekb.de</a> Tel.: 030 – 2355490
Dr. med. Deniz Cerci MRCPsych MSc	Oberarzt, Vivantes Wenckebach-Klinikum Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	E-Mail: <a href="mailto:D.Cerci@aekb.de">D.Cerci@aekb.de</a> Tel.: 030 – 130 19 2304

Weitere Informationen auf der Homepage der Ärztekammer Berlin [www.aekb.de/suchtintervention/](http://www.aekb.de/suchtintervention/)

Nationalsozialismus

## Charité-Buch jetzt kostenfrei online verfügbar

Das Interesse an der Geschichte der medizinischen Wissenschaft in der Zeit des Nationalsozialismus ist weiterhin groß. Das Buch „Die Charité im Dritten Reich. Zur Dienstbarkeit medizinischer Wissenschaft im Nationalsozialismus“ von Sabine Schlei-ermacher und Udo Schagen ist seit Langem vergriffen und der Ferdinand Schöningh Verlag sah sich leider nicht imstande, eine Neuauflage zu verwirklichen.

Seit Januar 2019 steht aber nun eine überarbeitete Auflage online zur Verfügung: <https://charite.zeitarchiv.de>, die wie eine Open-Access-Fassung genutzt werden kann.

Der Inhalt des Buches liegt in verschiedenen Fassungen vor: Online, als Download für alle E-Reader sowie als pdf-Datei. Jeder Aufsatz schließt mit einer Zusammenfassung in Englisch. Unter der Überschrift „Kontexte“ finden sich auch bisher unveröffentlichte Interviews der RBB-Regisseurin und Drehbuchautorin Dagmar Wittmers mit Udo Schagen.

Dem Nutzer entstehen, auch beim Ausdruck, keinerlei Kosten. Der Vorstandsvorsitzende der Charité, Prof. Dr. med. Dr. h. c. Karl Max Einhäupl, hat zur Neuauflage ein Geleitwort geschrieben, in dem er auch auf die Verflechtung des Projekts mit der GeDenkOrt-Webseite der Charité – Universitätsmedizin Berlin hinweist (<https://gedenkort.charite.de/>)

Netzfundstück

## Schwesterfraudoktor: aus dem Alltag einer Landärztin

Herzerfrischende Abwechslung vom ärztlichen Alltag bietet...der Alltag einer Landärztin. Oder vielmehr ihr Blog. Unter [www.schwesterfraudoktor.de](http://www.schwesterfraudoktor.de) macht sich die angehende Allgemeinmedizinerin Dr. Ulrike Kooock so ihre Gedanken über die Absurditäten des Arztdaseins – mal lustig, mal ernst und tiefgründig. Sehr amüsant zum Beispiel der Blogbeitrag „How to... talk to Pharmareferenten – Ein Gesprächsprotokoll“. Kooock, die sich derzeit in Elternzeit befindet, arbeitet in einer hausärztlichen Gemeinschaftspraxis im hessischen Nidderau, nordöstlich von Frankfurt/Main. Beim Lesen spürt man ihre Lust am Schreiben. „Seit 10 Jahren bin ich nun Ärztin und kann nicht behaupten, dass ich es immer gerne gemacht habe. bzw. mache. Manchmal mag ich meine Arbeit nicht, denn die Bedingungen sowohl in der Klinik als auch in der Praxis sind manchmal kaum zu ertragen. Und gleichzeitig liebe ich meinen Beruf, denn ich bin einfach mit Leib und Seele Ärztin. Irgendwann begann ich, die Geschichten und Gedanken aufzuschreiben“, erzählt Kooock, die nebenbei auch Journalismus studiert, auf ihrer Website.

Kooocks zweites Herzensprojekt ist das „Twankehaus“. Dabei handelt es sich um ein Projekt auf Twitter. Es begann mit dem Hashtag #twankehau, mit dem mehrere Ärztinnen und Ärzte anfangen, das ideale Krankenhaus zu beschreiben. Inzwischen hat sich daraus eine ziemlich konkrete Beschreibung entwickelt, wie ein menschenfreundliches Krankenhaus für Ärzte und Patienten aussieht. Einfach mal reinschauen bei Twitter...



Foto: www.schwesterfraudoktor.de



*Behindertenhilfe und Psychiatrie*

## Stiftung Anerkennung und Hilfe verlängert Anmeldefrist

Die Stiftung Anerkennung und Hilfe unterstützt Menschen, die als Kinder und Jugendliche in der Zeit von 1949 bis 1975 in der Bundesrepublik Deutschland bzw. von 1949 bis 1990 in der DDR in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe oder der Psychiatrie Leid und Unrecht erfahren haben und heute noch unter den Folgen leiden.

Die Stiftungsrichter Bund, Länder und Kirchen haben die Anmeldefrist für Betroffene um ein Jahr verlängert. Betroffene können sich nun bis zum 31. Dezember 2020 bei einer Anlauf- und Beratungsstelle anmelden. In allen Ländern gibt es regionale Anlauf- und Beratungsstellen, an die sich Betroffene wenden können. Diese Stellen können bei Bedarf auch Hausbesuche machen und Assistenz anbieten.

Weitere Informationen unter [www.stiftung-erkennung-und-hilfe.de](http://www.stiftung-erkennung-und-hilfe.de)  
Infotelefon: 0800/221 2218

*Personalie*

## Bernd Wolfarth neuer Präsident der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention

Der Sportbeauftragte der Ärztekammer Berlin, Professor Dr. med. Bernd Wolfarth, ist neuer Präsident der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V. Er folgt auf Professor Dr. med. Klaus-Michael Braumann (Hamburg), dessen Präsidentschaft nach zwei Amtszeiten turnusmäßig endet.

Seit 2014 ist Prof. Wolfarth Ordinarius für Sportmedizin an der Humboldt-Universität zu Berlin sowie Chefarzt der Abteilung Sportmedizin an der Charité Universitätsmedizin Berlin. Für den Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB) ist er seit Februar 2010 Leitender Olympiaarzt und betreute die Deutschen Olympiamannschaften bei zwischenzeitlich acht Olympischen Spielen. In der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention begleitete er seit November 2015 das Vizepräsidentenamt für Berufs- und Standesfragen. Im Rahmen der Delegiertenversammlung der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V. in Frankfurt am Main wurde Wolfarth einstimmig in das Präsidentenamt gewählt.

*Selbstverwaltung*

## BÄV-Vertreterversammlung: Erneute Vorsitzenden-Wahl

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin hat in ihrer Sitzung am 6. März die Vertreterversammlung der Berliner Ärzterversorgung (BÄV) für die neue Amtsperiode gewählt (s. Bericht in Heft 4/2019, S. 22). Gemäß der geltenden Satzungsanlage sind in diesem Zusammenhang auch der Vorsitzende und der stellvertretende Vorsitzende des Gremiums gewählt worden. Im Nachgang zur Wahl ist bewusst geworden, dass in das Ende November 2018 in Kraft getretene Berliner Heilberufekammergesetz eine vom Satzungsrecht der Ärztekammer Berlin abweichende Regelung zur

Vorsitzwahl aufgenommen worden ist. Nach dem Gesetz ist vorgesehen, dass der/die Vorsitzende und sein/e Stellvertreter/in in der konstituierenden Sitzung durch die zwölf Mitglieder der Vertreterversammlung gewählt werden. Die Wahlen des Vorsitzenden und des Stellvertreters müssen daher wiederholt werden. Die für den 11. April vorgesehene konstituierende Sitzung der Vertreterversammlung ist allerdings aufgrund fehlender Beschlussfähigkeit verschoben worden. Ein neuer Sitzungstermin stand zum Redaktionsschluss noch nicht fest. srd

*Kurs*

## Weiterbildungskurs in der Kinder- und Jugendmedizin der Ärztekammer Berlin zum Facharzt für Allgemeinmedizin

Der Kurs Kinder- und Jugendmedizin 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. Die Hospitation darf erst nach erfolgter Anmeldung und Eingang des Teilnehmer-Entgelts erfolgen.

### Termine

9 Stunden Theoriekurs:  
jeweils **mittwochs**  
17:00 – 19:30 Uhr

**28.08.2019** - Thema „Häufige Vorstellungsanlässe“

**11.09.2019** - Thema „Prävention“

**06.11.2019** - 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

Veranstungshinweis

## Nächstes Assistentensprechertreffen in der Kammer

Die Assistentensprecherinnen und -sprecher der Berliner Kliniken treffen sich wieder in ihrer Kammer. Das nächste Treffen findet am Mittwoch, 12. Juni 2019, ab 19.00 Uhr in der Ärztekammer

Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin statt.

Bei Fragen hierzu wenden Sie sich bitte an Simone Streller, Büro des Präsidenten, Tel.: 030/40806-5001 E-Mail: s.streller@aekb.de

Sport

## An den Start zur 2. Berliner Ärztelaufmeisterschaft

Nach der erfolgreichen Premiere im Vorjahr sind die Läuferinnen und Läufer der Berliner Ärzteschaft zu ihrer zweiten Meisterschaft einladen. Am Sonntag, 16.6. 2019, findet im Rahmen des 23. Hohenschönhausener Gartenlaufes ein gesonderter Wettkampf statt.

Auf einem Rundkurs durch die Kleingartenanlage Falkenhöhe Nord geht es sechsmal an Start und Ziel vorbei bis die Wettkampfstrecke von 11 km geschafft ist. Es gibt eine besondere Wertung, die das Alter der Ärztinnen und Ärzte berücksichtigt. Ab dem Geburtstag gibt es mit jedem neuen Lebensjahr einen kleinen Zeitbonus. Wie wirkt sich dies aus?

Hier ein kleines Rechenbeispiel:

30 Jahre: 40:00 min  
40 Jahre: 41:29 min  
50 Jahre: 44:45 min  
60 Jahre: 49:06 min  
70 Jahre: 54:42 min

Diese Zielzeiten wären alle gleichrangig. Die Anmeldung ist möglich über [www.ziel-zeit.de](http://www.ziel-zeit.de) Organisierender Verein ist der LC Ron Hill Berlin.



Termin

Save the Date:



**8. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin**



in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

**Medizin 4.0 – digitale Kompetenz macht den Unterschied!**

**30.11.2019 | 9:00 – 17:30 Uhr  
Ärztekammer Berlin**

Weiteren Informationen finden Sie unter [www.aekb.de/fb-kongress2019](http://www.aekb.de/fb-kongress2019)



Kurs

## Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

Der 200-Stunden-Kurs Qualitätsmanagement nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin im Herbst 2019 als Kompaktkurs innerhalb von drei 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:**  
09.09. - 14.09.2019  
**Präsenzwoche 2:**  
21.10. - 26.10.2019  
**Präsenzwoche 3:**  
09.12. - 14.12.2019  
(jeweils montags bis freitags 09:00 – 18:00 Uhr und samstags 09:00 – 16:00 Uhr)

**Veranstaltungsort:**  
Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin  
**Informationen und Anmeldung:**  
Tel.: 030/40806-1402 (Organisation),  
Tel.: 030/40806-1400 (Inhalte) oder per E-Mail: [QM-Kurs@aekb.de](mailto:QM-Kurs@aekb.de)

# NACH UNTEN

## Sind Personaluntergrenzen für Ärzte die Lösung für Versorgungsprobleme in den Kliniken?

Braucht es nach der Pflege jetzt auch für Klinikärzte Personaluntergrenzen? Ja, sagt der Marburger Bund, und viele überlastete Ärztinnen und Ärzte erhoffen sich von solch einem Schritt etwas mehr Luft im Krankenhausalltag. Manche glauben auch, damit dem verhassten DRG-System indirekt den Garaus machen zu können. Die Idee klingt verlockend, könnte aber auch als trojanisches Pferd daherkommen, sagen Kritiker. Sie fürchten, am Ende mit weniger statt mehr Personal dazustehen. Dafür sprechen auch erste Erfahrungsberichte aus der Pflege.

*Von Thomas Trappe*



Foto: Spotmatikphoto/fotolia.com

# OFFEN

**F**ast die Hälfte seines Lebens hat Dr. Matthias Raspe, 37 Jahre alt, mit seiner Ausbildung zum Mediziner und der Weiterbildung zum Facharzt verbracht. Gerade befindet sich Raspe in der Endphase der dreijährigen Weiterbildung zum Pneumologen, die an die internistische Weiterbildung anknüpfte. Raspe kennt sich also nicht nur mit Lungenheilkunde aus, sondern auch mit den Mühen, die der ärztliche Nachwuchs in den Kliniken dieses Landes durchläuft. Dabei absolvierte Raspe, der auch Sprecher der Jungen Internisten in der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin ist, seine komplette Weiterbildung in der Charité, und damit an einer der renommiertesten Kliniken des Landes. Doch auch hier, sagt er, könne man die Augen vor einem Problem nicht mehr verschließen, das nicht nur die ärztliche Weiterbildung, sondern auch die Gesundheit von Patienten gefährdet: der Mangel an ärztlichem Personal. Wenn Raspe sagt, dass er in seiner Weiterbildung auf verschiedensten Stationen „rotiert“ ist, dann ist die doppelte Bedeutung des Begriffes kaum zu überhören. „Natürlich würden Personaluntergrenzen auch im ärztlichen Bereich Abhilfe schaffen“, ist Raspe überzeugt. Allein ist er damit nicht.

Jeder, der schon einmal mit einem Berliner Arzt in Weiterbildung gesprochen hat, kennt die Geschichten von panikdurchsetzten Nachwuchsmedizinerinnen, die nicht nur auf das Ende erbarmungsloser Schichten hoffen, sondern noch viel mehr darauf, dass sie in diesen alle Patienten angemessen versorgen und vor allem nicht einen der Unerfahrenheit oder Übermüdung geschuldeten fatalen Fehler begehen. Unter Ärzten mögen solche Geschichten, haben sie sie hinter sich gebracht, zur Folklore gehören, doch übersehen wird dabei gerne die Außenwirkung. Denn es sind ja vor allem Patienten, die sich brennend für diese Storys interessieren und daraus ihre Schlüsse ziehen – und meist keine, die das Vertrauen in die klinische Qualität stärken. Die enge Personal-



Foto: privat

*Matthias Raspe: „Personaluntergrenzen im ärztlichen Bereich würden helfen.“*

decke ist also nicht nur ein ärztliches Problem, sondern auch ein Beitrag zum Imageverlust der Klinikärzte. Wäre es also nicht aus sehr vielen Gründen Zeit zu handeln?

### **Außerplanmäßiges ist nicht vorgesehen**

Aus Sicht des Marburger Bundes (MB) auf jeden Fall. Neben den gerade eingeführten Personaluntergrenzen im Bereich der Pflege fordert der Bundesverband seit einiger Zeit, diese auch für Klinikärzte zu etablieren. In der Pflege gelten seit Anfang dieses Jahres Mindestpersonalzahlen für vier „pflegesensitive“ Bereiche, ab nächstem Jahr sollen Untergrenzen für ganze Häuser folgen. „Auf diese Pflegeuntergrenzen schauen jetzt erst einmal alle im Gesundheitswesen“, sagt Dr. Thomas Werner halb anerkennend, halb resigniert, weil jetzt erst mal „der Mangel bei den Klinikärzten aus dem Blick gerät“.

Werner ist Vorstandsmitglied des Berlin-Brandenburger MB-Landesverbands, für ihn ist er auch Mitglied im Vorstand der Ärztekammer Berlin. Dort ist er auch Vorsitzender des Unterausschusses „Stationäre Versorgung“. Werner

arbeitet in der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie des Vivantes-Klinikums am Friedrichshain und ist außerdem Betriebsrat des kommunalen Unternehmens. Nicht nur im Vivantes, sagt er, sondern in allen Berliner Häusern sehe man, „dass die Stellenpläne absolut auf Kante genäht sind“. Das spüre jeder Arzt, der länger dabei sei. Als er vor 20 Jahren angefangen habe, sei es bei größeren Operationen noch üblich gewesen, mit einem Chef-, Ober-, Fach- und Assistenzarzt zu operieren, heute sei die Zweierbesetzung die Regel. „Die Ärzte werden so eingesetzt, dass es gerade funktioniert“, schildert Werner seine Erfahrung, er schätzt, dass in den Kliniken nur 70 bis 80 Prozent des eigentlich nötigen ärztlichen Personals vorgehalten würden. „Eine ärztliche Tätigkeit im wünschenswerten Rahmen wird damit nicht ermöglicht.“ Das schlage sich auch in der ärztlichen Weiterbildung nieder.

Etwa, wenn auf einer kardiologischen Station mit 24 Betten und 14 täglichen Neuaufnahmen zwei Assistenzärzte versuchen, alles am Laufen zu halten. Es ist eine dieser Horrorschichten aus der Weiterbildung, an die der Charité-Arzt Raspe sich erinnert. „Da ist man nur noch damit beschäftigt, Patienten auf-

zuklären, ihnen Blut abzunehmen, sie zu untersuchen und dann nach den geplanten Eingriffen nach Hause zu schicken“, sagt er. „Außerplanmäßiges darf da nicht dazwischenkommen.“ Für zusätzliche administrative Arbeiten Freizeit zu opfern, ist für viele Nachwuchsärzte wie ihn dabei sowieso Alltag. Raspe weiß auch von einer befreundeten Assistenzärztin eines kleinen Berliner Hauses zu berichten, die nachts alleine eine kleine Intensiv-, mehrere reguläre Stationen und dazu noch eine Rettungsstelle betreut habe. „Jeder Patient hat einen Anspruch auf die Behandlung durch einen Facharzt“, betont Vivantes-Betriebsrat Werner. Und er weiß, dass diese Vorgabe immer schwerer einzuhalten ist.

## Angst vor der Kostenexplosion

Doch allzu groß ist der öffentliche Druck, nach den pflegerischen nun auch ärztliche Untergrenzen einzuführen, anscheinend erst mal nicht. Der MB hat eigenständige, legitime Interessen, fährt aber im Moment eher im Windschatten von Pflegegesetzen und -verordnungen. Als im Sommer 2017 das Bundesgesundheitsministerium (BMG) die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und den Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV-SV) beauftragte, Pflegepersonaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche festzulegen, begrüßte die Ärztegewerkschaft das und forderte analoge Regelungen auch für die Klinikärzte. Und nachdem Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) im Herbst vergangenen Jahres mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz den Weg dafür freimachte, künftig jede zusätzliche Pflegestelle in Kliniken ohne Deckelung zu finanzieren und die Pflege aus den DRGs herauszunehmen, wollte auch der MB die Auskopplung der Ärztevergütung. Die ökonomischen Anreize für Kliniken, die Personalkosten bei Ärzten zu drücken, verringerten sich damit, so die Hoffnung – schließlich würden sie dann direkt von der GKV finanziert und nicht über die unverhandelbaren Fallpauschalen.



Foto: K. Friedrich

Thomas Werner: „Die Ärzte werden so eingesetzt, dass es gerade funktioniert.“

„Die Politik befürchtet vor allem höhere Kosten“, interpretiert der Berliner MB-Vorstand Werner die allgemeine Zurückhaltung bei dem Thema. Allein das Pflegepersonalstärkungsgesetz kostet bis 2021 schon rund 4,5 Milliarden Euro, und billiger würde es bei den Ärzten ganz sicher nicht. Auch die gesundheitspolitische Großwetterlage spricht nicht gerade für einen Fokus auf die ärztliche Arbeitsbelastung, dafür ist der Druck in der Pflege einfach zu groß. Der Streik von Pflegekräften an der Charité im Herbst 2017 ist vielen Berlinern noch im Gedächtnis, und die meisten von ihnen sympathisierten mit dem Arbeitskampf, wenn auch nicht mit seinen Folgen. „Die meisten Bürger spüren den Personalmangel in der Pflege ganz deutlich“, sagt die Patientenbeauftragte des Landes, Karin Stötzner. Gleichzeitig werde die Verhandlungsposition der Ärzteschaft als deutlich stärker wahrgenommen, ist sie sicher. Anders gesagt: Die Forderung, Ärzte mit Personalvorgaben vor Überlastung zu schützen, ist kein Straßenfeger.

Das schlägt sich auch in der Berliner Landespolitik nieder. Gesundheits senatorin Dilek Kolat (SPD), die gerne betont,

zuerst Pflegesenatorin zu sein, beantwortet die Frage nach möglichen Personaluntergrenzen im ärztlichen Bereich eher knapp. „Im Land Berlin gibt es bereits seit Jahren im Krankenhausplan spezifische qualitätssichernde Vorgaben zur fachärztlichen Besetzung der Fachabteilungen“, richtet ein Sprecher der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung aus. Im Plan werden ärztliche Mindestzahlen unter anderem für Notaufnahmen, geriatrische, kardiologische oder neurologische Stationen benannt. Hier geht es um nicht zu unterschreitende Standards, um die Versorgung aufrecht zu erhalten – etwa, wenn die Einhaltung des Facharztniveaus auf den Stationen vorgeschrieben wird.

## Wem geht's schlechter?

Tatsächlich stehen die Ärzte im Vergleich zur Pflege ganz gut da, jedenfalls auf dem Papier. Denn seit Beginn der 90er Jahre sank in Berliner Kliniken die Zahl der Pflegekräfte stetig, während die Ärzte immer mehr wurden. Laut Statistischem Landesamt gab es 1995 den Höchststand an Pflegekräften, damals zählte man etwas mehr als 20.000 Vollzeitkräfte in diesem Bereich. 2009 waren es nur noch rund 12.000, seitdem gab es wieder einen leichten Anstieg, so dass heute rund 14.000 Kräfte vorhanden sind. Die Zahl der Ärzte schwankte in den 90ern und 2000ern hingegen kaum, jederzeit waren zwischen 6.500 und 7.000 Vollzeitkräfte im Einsatz. Ab 2010 gab es einen deutlichen Sprung, inzwischen zählt man rund 8.500 Ärzte. Der Personalzuwachs war bei ihnen in dieser Zeit also wesentlich stärker als in der Pflege.

Gleichzeitig gingen aber zwischen 2000 und 2017 die Fallzahlen in den Häusern noch viel deutlicher nach oben, nämlich um knapp 22 Prozent. Die durchschnittliche Verweildauer der Patienten hingegen sank um etwa 30 Prozent, was heißt, dass die Taktzahl für die Ärzte deutlich erhöht wurde. Sie mussten mehr Patienten in weniger Zeit auf-

klären, behandeln und wieder entlassen, doch genauso musste die Pflege diesen Durchsatz an Patienten irgendwie bewerkstelligen. Es ist daher müßig, den Arbeitszuwachs beider Berufsgruppen gegeneinander abzuwägen. Aber es ändert auch nichts daran, dass die miserable Situation in der Pflege die schlechten Bedingungen bei den Ärzten in den Schatten stellt.

„Untergrenzen im ärztlichen Bereich beschäftigen uns derzeit gar nicht“, bekommt man dann auch von Oliver Heide zu hören, dem stellvertretenden Geschäftsführer der Berliner Krankenhausgesellschaft. Auch er verweist auf den Zuwachs bei den ärztlichen Vollkräften seit 2010. „Gerade liegt unser Fokus klar auf den Untergrenzen in der Pflege“, und schon da zeige sich, dass solche Instrumente „mit enormer Bürokratie verbunden sind“. Heide räumt zwar ein, dass im ärztlichen Bereich in den Berliner Kliniken „die Arbeitsbelastung hoch ist, aber eine Fachkräftesituation wie in der Pflege haben wir dort derzeit nicht“. In den großen Kliniken der Stadt ist man bei dem Thema auffällig zurückhaltend. Bei Vivantes wird auf die Frage nach dem Sinn ärztlicher Untergrenzen fast schon stoisch geantwortet, man unterstütze „Bemühungen um eine bessere Personalausstattung in der Pflege“. Und in der Charité heißt es noch knapper, es handle sich um ein Bundesthema, zu dem man sich nicht äußere. Die Kliniken, so meint man fast, schauen derzeit gebannt auf die Pflegepersonaluntergrenzen und lassen dabei die Ärzte völlig außen vor.

## Wenn Pflege auf die Ärzte delegiert

Dabei spricht viel dafür, diese strikt getrennte Betrachtung hinter sich zu lassen. „Wir sind aufeinander angewiesen“, sagt Thomas Werner. Beide Berufsgruppen gegeneinander auszuspielen, ergebe gerade in einer wachsenden Metropole nur wenig Sinn, weil absehbar sei, dass der Versorgungsbedarf in den kommenden Jahren enorm



Foto: Stelle der Patientenbeauftragten

*Karin Stötzner: „Die meisten Bürger spüren den Personalmangel in der Pflege ganz deutlich.“*

steigen werde. Die Hauptstadt wächst, zusätzlich sorgt der demografische Wandel für mehr ältere Patienten und generell mehr Kranke, die in Kliniken aufschlagen. Pflegekräfte und Ärzte spüren da schon länger, dass sie an der gemeinsamen Front am besten überstehen, wenn sie mit möglichst wenig Reibungsverlusten zusammenarbeiten.

Der Charité-Mediziner Raspe spricht in diesem Zusammenhang einen Satz gelassen aus, mit dem man vor wenigen Jahren ganze Ärztetage gegen sich hätte aufbringen können. Er würde gerne mehr ärztliche Tätigkeiten an Pflegekräfte delegieren, „und auch bei der Substitution bin ich entspannter als einige meiner Kolleginnen und Kollegen“. Blutabnahmen oder EKGs schreiben, nennt er Beispiele, seien Aufgaben, die in der Pflege bestens aufgehoben wären. Aber so ganz scheint diese Rechnung derzeit eben nicht aufzugehen. Denn Raspe beobachtet gerade einen ganz anderen Trend: die Delegation pflegerischer Leistungen auf Ärzte. Dann etwa, wenn keine Pflegekraft vorhanden sei, um Patienten zu Untersuchungen zu bringen, und kurzherd der Arzt persönlich vorbeikom-

me – oder eine Ärztin die wichtige Infusion selbst anhängt, weil es sonst niemand schafft. „Wir merken immer öfter, dass die Pflege ihr übertragene Aufgaben zurückgeben muss, weil sie nicht hinterherkommt.“ Die Hoffnung, den ärztlichen Druck durch Delegation erheblich senken zu können, hat er daher nicht wirklich. Letztlich sei es egal, an welchem Ende einer viel zu kurzen Decke man ziehe.

Es müsse darum gehen, die Arbeit in den Krankenhäusern insgesamt effizienter zu gestalten, solange dies nicht geschehe, wären zusätzliche Ärzte nur eine „Symptombehandlung“, meint Raspe. „Wir haben nicht zu wenig Ärzte im System“, vielmehr würde ihnen zu viel unnötige Arbeit aufgedrückt. Er denkt dabei an die Abende, die er mit der Dokumentation verbringt, vor allem stören ihn aber doppelte und dreifache Datenerfassungen. Ein Beispiel: Bei der Aufnahme von Patienten müssten in der Charité deren Medikationspläne in ein System eingegeben werden, und das gleiche passiere dann nochmal für den Arztbrief zur Entlassung, und zwar in einem anderen System. „Bei mehr als zehn Medikamenten ist das eine ernsthafte Verschwendung ärztlicher Arbeitszeit“, sagt Raspe. Und plädiert dafür, Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben so weit wie möglich zu digitalisieren und zu vernetzen. „Wenn alles effizienter organisiert wäre, könnten wir uns auf das konzentrieren, wofür wir eigentlich da sind. Das gilt für die Ärzte wie für die Pflegenden.“

Eine Wunderwaffe gegen die Überlastung sei die Digitalisierung aber auch nicht. „Im Grunde wird es nur funktionieren, wenn man den Durchsatz in den Kliniken deutlich nach unten schraubt“, also weniger Patienten auf den Stationen anlanden lässt. Die Notfallpraxen der Kassenärztlichen Vereinigung, die es für Kinder und Erwachsene an insgesamt sechs Berliner Kliniken gibt und in denen möglichst viele Patienten ambulant behandelt werden



sollen, „sind dafür auf jeden Fall sehr hilfreich“. Aber mehr auch nicht. Immerhin kommen mehr als 1,2 Millionen Patienten pro Jahr in die 42 Berliner Notaufnahmen.

Die Ansicht Raspes, dass genügend Ärztinnen und Ärzte im System seien, teilt Thomas Werner nicht. Angesichts stark ansteigender Patientenzahlen und des medizinischen Fortschritts, der eine spezialisiertere und erweiterte Behandlung erfordere, brauche es auch numerisch mehr qualifizierte Ärztinnen und Ärzte. Nicht zu vergessen sei die zunehmende Anzahl von in Teilzeit tätigen Ärztinnen und Ärzten. Dabei sei einerseits der Wunsch nach einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie treibender Faktor dieser Entwicklung, gleichzeitig gebe es aber auch häufig die Schutzreaktion „Teilzeit statt Burnout“, erklärt Werner. Zudem führe eine über-effiziente Arbeitsorganisation fast zwangsläufig früher oder später zur Überhitzung des Systems durch psychische und physische Überlastung, ist der MB-Vorstand überzeugt.

## Unten ist der neue Standard

Gerade für Ambulanzen dürften sich viele Berliner Patienten mehr ärztliches Personal wünschen, gerne auch solches, das bereits eine Facharztausbildung abgeschlossen hat. Auch auf anderen Stationen herrscht gelegentlich das Gefühl einer nur mühsam kaschierten Mangelverwaltung vor. Was spräche also dagegen, hier Untergrenzen einzuführen? Beim Deutschen Pflegerat kann man darauf ein paar Antworten finden, immerhin hat der jetzt schon ein paar Erfahrungen mit Untergrenzen sammeln können. Diese gelten seit Januar dieses Jahres für die pflegesensitiven Bereiche, also Intensivmedizin, Geriatrie, Kardiologie und Unfallchirurgie.

Erst Anfang April schickten die Kliniken Zahlen raus, wie die von der Verordnung erfassten Stationen im ersten



Foto: Pflegerat

*Patrick Jahn: „Immer mehr Rechtfertigungszwang, wenn die Personalquote oberhalb der Untergrenzen liegt.“*

Quartal besetzt waren. Für eine valide Auswertung der Untergrenzen-Wirksamkeit ist es also noch viel zu früh. Nicht aber für ein Stimmungsbild, das der Pflegerat eingeholt hat. Und das fällt nicht so toll aus. „Ich würde den Ärzten raten, sich gut zu überlegen, ob sie wirklich Personaluntergrenzen, wie sie derzeit für die Pflege ausgestaltet sind, wollen“, sagt Anke Wittrich, „sie sollten sehr genau schauen, wie sich das in unserem Bereich entwickelt“. Die Ärztin Wittrich ist stellvertretende Vorsitzende des Bundesverbands Geriatrie und im Pflegerat Mitglied der Fachkommission, die sich mit dem System der Fallpauschalen, den DRGs, beschäftigt.

Grundsätzlich, betont Wittrich, halte sie viel von der Festlegung einer Mindestpersonalausstattung, wenn man sie als das verstehe, was sie seien: Nämlich rote Linien, die es nicht zu unterschreiten gelte. Genau das machten aber viele Kliniken nicht. „Wir wissen von Stationen, die jetzt Personal abbauen“, sagt sie – das betreffe Häuser, die über der jetzt definierten Grenze lägen. Dr. Patrick Jahn, wissenschaftlicher Leiter der Fachkommission DRG im Pflegerat, kann das bestätigen. „Wir hören derzeit

häufiger von einem Rechtfertigungszwang, wenn die Personalquote oberhalb der Untergrenzen liegt“, berichtet er. Aus den Untergrenzen würden damit in einigen Häusern Orientierungswerte, die das bisherige pflegerische Niveau absenkten. Jahn erinnert daran, wie die Untergrenzen formuliert wurden: Man schaute auf die personell am schlechtesten aufgestellten Häuser und berechnete daraus eine statistische Untergrenze.

„Mit Qualitätssicherung hat das nichts zu tun“, sagt Anke Wittrich. „Es geht einzig und allein darum, größeren Schaden von Patienten abzuwenden.“ Die Diskussion um Untergrenzen mit einer Qualitätsdebatte zu vermischen, sei daher Augenwischerei. Im schlimmsten Fall – nämlich dann, wenn in der Breite die Personalbemessungen auf das Niveau der Untergrenzen herabgesetzt würden – verschlechtere sich die pflegerische Situation sogar, und damit auch die Arbeitsbelastung für die Pflegenden. Der Bundesverband geht seit ein paar Jahren einen anderen Weg: Er formulierte Personalanhaltszahlen, die eine aus Sicht des Verbands qualitativ gute Versorgung gewährleisten. Diese Zahlen liegen deutlich über jenen, die das BMG als Untergrenze für die Geriatrie formuliert hat, betont Wittrich. Zudem sei es ein wesentlich einfacheres System, bei dem das Verhältnis von Pflegenden pro belegtem Bett im Jahresschnitt ausschlaggebend sei. Mitglied im Verband kann nur werden, wer beim Aufnahmeverfahren die Einhaltung des Personalschlüssels nachweisen kann.

Wittrich und Jahn beklagen bei den neuen Pflegepersonaluntergrenzen einen ungeahnten bürokratischen Aufwand. In den Häusern, in denen es eine elektronische Dienstplanung gebe, sei die Erfassung der schichtbezogenen Stationsbesetzungen noch relativ zügig machbar, sagt Wittrich, aber all die anderen ohne elektronische Erfassung – also die meisten – würden viele Stunden pro Woche in diese Aufgabe



Anke Wittrich: „Ärzte sollten sich gut überlegen, ob sie wirklich Personaluntergrenzen wollen.“

stecken müssen. „Dafür geht in der Regel ein kompletter Arbeitstag einer Pflegekraft verloren, Zeit, die dann natürlich wieder am Patienten fehlt“, sagt Wittrich. Zudem zögen die Untergrößen mancherorts bereits Bettenverschiebungen nach sich. Dann nämlich, wenn das festgelegte Verhältnis von Pflegenden zu Patienten nur dadurch eingehalten werden könnten, wenn es weniger Patienten gebe. Im Intensivbereich, wo die Zahlen belegter Betten kaum zu beeinflussen sind, könnten die Folgen auch Bettensperren sein. Was in vielen Regionen zu einem ernsthaften Mangel intensivmedizinischer Ressourcen führen könnte. Für Berlin allerdings dürfte dies nicht gelten.

### Flächendeckend oder gut?

Wahrscheinlich aber ist das die Gretchenfrage: Will man durchgängig eine qualitativ mindestens zufriedenstellende Versorgung oder eine, die den kompletten Bedarf deckt, dafür aber Abstriche bei der Qualität macht? Jede einzelne Option ist für sich genommen nicht zufriedenstellend. „Aber man kann nicht die Augen davor verschließen, dass es einfach zu wenig

Pflegekräfte gibt“, sagt der Pflegewissenschaftler Jahn. Metropolen mögen von diesem Mangel weniger stark betroffen sein, aber auch hier müssten vor allem die kleineren Häuser gegen die Konkurrenz der Großen ankämpfen. Die unbegrenzte Finanzierung zusätzlicher Stellen läuft für sie dann ins Leere, die Untergrößen wirken umso bedrohlicher.

Das Gleiche gilt für den ärztlichen Bereich. Konkret könnte das bald in den psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken werden. Denn für diese Einrichtungen soll es ab kommendem Jahr Personalanhaltszahlen geben, die auch die Ärzte erfassen. Im noch unter dem ehemaligen Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) verabschiedeten „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, Mindestpersonalzahlen festzulegen, bis zum 30. September dieses Jahres hat er dafür Zeit. Nach allem, was man hört, wird es eng. Einer, der im G-BA als Delegierter der Bundesärztekammer die Richtlinie mitgestaltet, ist Prof. Arno Deister, Past President der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. „Untergrößen festzulegen“, sagt Deister nach mittlerweile mehrjähriger Erfahrung, „ist extrem schwierig“.

„Wir haben einen Fachkräftemangel“, betont auch er. Würde man ärztliche Untergrößen so definieren, dass bei ihrem Unterschreiten Stationen oder ganze Häuser kein Geld mehr bekämen, würde sich die Versorgungslage extrem verschärfen. Eine gute Personalausstattung sei in der Psychiatrie ohne Zweifel „Grundlage für den Behandlungserfolg“, so Deister, „aber Untergrößen bergen immer die Gefahr, dass Krankenhäuser, die zeitweise diese Vorgaben nicht erfüllen, schließen müssen“. Auch könnten Mindestzahlen dazu führen, dass ärztliches Personal inner-



Arno Deister warnt vor einem Verschiebeparkplatz.

halb der Kliniken zwischen den Stationen hin- und her verschoben wird, damit jene mit festgelegten Untergrößen ausreichend besetzt sind. Zu verhindern wäre solch ein Verschiebeparkplatz wiederum nur mit Untergrößen für alle klinische Abteilungen und sämtliche Berufsgruppen, von den Pflegehelfern bis zu den Ärzten. Deister hält das für ein nahezu aussichtslos komplexes Unterfangen. „Sowas kann man als Ziel formulieren. Angehen muss man es in sehr kleinen Schritten.“

Personaluntergrößen für Ärzte würden, so viel steht fest, erhebliche Verwerfungen nach sich ziehen, die je nach Standpunkt begrüßt oder befürchtet werden. Die Krankenkassen, die für zusätzliches ärztliches Personal aufkommen müssten, sind deswegen nicht gerade Verfechter der Idee, aber auch sie können dem Instrument etwas abgewinnen – wenn auch aus anderen Gründen. Verwiesen wird von Kassenvertretern, die sich aber nicht zitieren lassen möchten, auf Häuser, die vor allem nachts und an den Wochenenden bedenklich bis gefährlich dünn besetzt seien. Eine Untergröße könnte hier sinnvoll sein, wenn,

so die Einschränkung, die Nichteinhaltung dann auch Konsequenzen hätte. Sprich: Kliniken und Stationen, die es nicht schafften, genügend Personal einzustellen, müssten dann auch geschlossen werden. Die Folge wäre eine Konzentration auf weniger, dann aber größere Standorte. Gerade in Berlin mit seinen vielen Häusern wäre dies eine absehbare Folge ärztlicher Personaluntergrenzen.

Auch der Gesundheitsökonom Prof. Volker Penter sieht Personaluntergrenzen im ärztlichen Bereich als zweischneidiges Schwert. „Wenn es das Ziel ist, Krankenhäuser zu schließen, kann man das mit solchen Untergrenzen beschleunigen“, sagt Penter, der als Krankenhausesperte der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft KPMG maßgeblich an der Studie beteiligt war, auf deren Grundlage GKV-SV und DKG über die Pflege-Untergrenzen, letztlich ergebnislos, verhandelten. Penter spricht sich dagegen aus, das Konzept auf den ärztlichen Bereich zu übertragen: zu kompliziert, zu bürokratisch, und letztlich nicht das richtige Instrument, sagt er. „Es gibt in der Pflege sehr viel weniger Spezialisierungen und Qualifikationsstufen als bei den Ärzten. Das Instrument der Untergrenzen kann man da kaum von einem auf den anderen Bereich übertragen.“

## DRGs: Der Elefant im Raum

Es ist ausgenommen schwer, dieser Tage in Berlin Experten ausfindig zu machen, die sich rundum überzeugt von ärztlichen Mindestpersonalzahlen zeigen. Wenn überhaupt, liegt für die meisten der Reiz nicht in der Maßnahme an sich, sondern in einer fast zwangsläufigen Folgeerscheinung. Denn würden Untergrenzen festgelegt, gehen die meisten davon aus, dass das ärztliche Personal auch aus den Fallpauschalen ausgegliedert werden müsste, wie es bereits in der Pflege geschehen ist – schließlich vertragen sich Personalmindestvorgaben schlecht mit den ökonomischen Beschränkun-

gen der DRGs. Ohne ärztliche und pflegerische Kostenanteile bliebe vom DRG-System allerdings nicht mehr viel übrig. Mit der Folge, so eine weit verbreitete Hoffnung, das gesamte Konzept der Fallpauschalen loszuwerden. „Die Einführung von Personaluntergrenzen über die Pflege hinaus stellt das DRG-System in Frage. Vor diesem Hintergrund muss man die Diskussion über ärztliche Untergrenzen verstehen“, sagt etwa der Gesundheitsökonom Penter. „Das ist der Elefant im Raum, den niemand in der Politik benennen will“, glaubt Patrick Jahn vom Pflegerat.

Auch Dr. Günther Jonitz ist ein erklärter Gegner des DRG-Systems, der Berliner Ärztekammerpräsident hält es sogar für den „Hort allen Übels in den Kliniken“. Die Hoffnung, mit den Untergrenzen diesem Problem grundsätzlich Herr zu werden, hat er allerdings nicht. „Vielmehr zieht man in einem perversen System, das falsche Anreize setzt, vielleicht noch zusätzliche Dämme hoch“, sagt er. Die vom Marburger Bund – dem er selbst angehört – geforderten Untergrenzen seien eine „Notmaßnahme“. Sie fügten einem völlig verkorksten System nur noch weitere Kennzahlen hinzu, lösten aber das eigentliche Problem nicht. „Am Ende des Tages wird sich immer die Frage stellen, wie man eine möglichst gute Versorgung bewerkstelligt“, sagt Jonitz. Er, der auch für das Amt des Bundesärztekammerpräsidenten auf dem Ärztetag in Münster antritt, will einen grundsätzlich anderen Ansatz in der Gesundheitspolitik, in dem nicht Krankenhausfälle oder -tage verhandelt werden, sondern die Frage nach der optimalen Versorgung für die Patienten. Dass es dafür zu wenige Ärzte gibt, zu diesem Schluss werde man immer kommen. „Untergrenzen sind ein Notbehelf und eine erste, einfache Antwort“, sagt Jonitz. „Aber es gibt hier eben keine einfachen Lösungen.“

Der Berliner MB-Vorstand Werner indes erlebte in den zurückliegenden Wochen als Mitglied der Kleinen Tarif-



Foto: K. Friedrich

*Günther Jonitz: „Untergrenzen sind ein Notbehelf.“*

kommission seiner Gewerkschaft hartnäckige Verhandlungen mit der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände, jüngst gab es sogar Warnstreiks. Charité und Vivantes waren mit ihren eigenen Tarifverträgen davon erst mal nicht betroffen, aber auch hier könnten Ende des Jahres, meint Werner, „eskalierende Tarifaueinandersetzungen“ drohen. Knackpunkte sind unter anderem immer wieder die Regelungen zum Bereitschaftsdienst und die Forderung manipulationssicherer Arbeitszeiterfassungen. „Wir sind ja als Gewerkschaft schon froh“, sagt Werner, „seit einigen Jahren einen Zustand erreicht zu haben, in dem Arbeitszeitvorschriften überhaupt beachtet werden“. Die 60-Stunden-Woche ermögliche das aber immer noch, „und die meisten Kollegen gehen an die Grenze auch ran“, schätzt er. Er ist es mittlerweile gewohnt, bei der Personalausstattung kleine Erfolge anzustreben. „Viele Klinikärzte gehen sprichwörtlich am Stock“, fasst er zusammen. „Es wäre gut, wenn das erst mal grundsätzlich anerkannt wird.“

*Verfasser*

Thomas Trappe, *Freier Journalist*

# „Wir alle sind die Kammer!“

Die neue Beitragsordnung soll alle Mitglieder in die Finanzierung der Berliner Ärztekammer mit einbeziehen.

**Interview** mit Vorstandsmitglied **PD Dr. med. Peter Bobbert** zur geplanten Neufassung der Beitragsordnung und der Gebührenordnung der Ärztekammer Berlin.

**BÄ:** Herr Dr. Bobbert, rund zwei Jahre lang hat sich ein listenübergreifender Arbeitskreis, dessen Vorsitzender Sie sind, intensive Gedanken über eine Neuausrichtung der Beitragsordnung und der Gebührenordnung der Kammer gemacht. Warum war das aus Ihrer Sicht notwendig?

**Bobbert:** Die entscheidende Zahl, die uns dazu bewogen hat, die Beitrags- und die Gebührenordnung neu zu überdenken, war die „42“. 42 % unserer Mitglieder der Ärztekammer Berlin zahlen aktuell keine Beiträge mehr. Man muss wissen, dass wir unsere Kammer im Wesentlichen durch zwei Säulen finanzieren: Die jährlichen Beiträge, die von den ärztlichen Einkommen unserer Mitglieder abhängig sind, stellen die wichtigste und größte Säule unserer Einnahmen in der Kammer dar. Die zweite, kleinere Säule, besteht aus den Gebühren, die wir für Angebote wie zum Beispiel Fortbildungsveranstaltungen und deren Zertifizierungen erheben. Wenn wir nun also feststellen müssen, dass, überspitzt gesagt, lediglich die Hälfte unserer Mitglieder die Ärztekammer Berlin finanziert, dann ist ein wichtiger Grund gegeben, darüber nachzudenken, wie wir diese Situation verbessern können.

**BÄ:** Was soll sich also ändern, damit dieses Missverhältnis aufgelöst werden kann?

**Bobbert:** Unser Vorschlag sieht vor, dass zukünftig nahezu alle Mitglieder der Ärztekammer Berlin einen jährlichen Beitrag zahlen werden. Ausgenommen sind allein diejenigen, die

lich für die meisten der Mitglieder gelten wird, die aktuell keinen Beitrag zahlen müssen. An dieser Stelle will ich aber besonders betonen, dass es durch die von uns angedachte Erneuerung der Beitragsordnung nicht zu Mehreinnahmen für der Ärztekammer Berlin kommen wird. Die höhere Zahl der beitragspflichtigen Mitglieder wird es uns vielmehr ermöglichen, einen Großteil der aktuell bestehenden Beitragssätze



Foto: S. Rudat

*Peter Bobbert: „Für die Mehrheit unserer Mitglieder wird es eine Senkung ihrer jährlichen Kammerbeiträge geben.“*

staatliche Leistungen nach dem SGB II oder XII beziehen. Wir gehen davon aus, dass dadurch zukünftig statt der 58 % der Mitglieder über 99 % aller Mitglieder beitragspflichtig sein werden. Wichtig dabei ist aber, dass wir das Grundprinzip unserer Beitragsordnung nicht verlassen: Auch weiterhin soll die Höhe des jährlichen Beitrages bestimmt sein durch die Höhe des ärztlichen Einkommens. Diejenigen, die mehr verdienen, werden auch weiter mehr für ihre Kammer zahlen als diejenigen mit einem geringeren Einkommen. Diesen Konsens werden wir nicht verlassen. Neu ist aber, dass wir einen Mindestbeitrag implementieren, der 60 Euro pro Jahr betragen wird und wahrschein-

zu senken. Kurz gesagt: Für die Mehrheit unserer Mitglieder wird es eine Senkung ihrer jährlichen Kammerbeiträge geben!

**BÄ:** Und damit erreicht man die gewünschte Gerechtigkeit?

**Bobbert:** Von einer Gerechtigkeit möchte ich an dieser Stelle gar nicht sprechen. Denn „DIE“ eine Gerechtigkeit werden wir in einer Beitragsordnung niemals erreichen. Vielmehr sollte wichtig sein, eine hohe Akzeptanz bei der Finanzierung unserer Kammer unter unseren Mitgliedern zu bekommen. Ich bin fest davon überzeugt, dass wir diese Akzeptanz insbesondere darüber er-

langen, wenn jeder weiß, dass jedes Mitglied nach seinen Möglichkeiten einen Teil zur Finanzierung unserer Kammer beiträgt. Und genau das erreichen wir mit unserem Vorschlag.

**BÄ: Welche Punkte haben im Arbeitskreis, an dem alle in der Delegiertenversammlung vertretenen Listen beteiligt sind, für die meisten Diskussionen gesorgt?**

**Bobbert:** Sie können sich vorstellen, dass wir es uns gerade bei dem Punkt, zukünftig nahezu alle Mitglieder beitragspflichtig zu machen, nicht einfach gemacht haben. Wenn wir darüber sprechen, Beiträge für mehr als die Hälfte aller Mitglieder zu senken, dann erreicht man schnell Einigkeit. Auf der anderen Seite steht der bedeutend schwierigere Punkt, über 14.000 Mitgliedern zukünftig wieder einen Jahresbeitrag abzuverlangen. Und hier reden wir über Mitglieder, die unter anderem berentet sind oder sich in Elternzeit befinden. Diese beitragsfrei zu stellen, kann man spontan als gerecht empfinden. Wenn dies aber dazu führt, dass am Ende fast die Hälfte aller Mitglieder keinen Beitrag mehr zahlt, dann ist dies für die Gesamtheit sicherlich auch kein nachvollziehbarer Zustand. Daher halte ich die Lösung eines Mindestbeitrages, der jährlich 60 Euro betragen wird, für ausgewogen. Hierdurch erreichen wir, dass wir alle, die wir Mitglieder unserer Kammer sind, einen Teil für die Finanzierung beitragen – als gleichberechtigte Partner. Denn unser Leitgedanke sollte doch sein: Wir alle sind die Kammer!

**BÄ: Und trotzdem mögen 60 Euro oder mehr jährlich für aktuell noch beitragsfreie Mitglieder eine recht hohe Summe sein.**

**Bobbert:** Das ist vollkommen richtig. Hier wird es darauf ankommen, zum einen allen die neue Beitragsordnung und ihre Begründung transparent zu erläutern und zum anderen jedem, für

den mögliche neue Beiträge einfach zu hoch sind, unbürokratisch zu helfen. Hierfür haben wir bereits jetzt den existierenden Beitragsausschuss, der allen Mitgliedern schnelle Hilfestellungen geben kann, wenn Beiträge finanziell nicht zu stemmen sind. Ich bin aber davon überzeugt, dass 60 Euro im Jahr für die größte Zahl unserer Mitglieder zu bewältigen ist, insbesondere wenn wir dadurch erreichen, dass unsere Kammer zukünftig wieder von nahezu allen Mitgliedern finanziell getragen wird. Denn jedes Mitglied, unabhängig von seiner finanziellen Situation, hat in der Ärztekammer Berlin die gleichen Rechte und Pflichten.

**BÄ: Glauben Sie, eine solche Veränderung den Mitgliedern der Ärztekammer vermitteln zu können?**

**Bobbert:** Unser Grundgedanke ist doch, dass wir, als freier Beruf, das große Privileg genießen, unser ärztliches Handeln selbst und eigenständig zu organisieren. Hierfür haben wir unsere Institution Ärztekammer Berlin. Dieses Privileg gibt es nun aber auch nicht zum Nulltarif und wir müssen uns einfach darum kümmern, dies zu finanzieren; eine Aufgabe, die jedem Mitglied zu Teil wird. Ich bin fest davon überzeugt, dass dieser Gedanke von der großen Mehrheit getragen wird. Darüber hinaus müssen wir, die wir in der Kammer für die Finanzen Verantwortung tragen, klare Transparenz walten lassen, damit jedem Mitglied bewusst ist, dass seine Beiträge für die Kammer sinnvoll und bedacht eingesetzt werden. Als Schatzmeister darf ich an dieser Stelle erwähnen, dass wir die Ausgabenseite stets mit großer Sorgfalt organisieren. Überflüssige Ausgaben oder intransparente Geldrücklagen gibt es in unserer Kammer nicht. Dadurch konnten wir erreichen, dass die Beiträge unserer Mitglieder seit dem Jahr 2004 nicht mehr angestiegen sind, vielmehr konnten wir diese in Teilen in den letzten Jahren sogar noch zu Gunsten unserer Mitglieder senken. Dies führt mich zu

der Überzeugung, dass wir auch die schwierigen Entscheidungen, die mit unserem Vorschlag zur Veränderung der Beitragsordnung einhergehen, verständlich vermitteln können.

**BÄ: Neben der Beitragsordnung hat sich der Arbeitskreis auch intensiv mit der Gebührenordnung befasst. Welche Veränderungen schlägt er bei den Gebühren vor? Und welches Prinzip verfolgt er dabei?**

**Bobbert:** Wir als Kammer verlangen für spezielle Dienstleistungen Gebühren. Hierzu zählen zum Beispiel die Anerkennung und Zertifizierung von Fortbildungsveranstaltungen genauso wie die Abnahme von Sprachprüfungen für Ärztinnen und Ärzte aus dem Ausland. Wichtig ist zu wissen, dass bei unserem Vorschlag zur Neufassung der Gebührenordnung sich für einen großen Teil unserer Berliner Kammermitglieder kaum etwas ändern wird. Ja, wir werden in Teilen Gebühren neu erheben oder bereits existierende Gebühren erhöhen. Dies wird aber gerade auch Personen oder Firmen treffen, die nicht Mitglied der Ärztekammer Berlin sind. So werden Firmen, die Fortbildungsveranstaltungen über unsere Kammer organisieren, zukünftig erheblich höhere Gebühren zahlen müssen. Und genau diese Mehreinnahmen werden wir nutzen, um die Beiträge unserer eigenen Mitglieder zu senken. Trotzdem schlagen wir auch vor, zukünftig eigene Mitglieder neue oder höhere Gebühren zahlen zu lassen, wenn diese zum Beispiel ihren Verpflichtungen nicht nachkommen. Hier wollen wir also Mahngebühren erheben. Zum einen, um einen Anreiz zu setzen, erst gar nicht in ein Mahnverfahren zu kommen, aber auch um andererseits die große Mehrheit unserer Mitglieder, die stets rechtzeitig ihren Verpflichtungen nachkommen, besser zu stellen. Auch das halte ich für eine deutliche Verbesserung zum aktuellen Zustand: Die Mehrheit unserer Mitglieder wird dadurch finanziell entlastet.

**BÄ: Wann werden die neue Beitragsordnung und die neue Gebührenordnung voraussichtlich in Kraft treten, wenn die Delegiertenversammlung am 8. Mai zustimmt?**

**Bobbert:** Ich hoffe sehr, dass die Delegiertenversammlung unserem Vorschlag folgen wird. Wenn wir dies also am 8. Mai beschließen können, dann muss diese Änderung der Beitragsordnung noch von der Aufsichtsbehörde genehmigt werden.

Ich gehe daher davon aus, dass ab dem nächsten Jahr, also 2020, die dann neue Beitrags- und Gebührenordnung angewendet wird.

An dieser Stelle möchte ich mich aber insbesondere bei allen Mitgliedern des Arbeitskreises bedanken, die sich rund zwei Jahre mit dieser schwierigen Problematik auseinandergesetzt haben. Nur durch die besonders produktive Arbeit und die Kompromissbereitschaft aller Beteiligten war es uns am Ende

möglich, diesen von Allen getragenen Vorschlag zu erarbeiten. Ein Vorschlag, von dem ich persönlich überzeugt bin, dass er die finanziellen Rahmenbedingungen unserer Kammer zukünftig transparenter und verständlicher macht und die Akzeptanz der großen Mehrheit unserer Mitglieder finden wird. Ein Vorschlag also, für den ich nur werben kann.

**BÄ: Herr Dr. Bobbert, wir bedanken uns für das Gespräch.**

## Ein Chef im besten Sinne – Sándor Kecskés zum 85. Geburtstag

**W**ie ehrt man seinen ehemaligen Chef und Mentor zu einem Ehrentag? Am besten, indem man einfach seine persönliche Sicht darstellt, was den Geehrten als Vorgesetzten, Arzt und Menschen ausmacht.

Der gebürtige Ungarn Dr. Sándor Kecskés, der am 10. Mai 2019 85 Jahre alt wird, wuchs als Sohn eines gutbürgerlichen Schneiders in Budapest auf. Als Medizinstudent beteiligte er sich im Jahr 1956 am Volkstaufstand in Ungarn. Nach der Niederschlagung der Revolution durch die Sowjetarmee musste der 22-jährige Kecskés fliehen. Über Österreich gelangte er nach Hamburg – übrigens zusammen mit dem späteren langjährigen Leiter der Herzchirurgie im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Peter Kalmár. Sándor Kecskés beendete in Hamburg sein Medizinstudium, um im Anschluss seine Facharztweiterbildung zur Chirurgie u.a. bei Professor Hartwig Kirschner im Allgemeinen Krankenhaus in Hamburg-Altona zu machen. Kecskés spezialisierte sich auf die Unfall- und vor allem die Handchirurgie. Zu seinen von ihm hochgeschätzten Lehrern in diesem Bereich

gehörten Professor Dieter Buck-Gramcko in Hamburg und Professor Erik Moberg im schwedischen Göteborg. Im April 1975 kam er nach Berlin, wo er Chef der 2. Chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Moabit wurde. Ihm ist dort in besonderem Maße der Aufbau der Unfallchirurgie zu verdanken. 1994 wechselte Kecskés ans Humboldt-Klinikum, wo er als Chef die Unfallchirurgie aufbaute. Im Jahr 2000 ging er schließlich in den Ruhestand.

Bereits in den Jahren 1981-1982 war Sándor Kecskés Vorsitzender im westlichen Teil der Berliner Chirurgischen Gesellschaft. Außerdem gehörte er zu den Initiatoren des (Regional-)Verbandes leitender Orthopäden und Unfallchirurgen Deutschlands e.V. Er gilt als einer der Mitbegründer des Schwerpunktes Unfallchirurgie. Eine Auszeichnung, über die er sich besonders freute, war die Alexander und Wilhelm von Humboldt-Medaille des Bezirksamtes Reinickendorf, die er 1999 erhielt.

Sándor Kecskés ist ohne Frage ein fachlich herausragender Chirurg. Aber darüber hinaus habe ich ihn im Krankenhaus Moabit vor allem als ein Paradebeispiel für Verantwortlichkeit gegenüber seinen

Mitarbeitern und seinen Patienten erlebt. Er hat viel verlangt, aber sich auch immer um alle gekümmert. Er zählt zu den großen, alten Chefärzten – im besten Sinne. Einmal sagte er zu mir: „Günther, ich habe noch nie eine Tasse Kaffee in meinem Büro getrunken.“ Sollte heißen, er war auch in seinen Pausen immer vor Ort bei seinen Mitarbeitern, der Pflege und den Patienten, die ihn allesamt in hohem Maße schätzten. Diese zutiefst menschlichen Eigenschaften neben seiner überragenden fachlichen Kompetenz machen ihn für mich und viele andere zu einem Vorbild als Arzt und Mensch.



Foto: Deutsch-Ungar-Jugendwerk

Ich freue mich sehr, dass sich mein „alter“ Chef Sándor Kecskés nach wie vor bester Gesundheit erfreut. Und seine monatlichen Schachtreffen sind für ihn Pflicht.

Er ist verheiratet und hat aus erster Ehe einen Sohn und eine Tochter, die ebenfalls Ärztin wurde und die Neonatologie in Canberra, Australien, leitet.

Lieber Sándor, ich wünsche Dir zu Deinem Geburtstag weiterhin viel Gesundheit, Schaffenskraft und Lebensfreude.

Dr. med. Günther Jonitz  
Präsident der Ärztekammer Berlin

# Erwartungen an den 122. Deutschen Ärztetag

Die Ärztekammer Berlin schickt in diesem Jahr 16 Delegierten zum 122. Deutschen Ärztetag. Was sie sich für Münster wünschen und welche Erwartungen sie haben, schildern nachfolgend einige der Berliner Delegierten.



Der politische Einfluss der Ärzteschaft schwindet und zunehmend macht auch die ärztliche Arbeit krank. Was nun? Eine neue Bundesärztekammerpräsidentin oder ein neuer Präsident ändern daran wenig. Eine wirksame Heilung der Krankheiten des Gesundheitswesens braucht eine couragierte und öffentlich überzeugende Gesundheitspolitik und das ist mehr als Standespolitik.

Wir Ärztinnen und Ärzte sind den humanen Werten verpflichtet und wenn wir uns als Hüter der Menschlichkeit öffentlich positionieren, werden wir politisch mächtiger. Das macht Sinn und gibt Bedeutung. Und: es fördert die Gesundheit!

**Dr. med. Ellis Huber**  
(Fraktion Gesundheit)



Bei diesem Ärztetag wird der Präsident der Bundesärztekammer gewählt und das ist natürlich ein spannendes und wichtiges Ereignis. Schließlich entscheidet sich durch diese Wahl

auch immer die thematische Marschrichtung der Bundesärztekammer. Da gibt es viele interessante Diskussionen im Vorfeld. Neben diesem Ereignis gibt es aber auch wichtige zukunftsweisende Themen, wie etwa das Thema „Klimawandel und Gesundheit“, welches wir als Berliner Delegierte zur Diskussion platzieren möchten. Ich freue mich auf

lebhaft Diskussionen und gute Entscheidungen des 122. Ärztetages.

**Dr. med. Matthias Albrecht**  
(Marburger Bund)



Dieser Ärztetag wird natürlich geprägt sein durch die Wahlen für die zu besetzenden Vorstandspositionen der Bundesärztekammer. Inhaltliche Diskussionen zu aktuell bedeutenden

Themen unseres Berufes werden weniger Bedeutung finden. Ich hoffe aber trotzdem sehr, dass wir Münster nutzen werden, um die Problematik des Klimawandels als die größte Gefahr für die globale Gesundheit zukünftig in den Mittelpunkt unserer berufspolitischen Arbeit stellen zu können. Hier müssen wir uns als Ärzteschaft viel offensiver und klarer in die gesellschaftliche Diskussion mit einbringen!

**PD Dr. med. Peter Bobbert**  
(Marburger Bund)



Es ist ein Wahl-Ärztetag. Daher gibt es eine ansonsten lahme Tagesordnung. Die im Zentrum stehende Arztgesundheit ist sicher wichtig, jedoch in stürmischen politischen Zeiten kein Top-

Thema und geeignet, die uns allen auf den Nägeln brennenden Debatten zu vermeiden. So kann es sicher nicht weitergehen. Die Eingriffe der Politik sind weitge-

hend wie noch nie: strukturell durch Beförderung konkurrierender Heilberufe mit erstarkenden Kammern, individuell durch Gängelung und Hineinregieren in alltägliches ärztliches Handeln. Die Profession Ärztin/Arzt hat viel zu verteidigen, nicht zuletzt ihre zentrale Frei-beruflichkeit, eingeschlossen das Recht auf eine autonome Gebührenordnung.

**Dr. med. Christian Messer**  
(Allianz Berliner Ärzte – MEDI Berlin)



Mit besonderem Interesse blicke ich dem TOP „Wenn die Arbeit Ärzte krank macht“ entgegen. Ich erwarte, dass sich die Debatte den Ursachen für die Überlastung von Ärzt\*innen zu-

wendet und sehe hier eine besondere Bedeutung in dem Spannungsfeld Familie und Beruf bzw. der Vereinbarkeit von beidem. Ich hoffe auch, dass der DÄT konstatieren wird, dass mehr Zeit im Gesundheitswesen essentielle Voraussetzung für die Gesundheit der Patient\*innen und Mitarbeiter\*innen ist!

Außerdem möchte ich die Allgemeine Aussprache (TOP Ib) nutzen, um Anträge zum Themenkomplex Klimawandel und Gesundheit einzubringen.

**Dr. med. Katharina Thiede**  
(Fraktion Gesundheit)



Ich freue mich sehr als Delegierte den 122. Deutschen Ärztetag (DÄT) miterleben zu können. Insbesondere bin ich gespannt auf die Impulse aus dem TOP II „Wenn die Arbeit Ärzte krank

macht“. Darüber hinaus werde ich aus dem Blickwinkel meines derzeitigen berufspolitischen Kernthemas „Geschlechtergerechtigkeit“ auch mit Interesse verfolgen, ob und wie sich dieses Thema auf dem DÄT wiederfinden wird. Seien es

Inhalte, personelle Besetzungen oder Interaktionen: Geschlechtergerechtigkeit muss als Querschnittsthema in der ärztlichen Berufspolitik strukturell verankert und mit Leben gefüllt werden.

**PD Dr. med. Ahi Sema Issever  
(Marburger Bund)**



„Wenn die Arbeit Ärzte krank macht“ und der Ärztetag diesem Thema einen wesentlichen Teil widmen muss, ist es eigentlich schon (fast) zu spät, denn die negativen Folgen der Ökonomisierung für den Arbeitsalltag der Ärzteschaft und die Behandlung der Patienten waren lange vorhersehbar. Vom Ärztetag muss ein deutliches Signal ausgehen, dass wir uns jeglicher politischen Übersteuerung der ärztlichen Selbstverwaltung energisch entgegenstellen. Mehr Selbstbewusstsein stünde uns auch zu unserem eigenen Schutz gut zu Gesicht. Ich hoffe daher sehr auf einen zukünftig proaktiv agierenden neuen Vorstand der BÄK.

**Dr. med. Thomas Werner  
(Marburger Bund)**



Auf diesem Deutschen Ärztetag in Münster werden mit Sicherheit die Vorstandswahlen im Mittelpunkt des öffentlichen Interesses stehen und die Sachthemen überstrahlen!

Als neue\*r Präsident\*in würde ich mir jemanden wünschen, der es schafft, die Ärztinnen und Ärzte zusammen zu bringen, konstruktiv die oft in verschiedene Richtungen strebenden Interessen zwischen sprechender, operativer oder technisch dominierter Medizin, zwischen ambulanten und stationärem sowie zwischen hausärztlichem und fachärztlichem Sektor zum Wohle von Patientinnen und Patienten in Einklang

zu bringen. Die Patientensicherheit voranzubringen ohne die Ärzte durch eine überbordende Bürokratie zu gängeln. Innovativ die Probleme wie die GOÄ-Reform, Arbeitsbelastung ambulant und stationär, Fortentwicklung der Weiterbildung angeht.

**Dr. med. Hans-Detlef Dewitz  
(Allianz Berliner Ärzte – MEDI Berlin)**



In Münster kandidiert unser Präsident Jonitz als Nachfolger von Montgomery. Ohne Jonitz hätte der außerordentliche Ärztetag zur GOÄ-Reform in Berlin 2016 nicht stattgefunden, auf

dem wir energisch auf die Gefahren der geplanten Änderungen in Paragraphenteil und Bundesärzteordnung hingewiesen haben. Sein Gegenkandidat Reinhardt hat sich danach als Verhandlungsführer zwar ganz vorbildlich um die Entwicklung der Leistungslegenden gekümmert – der Paragraphenteil wurde jedoch fast widerstandslos hingenommen. Damit wird ein Großteil der Macht an PKV und Beihilfe abgegeben und die ärztliche Freiberuflichkeit massiv attackiert! Nur Jonitz hat gezeigt, dass er in der Lage ist, hier Widerstand zu leisten! Die Berliner Linie kann der Bundesärztekammer nur gut tun. Diese Botschaft möchte ich nach Münster tragen.

**Dr. med. Svea Keller  
(Allianz Berliner Ärzte – MEDI Berlin)**

Ich freue mich auf den Ärztetag der ja dieses Jahr u.a. den Schwerpunkt Ärztegesundheit setzt. Unser Ziel als Ärzte-



schaft sollte es sein, mit den neuen, durch Digitalisierung zur Verfügung stehenden Mitteln eine Verbesserung von Arbeitsabläufen und damit Reduktion nicht-ärztlicher Tätig-

keiten im Behandlungsalltag zu erreichen. So werden die Ärzte und Ärztinnen wieder mehr Zeit für ihre genuine ärztliche Arbeit haben. Der Umbruch, der im Gesundheitswesen bevorsteht, muss durch die Ärzteschaft mitgesteuert werden, um den bestmöglichen Nutzen für unsere Patientinnen und Patienten zu schaffen.

**Dr. med. Valerie Kirchberger  
(Marburger Bund)**



„Wenn die Arbeit Ärzte krank macht“ als Selbstreflexion auf unsere Situation ist überfällig, und ich bin gespannt auf die Referate und Diskussionen. Ich hoffe, dass es gelingt, Fragen ärztlicher

Arbeitsbedingungen mit spezifischen Erkrankungen in Beziehung zu setzen und hieraus therapeutische und präventive Konzepte abzuleiten. Ein Beispiel wäre niedrigschwellig zur Verfügung stehende Supervision im stationären Bereich. Ich wünsche mir, dass die problemorientierte Diskussion über die Vielzahl aktueller Themen nicht noch mehr in den Hintergrund gedrängt wird, als dies häufig schon ohne Wahlen auf dem Ärztetag der Fall ist.

**Julian Veelken  
(Fraktion Gesundheit)**



Die Ankündigungen auf diesen beiden Seiten geben einen Überblick über die ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen, die in der nächsten Zeit von der Ärztekammer Berlin (ÄKB) durchgeführt werden oder in Kooperation mit ihr stattfinden. Einen vollständigen Überblick über unsere Veranstaltungen erhalten Sie auf unserer Website [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
■ 18.05.2019 und 29.05.2019	<b>Wenn Partnerschaft verletzend wird...Kompetent (be)handeln bei häuslicher Gewalt</b>	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: S.I.G.N.A.L. e.V., Céline Simon, M.A.; Tel.: 030/275 95 353, Fax: 275 95 366 oder E-Mail: simon@signal-intervention.de Teilnehmerentgelt: kostenfrei	8 P (18.05.) 4 P (29.05.)
■ 22.05.2019	<b>Arzt-Apotheker-Fortbildung Ärzte ohne Grenzen / Apotheker ohne Grenzen – Verantwortung im Angesicht der Katastrophe</b>	Kaiserin-Friedrich-Stiftung Hörsaal Robert-Koch-Platz 7 10115 Berlin	Information und Anmeldung: E-Mail: FB-Veranstaltungen@aekb.de Tel.: 030/40806-1214 Teilnehmerentgelt: kostenfrei	2 P
■ 03.06.–05.06.2019	<b>Grundkurs im Strahlenschutz</b>	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1209 E-Mail: FB-Strahlenschutz@aekb.de Teilnehmerentgelt: 270 €	24 P
■ 05.06.–07.06.2019	<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-Strahlenschutz@aekb.de Teilnehmerentgelt: 240 €	20 P
■ 18.06.2019	<b>Wissenskontrolle GenDG</b>	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1402 E-Mail: E.Hoehne@aekb.de Teilnehmerentgelt: kostenfrei	keine
■ 28.08.2019 11.09.2019 06.11.2019	<b>Weiterbildungskurs in der Kinder- und Jugendmedizin zum Facharzt für Allgemeinmedizin</b> (weitere Informationen s. S. 12)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1209 E-Mail: N.Brien@aekb.de Teilnehmerentgelt: 550 €	folgen
■ 09.09. – 14.09.2019 21.10. – 26.10.2019 09.12. – 14.12.2019	<b>Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)</b> (weitere Informationen s. S. 13)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1402 (Organisation), Tel.: 030/40806-1400 (Inhalte) oder per E-Mail: QM-Kurs@aekb.de	150 P
■ E-Learning: ab 14.10.2019 Präsenz-Module: 06.11.2019 (Potsdam), 11.11. und 12.11.2019 (Berlin) 18.11.2019 (Berlin) Lernerfolgskontrolle: ab 19.11.2019	<b>Transplantationsbeauftragter Arzt</b> nach dem Curriculum der Bundesärztekammer – Modularer Qualifikationskurs in Kooperation mit der LÄK Brandenburg und der DSO	Landesärztekammer Brandenburg, Pappelallee 5, 14469 Potsdam und Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Informationen: Tel.: 030/40806-1403 Anmeldung: Tel.: 030/40806-1208 und -1210 E-Mail: A.Simon@aekb.de Teilnehmerentgelt: 550 € insgesamt	40 P
■ 26.10.2019	<b>Aktualisierungskurs im Strahlenschutz nach Strahlenschutzverordnung</b>	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1209 E-Mail: FB-Strahlenschutz@aekb.de Teilnehmerentgelt: 155 €	8 P

## Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Intensivprogramm

nach dem Curriculum der Bundesärztekammer

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

Das Führungsseminar der Ärztekammer Berlin setzt an diesem Punkt an: Im Mittelpunkt steht die Führungsperson selbst. Denn Führung bedeutet mehr als ein bloßes Plus an Aufgaben.

Das Seminar erweitert Ihre Führungskompetenzen. Es vermittelt konzeptionelles Wissen, um Organisationen werte-, ziel- und mitarbeiterorientiert zu steuern, erfolgreich mit Mitarbeitern, Kollegen und Verhandlungspartnern gerade in schwierigen Situationen zu kommunizieren und zu interagieren. Die erfolgskritischen Dimensionen ärztlicher Führung werden aufgezeigt und die Gelegenheit geboten, die eigenen Kompetenzen zu stärken und ein persönliches Führungskonzept zu entwickeln.

Das Seminar verfolgt mit seinen vier Modulen, die sich auf drei Quartale erstrecken, bewusst einen prozess- und praxisorientierten Ansatz.

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

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

### Termine:

Modul 1: Die Praxis des Führens	Do. 09.05. – Sa. 11.05.2019
Modul 2: Führen als Prozess	Do. 13.06. – Sa. 15.06.2019
Modul 3: Führung und Entwicklung	Do. 19.09. – Sa. 21.09.2019
Modul 4: Transfer: Sicherung des eigenen Konzepts	Fr. 22.11.2019

**Veranstalter:** Ärztekammer Berlin

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

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

**Teilnehmerentgelt:** 3.680 €

**Fortbildungspunkte:** 80 Punkte

**Organisation und Anmeldung:** Anke Andresen-Langholz, Tel.: 030/40806-1301; E-Mail: Aertzliche-Fuehrung@aekb.de

**Fragen zum Inhalt:** Dr. med. Henning Schaefer, Tel.: 030/40806-1200

## Impfungen in der Praxis

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

**Termin:** 14.12.2019, 09:00 – 17:30 Uhr

**Kursleitung:** Dr. med. Christian Schönfeld (ehem. Leiter der Reisemedizinischen Ambulanz, Institut für Tropenmedizin und internationale Gesundheit, Charité – Universitätsmedizin Berlin)

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

**Teilnehmerentgelt:** 100 €

**Information und Anmeldung:** Ärztekammer Berlin, Tel.: 030/40806-1215,

Fax: 030/40806-55-1399, E-Mail: FB-AAG@aekb.de

Die Fortbildung ist mit 8 Fortbildungspunkten anerkannt.

## Spezialkurse im Strahlenschutz

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

### Spezialkurs im Strahlenschutz bei Interventionsradiologie

Donnerstag, 05.12.2019, 09:00 – 17:15 Uhr

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

### Spezialkurs im Strahlenschutz bei Computertomographie

Freitag, 06.12.2019, 09:00 – 16:30 Uhr

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

**Teilnehmerentgelt:** Die Teilnahme kostet jeweils 155 €.

**Informationen und Anmeldung:** Ärztekammer Berlin, Tel.: 030/40806-1209, E-Mail: FB-Strahlenschutz@aekb.de.

Anerkannt mit jeweils 8 Fortbildungspunkten.

## „Transfusionsverantwortlicher/ Transfusionsbeauftragter/ Leitung Blutdepot“ nach den Vorgaben der Bundesärztekammer

Qualifikationskurs in Kooperation mit dem DRK-Blutspendedienst Nord-Ost und dem Institut für Transfusionsmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Einrichtungen der Krankenversorgung, die Blutprodukte anwenden, haben gemäß § 15 des Transfusionsgesetzes ein System der Qualitätssicherung für die Anwendung von Blutprodukten nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik einzurichten. In der Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie) werden dazu verschiedene Qualifikationen und Aufgaben der Blutprodukte anwendenden Personen definiert, darunter transfusionsverantwortliche und transfusionsbeauftragte Ärzte.

Diese Fortbildungsmaßnahme richtet sich gemäß der Richtlinie Hämotherapie an Fachärzte und Fachärztinnen und setzt die Lernziele in Form eines Blended-Learning-Konzeptes mit einem vorbereitenden E-Learning-Anteil von drei Unterrichtseinheiten à 45 Minuten und zwei Präsenztagen mit insgesamt dreizehn Unterrichtseinheiten um.

Für das E-Learning sowie für die Lernerfolgskontrolle werden eine Internetverbindung und die aktuelle Version eines gängigen Webbrowsers (z.B. Mozilla Firefox, Internet Explorer, Chrome, Safari) mit einem Plugin für PDF-Dateien und aktiviertem JavaScript benötigt. Die Datenschutzerklärung ist unter <https://elearning.aekb.de/einsehbar>.

### Termine:

<b>E-Learning</b>	28.08. bis 25.09.2019
<b>Präsenztag 1</b>	26.09.2019
<b>Präsenztag 2</b>	27.09.2019
<b>Abschlusstest (Lernerfolgskontrolle)</b>	28.09. bis 26.10.2019 (E-Learning-Plattform)

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

**Information und Anmeldung:** Regina Drendel, Tel.: 030/40806-1401,

E-Mail: R.Drendel@aekb.de

Die curriculare Fortbildung ist durch die Ärztekammer Berlin mit insgesamt 16 Fortbildungspunkten anerkannt.

## „Qualifikation Tabakentwöhnung“

nach den Curricula der Bundesärztekammer in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin DGP

Wissenschaftliche Studien zeigen die gute Wirksamkeit einer qualifizierten Beratung und Tabakentwöhnung durch Ärzte. Mit Besuch der Fortbildung wird es Ärztinnen und Ärzten möglich sein, Kenntnisse einer erfolgreichen Ansprache, Motivierung und Therapie rauchender Patienten anzuwenden sowie Beratung und Entwöhnungsbehandlungen in der ärztlichen Praxis oder Klinik anzubieten.

2016 wurde die „Multimodale stationäre Behandlung zur Tabakentwöhnung“ in den OPS-Katalog 2016 (Ziffer 9-501) aufgenommen. Die Durchführung muss durch hierfür qualifizierte Ärzte und Fachpersonal erfolgen. Auch die Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft für die Zertifizierung zum Lungenkrebszentrum enthalten eine Qualifizierung zur Tabakentwöhnung.

**Zeitraum:**

10.05.2019	14:00 – 18:00 Uhr
11.05.2019	08:00 – 16:30 Uhr
24.05.2019	14:00 – 18:00 Uhr
25.05.2019	08:00 – 16:30 Uhr
07.06.2019	08:00 – 16:30 Uhr

**Teilnehmerentgelt:** 495 €, für DGP-Mitglieder 385 €  
**Veranstaltungsort:** Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin  
**Fortbildungspunkte:** 40 Punkte

Weitere Informationen, Anmeldeunterlagen, erhalten Sie unter [www.aekb.de/tabakentwoehnung](http://www.aekb.de/tabakentwoehnung) oder telefonisch unter 030/40806-1208.

## Gesundheitsförderung und Prävention

strukturierte curriculare Fortbildung gemäß Curriculum der Bundesärztekammer

Die stetig zunehmende gesellschaftliche Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention ist unbestritten. Ärzten wird in der Gesundheitsförderung und Prävention eine wichtige Rolle zugesprochen. Ziel der Fortbildung ist es, innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung Gesundheitsressourcen, -fähigkeiten der Patienten identifizieren zu können, Risikofaktoren einzuschätzen und dieses Wissen in die Behandlung zu integrieren. Vor diesem Hintergrund werden Fakten zu Präventionskonzepten, protektiven Faktoren in der Krankheitsentstehung, Grundkonzepten des Gesundheitsverhaltens, Patientenmotivierung und Anforderungen an die ärztliche Beratung vermittelt, diskutiert und durch praktische Übungen vertieft.

**Zeitraum:** 23.04.2019 – 14.06.2019  
**Präsenztage:** 17.05.2019 und 14.06.2019  
**E-Learning:** 23.04. – 12.05.2019 und 18.05. – 09.06.2019  
**wiss. Leitung:** Priv. Doz. Dr. med. Uwe Torsten  
**Fortbildungspunkte:** 33 Punkte  
**Teilnehmerentgelt:** 450 €

Weitere Informationen und die Anmeldeunterlagen erhalten Sie unter: [www.aekb.de/gesundheitsfoerderung](http://www.aekb.de/gesundheitsfoerderung) und telefonisch unter 030/40806-1208.

## 3. Berliner CIRS-Symposium

Am 17.05.2019 lädt die Ärztekammer Berlin zum 3. Berliner CIRS-Symposium ein. Die Tagung ist multiprofessionell ausgerichtet und dreht sich um folgende Themen:

- CIRS und Risikomanagement in der Schweiz am Beispiel des Unispitals Zürich
- Was bringt uns CIRS eigentlich?
- Kampagnen und andere Instrumente für ein nachhaltig gelebtes Fehlermanagement
- Was kommt nach der CIRS-Meldung?
- CIRS und Fehler-/Sicherheitskultur
- Medikationsfehler – was tun?

Die Teilnehmer erwarten praxisnahe Beiträge und Workshops! Das Programm der Tagung und die Anmeldeunterlagen finden Sie unter [www.aekb.de/CIRS-Symposium](http://www.aekb.de/CIRS-Symposium).

Die Veranstaltung richtet sich vor allem

- an Mitglieder von Krankenhausleitungen,
- an Pflegenden, Ärzte und Angehörige anderer Berufsgruppen, die als CIRS-Beauftragte für die Einrichtung und die Pflege ihres internen CIRS verantwortlich sind und
- an Mitarbeiter in Krankenhäusern, die im Qualitäts- und Risikomanagement tätig sind.

**Termin:** 17.05.2019, 10:00 - 16:30 Uhr

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

**Teilnehmerentgelt:** 125 €, für in einem Mitgliedskrankenhaus des Netzwerk CIRS Berlin Tätige 95 €

**Informationen und Anmeldung:** Elke Höhne, Tel.: 030/40806-1402, [E.Hoehne@aekb.de](mailto:E.Hoehne@aekb.de)

**Fortbildungspunkte:** 8 (Ärztekammer Berlin), 6 (Registrierung beruflich Pflegender)

## Refresherkurs „Medizinische Begutachtung“

Schon häufig von Kursabsolventen gewünscht, bietet die Ärztekammer Berlin ab sofort einen Auffrischkurs für Fragen der Medizinischen Begutachtung an! Dieser ist die ideale Ergänzung zur Strukturierten Curricularen Fortbildung „Medizinische Begutachtung“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer, die seit 2004 das Fortbildungsprogramm der Ärztekammer Berlin bereichert.

Der Kurs behandelt praktische Probleme der Begutachtung. Im Mittelpunkt stehen Kasuistiken, die Raum für ausführliche Diskussionen eröffnen. Den Fragen der Teilnehmer soll der meiste Raum gegeben werden. Dies lässt sich am besten an Hand konkreter Beispiele erörtern. Aus diesem Grund ist jeder Kursteilnehmer herzlich eingeladen, eigene Kasuistiken beizutragen. Vorträge über aktuelle Themen ergänzen das Programm.

**Termin: 20.09 – 21.09.2019**

20.09.2019	13:00 – 19:00 Uhr
21.09.2019	09:00 – 13:15 Uhr

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

**Informationen und Anmeldung:** Anja Hellert, Tel.: 030/40806-1203; E-Mail: [Gutachterkurs@aekb.de](mailto:Gutachterkurs@aekb.de)

# Deutscher Ärztetag: Dialog mit jungen Ärztinnen und Ärzten 2019

Die Bundesärztekammer veranstaltet in Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis „Junge Ärztinnen und Ärzte“ der Ärztekammer Westfalen-Lippe im Vorfeld des 122. Deutschen Ärztetages 2019

am 27. Mai 2019

von 13:00 bis 17:00 Uhr

im Grünen Saal des Congress Centrum Halle Münsterland eine interaktive Dialogveranstaltung zum Thema:

## Die Versorgung von morgen – wie wollen die nächsten Generationen die Patientenversorgung sicherstellen?

Die Veranstaltung gliedert sich in zwei Themenblöcke mit je einem Impulsvortrag und anschließender Diskussion:

1. Ärzte als Renditebringer – Patientenwohl und Freiberuflichkeit gefährdet? Wie erleben junge Ärztinnen und Ärzte die Kommerzialisierung?

2. Niederlassung: Für junge Ärztinnen und Ärzte ein Auslaufmodell? Versorgung neu gedacht.

Ziel der Veranstaltung ist es, den Austausch der Ärztekammern mit der jungen Ärztegeneration zu fördern, Perspektiven aufzuzeigen und gemeinsam berufspolitische Thesen zu diskutieren. Teilnehmen können alle interessierten Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung sowie bis fünf Jahre nach der Facharztanerkennung.

Da die Teilnehmerzahl begrenzt ist, bitten wir um rechtzeitige und verbindliche Anmeldung bis zum 15.05.2019 unter [www.baek.de/dialog](http://www.baek.de/dialog)

# Hans-Herbert Fülle: Abschied von der Ethik-Kommission

Nach rund 30 Jahren Engagement in der Ethik-Kommission bei der Ärztekammer Berlin, davon über 10 Jahre als Kommissionsvorsitzender, hat sich PD Dr. med. Hans-Herbert Fülle am 18. März 2019 im Zuge der Neuberufung der Kommission von seinen Ämtern als Kommissions- und Ausschussvorsitzender zurückgezogen. Bereits vor der Gründung der Ethik-Kommission war Dr. Fülle im Studienberatungskomitee des Tumorzentrums Berlin aktiv. Mit den 90er-Jahren beginnt die Tätigkeit in der Kommission, zunächst als Mitglied, dann ab 1998 auch als Vorsitzender eines Forschungsausschusses. Es folgt die Übernahme des stellvertretenden Kommissionsvorsitzes und ab dem Jahre 2007 die Übernahme des Vorsitzes der Kommission. Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz dankte Dr. Fülle im Namen des gesamten Kammervorstandes für sein

außergewöhnliches und langjähriges ehrenamtliches Engagement und sprach ihm dafür seine große Anerkennung aus. Mit hoher Fachkompetenz und Seriosität sowie sachorientierter Arbeit habe er in all seinen Funktionen maßgeblich dazu beigetragen, dass medizinische Forschung im Land Berlin gut und ethisch angemessen ausgeübt werden kann. Dabei sei ihm stets bewusst gewesen, dass das ärztliche Ethos auch und gerade in der medizinischen Forschung den betroffenen Menschen ganz besonderes im Blick haben muss. Jonitz verabschiedete Fülle als würdevollen Repräsentanten der Ärztekammer



Kammerpräsident Günther Jonitz dankt Hans-Herbert Fülle für sein außergewöhnliches Engagement.

Berlin und wünschte ihm für seinen wohlverdienten zweiten Ruhestand alles erdenklich Gute.

# 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 Website der Ärztekammer Berlin veröffentlicht.

Weitere Informationen erhalten Sie auf der Website der Ärztekammer Berlin sowie unter der Telefonnummer **030 / 4 08 06 – 26 26**.

## WEITERQUALIFIZIERUNG DURCH FORTBILDUNG Nicht-ärztliche/r Praxisassistent/in 2019

Die Ärztekammer Berlin plant, ab **August 2019** 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.

Die Veranstaltungsreihe findet in den Räumen der Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin statt. Die Anmeldeunterlagen sowie weiterführende Informationen finden Sie auf unserer Website. Gerne geben wir Ihnen auch unter der Rufnummer **030 / 40 80 6 – 26 36** Auskunft. Anmeldeschluss ist der **18. Mai 2019**.

## WEITERQUALIFIZIERUNG DURCH FORTBILDUNG Palliativmedizinische Versorgung

Am **15. und 16. August 2019** bietet die Ärztekammer Berlin einen Fortbildungskurs zum Thema „Palliativmedizinische Versorgung“ im Umfang von 16 Kursstunden an.

Die Thematik der palliativmedizinischen Versorgung gewinnt vor dem Hintergrund einer immer älter werdenden Gesellschaft zunehmend an Bedeutung. Entsprechend steigt auch die Bedeutung im Praxisalltag. Dabei stellt es für alle Beteiligten eine besondere Herausforderung dar, unheilbar erkrankte Menschen mit einer begrenzten Lebenserwartung angemessen zu betreuen und zu begleiten. Der Fortbildungskurs soll medizinischem Assistenzpersonal notwendige Kenntnisse und Fähigkeiten vermitteln, um die Ärztin / den Arzt kompetent bei der palliativmedizinischen Versorgung schwer kranker und sterbender Patienten zu unterstützen. Neben medizinischem Fachwissen und pflegerischen

Aspekten werden auch Grundlagen einer situationsgerechten Kommunikation mit Schwerkranken vermittelt.

Die Kursveranstaltung findet in den Räumen der Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin statt. Die Anmeldeunterlagen sowie weiterführende Informationen finden Sie auf unserer Website. Gerne geben wir Ihnen auch unter der Rufnummer **030 / 40 80 6 – 26 36** Auskunft. Anmeldeschluss ist der **28. Juni 2019**.

## NEUER GEHALTSTARIF- VERTRAG für Medizinische Fachangestellte

Am 8. März 2019 haben sich die Tarifpartner in der 2. Tarifrunde auf einen neuen Gehaltstarifvertrag für Medizinische Fachangestellte mit der Laufzeit vom **1. April 2019** bis zum **31. Dezember 2020** geeinigt.

Die Gehälter steigen ab dem 1. April 2019 um 2,5 % linear und ab dem 1. April 2020 nochmals um 2,0 %.

Auch die Ausbildungsvergütungen werden zum 1. April 2019 erhöht, und zwar für alle drei Ausbildungsjahre um 60 Euro brutto monatlich, d. h. für das 1. Ausbildungsjahr von derzeit 805 Euro auf 865 Euro, für das 2. Ausbildungsjahr von 850 Euro auf 910 Euro und für das 3. Ausbildungsjahr von 900 Euro auf 960 Euro.

Der Manteltarifvertrag wurde nicht verhandelt. Die Laufzeit des Manteltarifvertrages endet am 31. Dezember 2020.

Weitere Informationen zu den neuen Tarifverträgen erhalten Sie auf der Internetseite der Bundesärztekammer:

<http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/gesundheitsfachberufe/medizinische-fachangestellte-arzthelferin/tarife/>

# Zahl der Behandlungsfehler- vorwürfe 2018 erneut gesunken

Berliner Patientinnen und Patienten, die eine fehlerhafte ärztliche Behandlung vermuten, können sich an die gemeinsame Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern in Hannover wenden und dort ihren Fall außergerichtlich und kostenfrei prüfen lassen. Im Jahr 2018 ist die Zahl der Behandlungsfehler-vorwürfe aus dem Bereich der Ärztekammer Berlin das zweite Mal in Folge gesunken. So gingen 425 neue Vorwürfe bei der gemeinsamen Schlichtungsstelle ein (2017: 447 Anträge). Von diesen Anträgen und den noch nicht abschließend entschiedenen Fällen aus den Vorjahren konnten 350 Fälle abschließend bearbeitet werden. In 168 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 182 geprüften Fällen wurden 64 mit der Anerkennung eines Behandlungsfehlers abgeschlossen, in 118 Fällen wurde die Anerkennung abgelehnt. Das entspricht einer Anerkennungsquote von 35,16 % (2017: 24,71 %) und bewegt sich damit im Bereich anderer Begutachtungsstatistiken wie der des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen.

Die Auswertung der Behandlungsorte (Versorgungsebenen) zeigt, dass die Fälle mit 73,5 % aus dem Klinikbereich (ambulant/stationär, Belegärzte, Rehabilitationseinrichtungen) stammen, während der niedergelassene Bereich (auch Medizinische Versorgungszentren) mit 26,5 % beteiligt war.

Die häufigsten Diagnosen, die 2018 in Berlin zur Anrufung der Schlichtungsstelle führten, waren Unterarmfrakturen, traumatische Kniebinnenschäden, Kox- und Gonarthrosen, Deformitäten der Zehen und Finger, bösartige Neubildungen der Mamma, Appendizitis (akut/unklar) sowie lumbale Bandscheibenschäden.

Im Klinikbereich und im niedergelassenen Bereich sind unterschiedliche Fehlerarten festzustellen:

**Fehlerschwerpunkte im niedergelassenen Bereich** lagen bei der bildgebenden Diagnostik sowie bei der Überweisung zum Facharzt und Konsil (jeweils 16,1 %),

bei der allgemeinen Diagnostik (Labor/Zusatzuntersuchungen 12,9 %), der Indikationsstellung (12,9 %), der Pharmakotherapie (6,5 %) und bei der Durchführung der operativen Therapie (6,5 %). Die am häufigsten beteiligten Fachgebiete im niedergelassenen Bereich waren 2018 die Unfallchirurgie/Orthopädie (26,8 %), die Allgemeinchirurgie (12,5 %), die Frauenheilkunde (8,9 %), die Innere Medizin (7,1 %) sowie die Urologie und die Radiologie (jeweils 5,4 %).

**Fehlerschwerpunkte im Klinikbereich** lagen bei der bildgebenden Diagnostik (26,3 %), der Durchführung der operativen Therapie (25 %), der allgemeinen

## Berliner Behandlungsfehlerstatistik 2014 - 2018\*

	2014	2015	2016	2017	2018
Bestand aus dem Vorjahr	457	488	452	471	482
Neueingänge	515	498	503	447	425
Erledigungen	484	534	484	436	350
Wegen fehlender Verfahrensvoraussetzungen keine Prüfung möglich	206	239	220	177	168
Geprüfte Fälle	278	295	264	259	182
Davon begründete Ansprüche	77	86	67	64	64
Behandlungsfehlerquote bei den geprüften Fällen	27,70 %	29,15 %	25,38 %	24,71 %	35,16 %
Kein Nachweis für schuldhaften Behandlungsfehler	201	209	197	195	118

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

Diagnostik (Anamnese/Untersuchung 7,9 % sowie Labor/Zusatzuntersuchungen 3,9 %) sowie bei der Indikationsstellung und der Pharmakotherapie (jeweils 7,9 %). Die am häufigsten beteiligten Fachgebiete im Klinikbereich waren im Berichtsjahr die Unfallchirurgie/Orthopädie (31 %), die Allgemeinchirurgie (10,3 %), die Urologie (5,8 %), die Gefäßchirurgie und die Neurochirurgie (jeweils 5,2 %) sowie die Innere Medizin (4,5 %).

### Rückläufiger Trend auch auf Bundesebene

Auch auf Bundesebene war die Zahl der Antragsteller rückläufig: Nach 11.100 im Jahr 2017 wandten sich 10.839 Patientinnen und Patienten im Jahr 2018 an die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern. Andreas Dohm, Geschäftsführer der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern, berichtete bei der Präsentation der Jahresstatistik am 3. April 2019, dass die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen im Jahr 2018 bundesweit insgesamt 5.972 Sachentscheidungen zu mutmaßlichen Behandlungsfehlern getroffen haben. Es lag in 1.858 Fällen ein Behandlungsfehler / Risikoauflärungs-mangel vor. Davon wurde in 1.499 Fällen der Behandlungsfehler / Risikoauflärungs-mangel als Ursache für einen Gesundheitsschaden ermittelt, der einen Anspruch des Patienten auf Entschädigung begründete. In 359 Fällen lag ein Behandlungsfehler / Risikoauflärungs-mangel vor, der jedoch keinen kausalen Gesundheitsschaden zur Folge hatte.

Prof. Dr. Andreas Crusius, Vorsitzender der Ständigen Konferenz der Gutachter-

kommissionen und Schlichtungsstellen der Bundesärztekammer, warnte dabei davor, Ärzte, denen ein Fehler unterläuft, vorschnell als Pfuscher zu diskreditieren. Es gebe eine Vielzahl möglicher Ursachen für Fehler. Pfuscher sei in den seltensten Fällen der Grund. Eine Gefahrenquelle sei der Zeit- und Personal-mangel in Kliniken und Praxen. Crusius betonte: „Die über Jahrzehnte von der Politik geschaffenen ökonomischen Rahmenbedingungen in unserem Gesundheitssystem sind nicht auf maximale Patientensicherheit ausgerichtet, sondern auf maximale Effizienz. Ärztinnen und Ärzte arbeiten am Limit, und manchmal ein gutes Stück darüber hinaus.“ Zeit für Zuwendung und ausführliche Gespräche bleibe unter diesen Bedingungen kaum.

Dabei kommt einer guten Kommunikation bei der Fehlerprävention ein hoher Stellenwert zu, wie Prof. Dr. Walter Schaffartzik, Vorsitzender der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern, anhand konkreter Beispiele aus den Schlichtungsstellen erläuterte. Dies gelte sowohl für die Kommunikation zwischen den behandelnden Ärzten als auch zwischen Arzt und Patient.

### 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 Einrich-

tung 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 Sachverständigengutachtens 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 Prozent der Fälle von den Beteiligten anerkannt. Verjährungsfristen werden durch das Schlichtungsverfahren nicht beeinflusst.

Vertreter der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen arbeiten aktiv und kontinuierlich in mehreren übergeordneten Gremien zum Thema „Fehlervermeidung und Sicherheitskultur“ in der Medizin mit, zum Beispiel auch in Arbeitsgruppen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit.

srd

BERLINER ÄRZTE auch im Internet:

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

# Krank durchs Krankenhaus?

**Nosokomiale Infektionen: Was tut sich in Deutschland, und wie stehen wir im europäischen Vergleich da? Das wurde auf einer Veranstaltung der Berliner Medizinischen Gesellschaft beleuchtet.**

Von Adelheid Müller-Lissner

„Keime im Krankenhaus – Ihre Gesundheit ist in Gefahr“ – diese und ähnliche Schlagzeilen verunsichern in regelmäßigen Abständen (potenzielle) Patienten. Dass ausgerechnet an dem Ort, von dem sie sich Besserung und Heilung erwarten, und der sich durch besonders penible Hygiene auszeichnen sollte, heimtückische Krankheitserreger Menschen in Gefahr bringen, ist alarmierend. Als besonders bedrohlich gilt dabei nach wie vor das Kürzel MRSA. Das „MR“ steht zudem in den Augen vieler Laien kurzerhand fälschlich für das gefürchtete Wort „multiresistent“ – statt für Methicillin-Resistenz des *Staphylococcus aureus*.

Tatsächlich hat der MRSA in den letzten Jahren in deutschen Krankenhäusern einen starken Rückgang erfahren. „Das ist jedoch noch wenig bekannt. Und MRSA hat sich tief in das Wissen der Bevölkerung eingegraben“, sagte **Prof. Dr. med. Petra Gastmeier**, Direktorin des Instituts für Hygiene und Umweltmedizin der Charité, bei einer Veranstaltung, zu der die Berliner Medizinische Gesellschaft gemeinsam mit der Berliner Mikrobiologischen Gesellschaft am 21. März ins Langenbeck-Virchow-Haus geladen hatte. Es ging um aktuelle Daten zu nosokomialen Infektionen in Deutschland und in Europa.

**Dr. med. Seven Johannes Sam Aghdassi** vom Institut für Hygiene und Umweltmedizin stellte dort zunächst die kürzlich veröffentlichten Ergebnisse der nationalen Punkt-Prävalenzstudie (engl. Point Prevalence Survey, abgekürzt PPS) zu nosokomialen Infektionen und Antibiotika-Anwendungen vor. Diese Erhebung wurde in Deutschland im Jahr 2016 unter Federführung des Nationalen Referenzzentrums für Surveil-

lance von nosokomialen Infektionen nach dem einheitlichen Protokoll des European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) in einer repräsentativen Stichprobe in deutschen Krankenhäusern durchgeführt. Insgesamt nahmen 218 Akutkrankenhäuser teil, 64.412 Patienten wurden einbezogen. Die Daten wurden zwischen dem 1. Mai und dem 31. Juni 2016 in den beteiligten Häusern an einem von ihnen gewählten Stichtag erhoben. Die Gesamtprävalenz der Patienten mit nosokomialen Infektionen betrug 4,6 Prozent, die Prävalenz der Patienten mit Infektionen, die erst während des aktuellen Krankenhausaufenthalts auftraten, lag bei 3,3 Prozent. Größere Krankenhäuser, darunter die sieben teilnehmenden Universitätskliniken, zeigten höhere Prävalenzraten – was angesichts der dort behandelten schwereren Fälle nicht erstaunt. Ebenso einleuchtend: Die höchsten Prävalenzraten (knapp über 17 Prozent) wurden auf Intensivstationen beobachtet.

Eine Kerngruppe von 46 Kliniken war schon bei der letzten Erhebung im Jahr 2011 dabei und ermöglichte Vergleiche. Innerhalb der kleineren Stichprobe mit 11.324 Patienten ergaben sich Prävalenzen von 3,6 Prozent für alle Patienten mit nosokomialen Infektionen und 2,5 Prozent für Patienten, deren Infektion während des aktuellen Aufenthalts auftrat. Die am häufigsten dokumentierten Erreger waren *E.coli* (mit 16,6 Prozent Anteil), Enterokokken (mit 14,3 Prozent Anteil), *Clostridium difficile* (mit 13,6 Prozent Anteil) sowie der schon genannte *S.aureus* (mit 12 Prozent Anteil). Allerdings wurden nur in 58 Prozent der Fälle Erreger dokumentiert.

Aghdassi wies auch auf die Limitationen der Studie hin. „Als Momentaufnahme ist sie anfällig für Zufallseffekte.“ Patienten mit langen Krankenhausaufenthalten seien bei solchen Momentaufnahmen tendenziell überrepräsentiert. Da die Verweildauer der Patienten gegenüber 2011 abgenommen hat, sind die ermittelten Rückgänge bei der Prävalenz vorsichtig zu interpretieren.

Im Vergleich zu 2011 ergaben sich aber einige eindeutig erfreuliche Entwicklungen, wie Aghdassi berichtete: So zeigte sich 2016 eine stark verbesserte Ausstattung mit Hygienefachpersonal, ebenso war der Verbrauch an Hände-

ANZEIGE



desinfektionsmitteln deutlich angestiegen. Kritisch sieht Aghdassi allerdings, dass die perioperative Prophylaxe mit Antibiotika in den Akutkrankenhäusern weiterhin häufig zu lang und entgegen der Evidenz ausgedehnt wird. Das zeige, dass die Antibiotic Stewardship in Deutschland weiter intensiviert werden müsse. Dabei kümmern sich in Krankenhäusern interdisziplinäre Teams um die optimale Erreger-Diagnostik und antimikrobielle Therapie.

Bei der Antibiotic Stewardship und dem Schlüssel für das Pflegepersonal stehe Deutschland im europäischen Vergleich weiterhin schlecht da, berichtete Charité-Medizinerin Gastmeier in ihrem Vortrag. In anderen Bereichen, wie der Qualität der Diagnostik oder der Ausstattung mit Einzelzimmern, sei es im Vergleich zu insgesamt 29 Ländern der EU und des europäischen Wirtschaftsraums (einschließlich des EU-Kandidaten Serbien) als „allenfalls mittelprächtig“ einzustufen. Bei den Prävalenz- und den daraus errechneten Inzidenzzahlen schneidet Deutschland im europäischen Vergleich trotzdem recht gut ab, wie in den detaillierten Tabellen in der Veröffentlichung von Carl Suetens et al. (in „Eurosurveillance“ vom 15. November 2018) nachzulesen ist. Im Vergleich mit den USA sehe das allerdings anders aus, denn dort haben im gleichen Zeitraum 2011 bis 2016 vor allem Wundinfektionen deutlich abgenommen, berichtete Gastmeier. Sie wies zudem darauf hin, dass

es hierzulande pro Einwohner deutlich mehr Klinikbetten gibt als im EU-Durchschnitt, so dass hinter einer relativ kleinen aus der Punkt-Prävalenz errechneten Inzidenzzahl von 3,1 Prozent (europäischer Durchschnittswert: 4,1 Prozent) über 600.000 Krankheitsfälle und damit menschliche Schicksale stehen. Es sind diese absoluten Zahlen, die immer wieder durch die Presse gehen: Hochrechnungen zufolge sterben in jedem Jahr in Deutschland rund 15.000 Menschen an nosokomialen Infektionen, darunter 2.300 unter der Infektion mit einem multiresistenten Erreger.

**Dr. Tim Eckmanns** vom Robert Koch-Institut versuchte in seinem Vortrag, die Folgen dieser Infektionen für die Krankheitslast darzustellen. Gleich zu Beginn gab er zu bedenken: „Niemand, der eine nosokomiale Infektion hat, hat keine andere Erkrankung.“ Welchen Anteil die im Krankenhaus während der Behandlung der Grunderkrankung erworbenen Infektionen und welchen Anteil diese Grunderkrankungen selbst daran haben, dass Menschen Lebensjahre verlieren oder mit starken Einschränkungen erleben, versucht man mit dem komplizierten Konzept der DALYs (Disability-Adjusted Life Years) zu ermitteln. Wie die Auswertung der Punkt-Prävalenzstudie von 2011 ergab, ist die in DALYs ausgedrückte Krankheitslast, die durch die sechs bedeutendsten nosokomialen Infektionen verursacht wird, höher als die durch 31 andere Infektionskrankheiten, die vom

ECDC erfasst werden. „Sie ist vergleichbar mit der Krankheitslast durch Lungentumore“, berichtete Eckmanns. Umso drängender stellt sich die Frage: Wie viele Fälle wären vermeidbar? Nosokomiale Infektionen werden in der Öffentlichkeit oft ausschließlich als Folge schlechter Hygiene und allgemeiner Schlamperei in den Kliniken betrachtet. Gastmeier mahnte zu einer differenzierteren Sicht: „In der Vergangenheit hatten wir überwiegend exogene Infektionen. Da kann man prima etwas machen. Heute sind sehr, sehr viele Infektionen allerdings endogen, und solche Fälle sind nicht völlig zu vermeiden.“ Schätzungen zufolge könnten allerdings rund ein Drittel aller nosokomialen Infektionen vermieden werden, so führte sie weiter aus: 20 bis 50 Prozent bei Verletzungen der Mukosalschranke, die Erreger in die Blutbahn gelangen lässt, 35 bis 50 Prozent bei Infektionen, die mit Devices zusammenhängen, und rund 20 Prozent bei postoperativen Pneumonien.

Fazit: „Keime im Krankenhaus“ werden sich, anders als das in der öffentlichen Wahrnehmung oft erscheint, nicht völlig vermeiden lassen. Dass weniger Menschen an schweren Infektionen mit diesen Keimen erkranken und sterben, ist allerdings ein erreichbares Ziel. Nationale und internationale Erhebungen wie die Punkt-Prävalenzstudie sollen dabei helfen.

Dr. Adelheid Müller-Lissner

ANZEIGE

# Auf Messers Schneide

**Ferdinand Sauerbruch: Innovativer Chirurg, „Halbgott in Weiß“ und ambivalenter Verantwortungsträger. Eine Ausstellung im Medizinhistorischen Museum der Charité spürt einer zwiespältigen Mediziner-Persönlichkeit nach.**

Von Adelheid Müller-Lissner

Wenn die zweite Staffel der ARD-Fernsehserie zur Charité neugierig gemacht hat, der kann jetzt am Ball bleiben – zumindest was eine der zentralen historischen Figuren der Filme betrifft. Denn in der Ausstellung „Auf Messers Schneide. Der Chirurg Ferdinand Sauerbruch zwischen Medizin und Mythos“ bietet das Berliner Medizinhistorische Museum der Charité noch bis zum 2. Februar 2020 in chronologischer Reihenfolge anhand von 285 Exponaten eine Sicht auf die Herkunft, den beruflichen Werdegang, die medizinischen Leistungen, die Persönlichkeit, vor allem aber auf die widersprüchlich wirkenden politischen Haltungen des Star-Chirurgen in der NS-Zeit. Auf zahlreichen Fotos, in alten Wochenschauen und anhand einiger handschriftlicher Dokumente ist hier der „echte“ Sauerbruch zu erleben. Es soll, wie Museumsdirektor Thomas Schnalke betont, zudem auch der „ganze Sauerbruch“ sein. Über den konnte die – unter Beratung durch Charité-Mitarbeiter entstandene und gut fundierte – TV-Serie schon deshalb nicht Auskunft geben, weil sie nur in den Kriegsjahren 1943 bis 1945 spielt. Dass der 1875 im heutigen Wuppertal Geborene und 1951 in Berlin Verstorbene auch wichtige Lebensstationen in Breslau, Zürich und München verbrachte, musste ausgeblendet bleiben. Im Medizinhistorischen Museum werden diese Etappen lebendig.

Wichtig ist die Ausstellung aber auch deshalb, weil sie dem wohl bekanntesten deutschen Arzt des 20. Jahrhunderts gilt. Einem Arzt, der das Bild des „Halbgottes in Weiß“ maßgeblich prägte. Der den Nobelpreis für Medizin und Physiologie nie bekam, aber angeblich derjenige war, der am häufigsten dafür vorgeschlagen wurde. Einem innovati-

ven, extrem rührigen Operateur, aber auch einem Verantwortungsträger, der politisch extrem schwer einzuordnen ist.

Eine besonders relevante Quelle zu seinem Wirken in der NS-Zeit – für die Drehbuchautorinnen der Serie wie für die Ausstellungsmacher um Kuratorin Judith Hahn – sind die ganz frisch auf Deutsch erschienenen Aufzeichnungen des Elsässer Chirurgen Adolphe Jung, der seit 1940 zwangsweise an Sauerbruchs Klinik tätig war („Zwangsversetzt. Vom Elsass an die Berliner Charité. Die Aufzeichnungen des Chirurgen Adolphe Jung 1940-1945“, Schwalbe Verlag 2019.). Thomas Beddies und Susanne Michl vom Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin der Charité werden als Herausgeber das Buch am 7. Mai im Begleitprogramm zur Ausstellung vorstellen.

„Es gibt mehrere Sauerbruchs“, resümiert Kuratorin Hahn. Da ist zunächst einmal der ehrgeizige und selbstbewusste junge Arzt, der mit Ende 20 in Breslau zu Beginn des 20. Jahrhunderts eine raffiniert ausgeklügelte Unterdruckkammer erfand, die erstmals Operationen im Brustraum ermöglichte. Und der sich

gleichzeitig nicht scheute, seine Entwicklung energisch gegen die „Konkurrenz“, die Überdruckbeatmung der modernen Anästhesie, zu verteidigen. Ein minutiöser Nachbau der Kammer ist an zentraler Stelle der Ausstellung zu bewundern. Später traute sich der unerschrockene Operateur auch an Eingriffe am offenen Herzen, entfernte Kalkman-



Foto: Berliner Medizinhistorisches Museum

schetten von „Panzerherzen“, die durch chronische Entzündungen im Herzbeutel entstanden waren und im Jahr 1931 sogar ein Herz-Aneurysma. „Er war das Paradebeispiel eines Chirurgen, dem auch das goldene Zeitalter der Chirurgie in die Hände spielte, in dem nun Narkosen gesetzt und anti- und aseptische

Eingriffe durchgeführt werden konnten“, urteilt Schnalke.

Berühmt wurde der Chirurg aber vor allem durch den „Sauerbrucharm“, der Verwundeten des Ersten Weltkriegs half, mittels der Muskulatur des verbliebenen Stumpfes die Hand wieder zu bewegen. Sauerbruch, der zu dieser Zeit in Zürich arbeitete, ließ es sich nicht nehmen, an den Wochenenden in grenznahen deutschen Lazaretten zu operieren – mit Instrumenten, die er aus der neutralen Schweiz mitgenommen hatte: Ein handfester Skandal, wie Zeitungsausschnitte belegen. Wenig später operierte der junge Münchner Ordinarius dann den Kurt-Eisner-Attentäter Anton Graf von Arco auf Valley, half aber auch dem Schriftsteller und Revolutionär Ernst Toller. Und schickte 1923 einen Assistenzarzt zu Adolf Hitler, um nach dem gescheiterten Putschversuch vom November dessen ausgekugelte Schulter zu behandeln.

Ließ sich das mit einem ärztlichen Ethos begründen, das Hilfeleistung ohne Ansehen der Person erfordert, so zeigte der Chirurg seit 1933 widersprüchliche Haltungen gegenüber dem neuen Regime. Seit 1927 war er der Charité als Direktor der Chirurgischen Klinik verbunden. Mit einem Brief „An die Ärzteschaft der Welt“ und als einer der Hauptredner bei der Präsentation eines „Bekennnisses der Professoren an den deutschen Universitäten und Hochschulen zu Adolf Hitler und dem nationalsozialistischen Staat“ bezog der 1934 von Göring zum Staatsrat ernannte Mediziner Position für das neue Regime. 1937 ließ er sich mit dem erstmals verliehenen Nationalpreis für Kunst und Wissenschaft auszeichnen, einem nationalsozialistischen Gegenentwurf zum Nobelpreis. Gegen die „Neue Deutsche Heilkunde“ der Nazis bezog er andererseits klar Stellung. Ein Antisemit war er nach Aussagen emigrierter Kollegen auf keinen Fall – dennoch protestierte er nicht gegen die Entlassung jüdischer Mitarbeiter der Charité. Er wurde beratender Chirurg der Wehrmacht und 1943 mit dem

Ritterkreuz ausgezeichnet, war aber nie Parteimitglied. Er behandelte Regimegegner, gab Mitverschwörern des 20. Juli Gelegenheit zu konspirativen Treffen. Und er nahm als einer der wenigen prominenten Berliner im Jahr 1935 an der Beisetzung seines zeitweiligen Nachbarn Max Liebermann teil – der auch ein eindrucksvolles Porträt von ihm schuf.

Eine ambivalente Persönlichkeit, eine zwiespältige Haltung. Sauerbruch war Gegner des T4-Euthanasie-Projekts, trug aber als Mitglied des Reichsforschungsrates Mitverantwortung dafür, dass Fördermittel für Forschungen an KZ-Häftlingen bewilligt wurden. „Er hat die Projekte wohl nicht im Detail gekannt. Er hat sich aber auch nicht darum gekümmert, sie kennenzulernen, und das kann man ihm zum Vorwurf machen“, kommentiert der Charité-Vorstandsvorsitzende Karl Max Einhäupl.

Einhäupl begrüßt die Ausstellung, die nun ein knappes Jahr im Medizinhistorischen Museum zu sehen sein wird, auch als Teil der Auseinandersetzung mit den dunklen Anteilen der Charité-Geschichte. Die Auseinandersetzung mit dem Nationalsozialismus wird dort schon seit einigen Jahren sehr eindrücklich betrieben, etwa durch Aktivitäten des Projekts GeDenkOrt Charité. Ärzten und Studierenden könne die Ausstellung nun einen weiteren Anstoß geben, sich persönlich die Frage zu stellen: Was hätten wir getan?

Doch hätte der große Ferdinand Sauerbruch, nach dem auf dem Campus Mitte der Charité ein Weg benannt ist, sich als Teil eines solchen ärztlichen „Wir“ gesehen? Er war sicher kein moderner Team-Player, galt als autoritär, impulsiv, geltungsbedürftig. „Im OP, der ganz auf seine Bedürfnisse zugeschnitten war, fielen scharfe Worte, es gab spontane Entlassungen von Mitarbeitern“, berichtet Schnalke. „Am Mythos des Halbgottes in Weiß hat er zu Lebzeiten mitgestrickt“, betont Kuratorin Hahn. Zum Beispiel mit seinem kurz vor seinem Tod, gezeichnet

von einer vaskulären Demenz, unter Mithilfe eines Ghostwriters verfassten Memoirenband, der 1954 unter dem Titel „Sauerbruch – Das war mein Leben“ auch sehr erfolgreich verfilmt wurde.

Auf Youtube kann man hineinschauen – und das Arztbild einer vergangenen Epoche bestaunen: Der „Halbgott in Weiß“ (gespielt von Ewald Balsler) ist in diesem Film ebenso pausen- wie selbstlos im Einsatz, im Nachkriegs-Berlin tuscheln die Leute auf der Straße, weil ihn alle erkennen. Nur seine Frau ist unzufrieden, weil er auch am Hochzeitstag bis spät Abends im OP steht und ihr nur ein paar welke Blumen bringen kann, als die geladenen Gäste schon gegangen sind. Doch sie fasst sich und trinkt ihren Sekt „auf alle Ärztefrauen der Welt, die immer wieder vergeblich auf ihre Männer warten und ihnen trotzdem immer wieder verzeihen“. Das passte schon damals schlecht zur Internistin Margot Sauerbruch, der zweiten Ehefrau des Chirurgen, die an der Charité und später jahrelang im Martin-Luther-Krankenhaus tätig war.

Gut, dass die Geschichte des bedeutenden und zeitweise in seinen Worten und Taten auch zwiespältigen Mediziners inzwischen differenziert aufgearbeitet wird. Zur besten Sendezeit mit einer niveaувollen TV-Serie (mit Luise Wolfram als tatkräftiger Margot Sauerbruch), und kurz danach mit einer informativen Ausstellung. Hingehen!

Dr. Adelheid Müller-Lissner

Noch bis zum **2. Februar 2020** im Berliner Medizinhistorischen Museum der Charité, Campus Charité Mitte, Dienstag bis Sonntag 10 bis 17 Uhr, Mittwoch und Samstag 10 bis 19 Uhr, Montag geschlossen.

Mehr Informationen zur Ausstellung und zum Begleitprogramm unter [www.bmm-charite.de](http://www.bmm-charite.de)

# BERLINER ÄRZTE

05/2019 56. JAHRGANG

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin,  
Körperschaft des öffentlichen Rechts.

**Herausgeber:** Ärztekammer Berlin  
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin  
Telefon 030 40806-0  
E-Mail: presse@aekb.de

**Redaktion:** Dipl.-Jour. Sascha Rudat (v.i.S.d.P.)  
**Redaktionsbeirat:**  
PD Dr. med. Dietrich Banzer  
Dr. med. Regine Held  
Michael Janßen  
Univ. Prof. Dr. med. Harald Mau  
Dorothea Spring  
Dr. med. Roland Urban  
Julian Veelken  
Dr. med. Thomas Werner  
**Anschrift der Redaktion:**  
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin  
Telefon 030 40806-4100/-4101, FAX -4199  
Titelgestaltung Sehstern

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

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

**Verlag:** Quintessenz Verlags-GmbH  
Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin, Telefon: 030 76180-5  
Telefax: 030 76180-680, www.quintessenz.de  
Geschäftsführung: Dr. h. c. H.-W. Haase /  
Dr. A. Ammann / C. W. Haase

**Anzeigen- und Abow  
verwaltung Leipzig:** Paul-Gruner-Str. 62, 04107 Leipzig,  
leipzig@quintessenz.de  
Anzeigendisposition: Melanie Bölsdorff  
Telefon: 0341 710039-93, Telefax: 0341 710039-99  
boelsdorff@quintessenz.de

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

*Es gilt die Anzeigenpreisliste 2019, gültig ab 01.01.2019.*

Die Zeitschrift erscheint 12mal im Jahr jeweils am 1. des Monats. Sie wird von allen Berliner Ärzten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft zur Ärztekammer bezogen. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedspreis abgegolten. Nichtmitglieder können die Zeitschrift beim Verlag abonnieren. Der Jahresbezugspreis (12 Ausgaben) beträgt im Inland € 91,00 inkl. Versandkosten, Patenschaftsabo Berlin-Brandenburg € 62,00 inkl. Versandkosten, im Ausland € 91,00 (zzgl. Versandkosten). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 6,80 zzgl. € 2,50 Versandkosten.

ISSN: 0939-5784

Copyright © by Quintessenz Verlags-GmbH, 2019