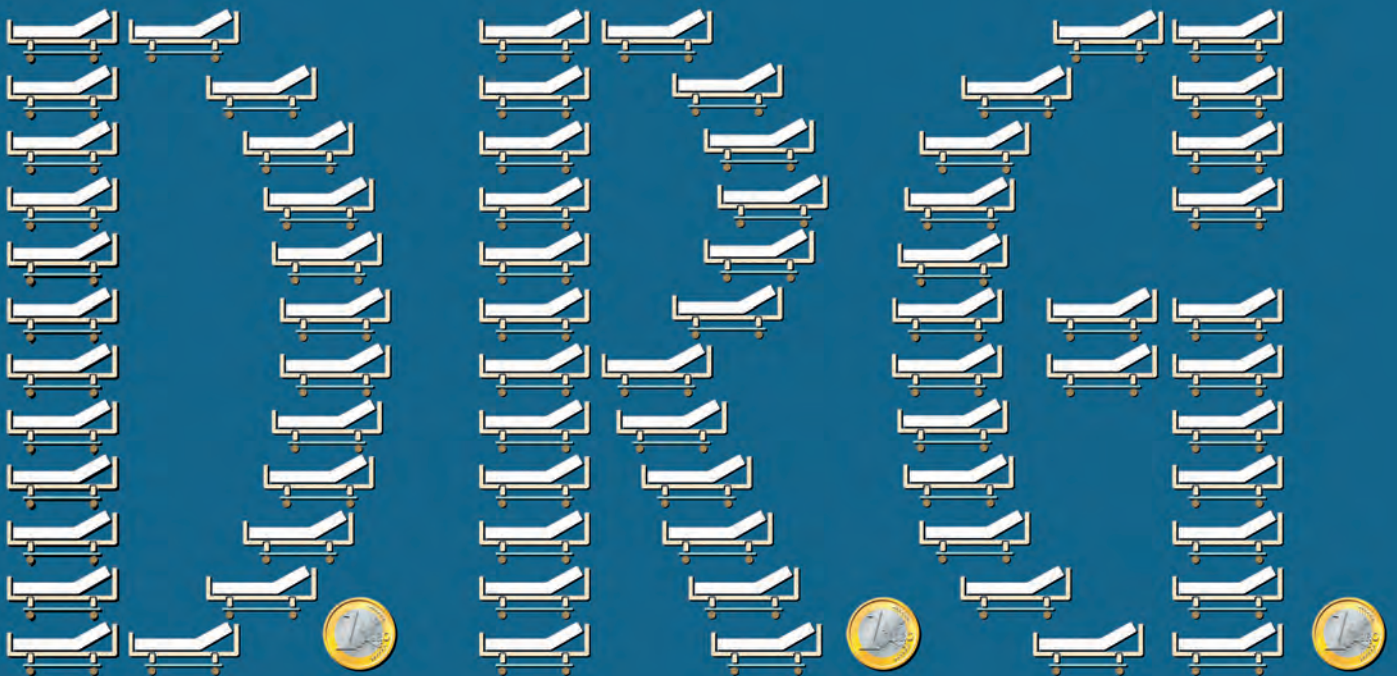


## KEINE FÄLLE KEIN GELD



KRANKENHAUSFINANZIERUNG  
IN DER KRISE

# Eine Leistung, eine Qualität, ein Preis



Foto: K. Friedrich

**Dr. med. Regine Held**  
*Hals-Nasen-Ohren-Ärztin und Vizepräsidentin der Ärztekammer Berlin.*

Zum Zeitpunkt der Erstellung des Editorials hat die Zahl der COVID-19-Neuinfektionen in Deutschland deutlich abgenommen. Lockerungen in Richtung Normalität sind an der Tagesordnung. In der Delegiertenversammlung im Juni haben sich die Delegierten der Ärztekammer Berlin über die Zeit der Krise ausgetauscht und Konsequenzen diskutiert. Aus meinen persönlichen Erfahrungen und vor allem aus Gesprächen mit Kolleginnen und Kollegen habe ich die Erkenntnis gewonnen, dass die Pandemie für uns Anlass sein muss, nicht einfach zum gewohnten „Weiter so“ zurückzukehren. Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich hat sich gezeigt, dass es auch „eine Nummer kleiner“ geht.

In die Praxen kamen nur Patientinnen und Patienten mit wirklichen Beschwerden, die Rettungsstellen hatten deutlich weniger zu tun und viele stationäre Aufnahmen wurden verschoben, weil sie als nicht dringlich eingestuft wurden. Die Arbeit an und mit den Patientinnen und Patienten war trotz Schutzmaßnahmen wesentlich angenehmer und hat beide Seiten sichtlich mehr zufriedengestellt, weil endlich genügend Zeit vorhanden war. Inwiefern dringend notwendige Behandlungen tatsächlich unterblieben, wie von manchen befürchtet, werden die Auswertungen der Gesundheitsdaten in den nächsten Monaten zeigen.

Gesundheitspolitisch ist wegen der Corona-Pandemie auch viel liegen geblieben. Deshalb sollten aus der jetzigen Situation heraus die drängenden Themen schnell wieder aufgegriffen werden.

Lange vor der Corona-Zeit gab es parallel zum Dauerthema „Krankenhausfinanzierung und DRGs“ auch im ambulanten Bereich Diskussionen zur Reform der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM). Es wurde auch eine Kommission gegründet, die untersuchen sollte, ob beide Abrechnungssysteme vereinheitlicht werden können.

Ebenso ist die sektorenübergreifende Versorgung seit Langem ein immer wieder diskutiertes und oftmals auch strittiges Thema. Wenn man Alternativen zum DRG-System sucht – einen Überblick dazu finden Sie ab Seite 12 der vorliegenden Ausgabe –, dann ist jetzt die richtige Zeit, dabei auch übergreifende Aspekte der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einzubeziehen: Die Fortschritte der Medizin haben es möglich gemacht, die Liegedauer in den Krankenhäusern immer weiter zu verkürzen und viele Behandlungen ambulant durch- oder weiterzuführen. Doch derzeit ist es weder für die ambulant operierenden Kolleginnen und Kollegen noch für das Krankenhaus möglich, kostendeckend zu arbeiten.

Eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe, die bis 2020 Vorschläge für eine „sektorenübergreifende Versorgung“ erarbeiten soll, hat bereits Zwischenergebnisse bzw. erste Eckpunkte vorgelegt. Die wesentlichen Punkte des Papiers betreffen die instituti-

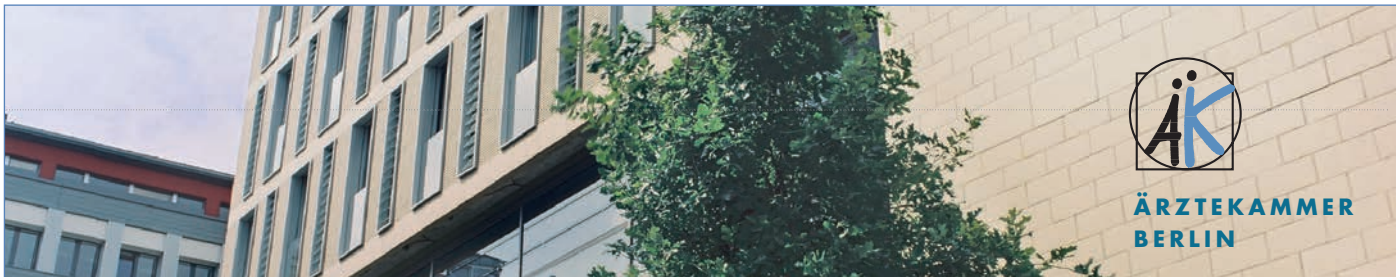
onelle Öffnung der Kliniken für eine ambulante Versorgung, die gemeinsame fachärztliche Versorgung und die bessere Koordination zwischen Hausarztpraxen und Pflegediensten. Ein weiterer und sehr zentraler Punkt ist die sektorenübergreifende Bedarfsplanung.

Der Spitzenverband der Fachärzte Deutschlands e. V. (Spifa), als Vertreter aller Fachärzte, hat sich daraufhin mit einem eigenen Konzept für eine sektorübergreifende Versorgung an der Schnittstelle ambulant/stationär positioniert. Das Spifa-Konzept sieht u. a. vor, im Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) die Paragraphen zum ambulanten Operieren, zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung und zur belegärztlichen Versorgung zusammen zu fassen. Es geht nicht um eine reine Verschiebung der Sektorengrenzen in den ambulanten oder stationären Bereich, sondern um die Neustrukturierung von Leistungen und Preisen. Die intersektoralen ärztlichen Behandlungen sollen dann in Krankenhäusern genauso wie in Gemeinschaften von Vertragsärzten zur Verfügung stehen. Absolute Grundvoraussetzung für eine veränderte Struktur ist ein einheitliches Vergütungssystem nach dem Prinzip: **„Eine Leistung, eine Qualität, ein Preis“**.

Die Verantwortlichen aller Sektoren müssen zusammentreffen, gemeinsame Konzepte erarbeiten, und sich zwingend von dem Gefühl lösen, ihnen werde etwas weggenommen. Es kann und darf nicht ausschließlich um Gewinnmaximierung gehen. Die begonnene Diskussion zur Ökonomisierung in Krankenhäusern und Praxen muss fortgesetzt werden.

Ihre Regine Held

*Regine Held*



ÄRZTEKAMMER  
BERLIN

Die **Ärztekammer Berlin**, Körperschaft des öffentlichen Rechts, mit ca. 130 Beschäftigten, vertritt die beruflichen Belange von ca. 33.200 Ärztinnen und Ärzten in Berlin. Wir verstehen uns als eine Dienstleistungseinrichtung. Zu den wesentlichen Aufgaben der Ärztekammer Berlin zählen die ärztliche Weiterbildung, die Berufsaufsicht, die ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung sowie die Ausbildung der Medizinischen Fachangestellten.

Zur Verstärkung unserer Abteilung 1 – **Weiterbildung/Ärztliche Berufsausübung** – suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n

## Ärztin / Arzt (m/w/d)

in Voll- oder Teilzeit, zunächst befristet für 24 Monate. Eine langfristige Zusammenarbeit wird angestrebt.

### Ihre Aufgaben:

- Unterstützung der Arbeit der Weiterbildungsausschüsse und der ehrenamtlich tätigen Gremienmitglieder
- fachliche Unterstützung der Sachbearbeiter/innen bei der inhaltlichen und organisatorischen Bearbeitung von Anträgen auf Anerkennung und Befugnis zur Leitung der Weiterbildung
- Vorbereitung und Umsetzung von Entscheidungen der Gremien der Ärztekammer Berlin sowie alle in diesem Zusammenhang anfallenden administrativen Arbeiten
- Beratung von Ärztinnen und Ärzten in Fragen der Weiterbildung
- Weiterentwicklung der Weiterbildungsordnung
- Bearbeitung europarechtlicher Fragestellungen
- Betreuung des Gutachterverzeichnis

Bei der Erfüllung Ihrer Aufgaben innerhalb unserer Verwaltungsstruktur kooperieren Sie eng mit den ehrenamtlichen Gremien der Ärztekammer Berlin. Gelegentlich sind dabei Abend- und Samstagstermine wahrzunehmen.

### Ihre persönlichen und beruflichen Kompetenzen:

- abgeschlossenes Studium der Humanmedizin mit mehrjähriger ärztlicher Berufserfahrung und Verständnis von Struktur und Organisation des Gesundheitswesens
- Fähigkeit zum selbständigen konzeptionellen Arbeiten und zur schnellen und umfassenden Einarbeitung in neue Themen
- hohes Verantwortungsbewusstsein und Zuverlässigkeit
- zügige und sorgfältige Arbeitsweise, organisatorischen Geschick und Belastbarkeit
- souveränes, kompetentes und teamorientiertes Auftreten mit ausgeprägter mündlicher und schriftlicher Kommunikationsfähigkeit sowie gute Englischkenntnisse
- sicherer Umgang mit Standardsoftware, insbesondere MS Office Produkten (Word, Excel, PowerPoint)

### Unser Angebot:

- eine anspruchsvolle selbstständige Tätigkeit in einem wertschätzenden Arbeitsumfeld
- Vollzeit bei 38,5 Std./Woche (Teilzeit anteilig) sowie 30 Tage Urlaub im Jahr (5-Tage-Woche)
- eine angemessene Vergütung, Urlaubs- und „Weihnachtsgeld“, betriebliche Altersvorsorge (VBL), Kinderzulage, vermögenswirksame Leistungen
- flexible Arbeitszeiten zur Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Privatleben unter Berücksichtigung dienstlicher Belange
- eine gründliche Einarbeitung sowie bedarfsgerechte Fortbildungsangebote
- ein modern und kommunikativ ausgerichtetes Arbeitsplatzkonzept
- eine gute Verkehrsanbindung sowie einen Arbeitgeberzuschuss zum Firmenticket
- Beschäftigung bei einem zuverlässigen und sicheren Arbeitgeber

### Hinweise und Kontakt:

Die Ärztekammer Berlin gewährleistet unabhängig vom Geschlecht die berufliche Gleichstellung und fördert die Vielfalt unter den Beschäftigten. Schwerbehinderte werden bei gleicher Eignung, Befähigung und Leistung besonders berücksichtigt.

Im Zusammenhang mit der Durchführung des Auswahlverfahrens und ggf. der Einstellung werden Ihre Daten elektronisch gespeichert und verarbeitet. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie auf unserer Internetseite.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann bewerben Sie sich bitte bis zum **31.07.2020** online über unser Bewerbungsportal, welches Sie über unsere Internetseite erreichen: **www.aekb.de** → Über uns → Karriere → Stellenangebote.

Sollten Sie hierbei Hilfe benötigen oder Fragen haben, so kontaktieren Sie uns bitte unter:

**Ansprechpartnerin:** Frau Kassner, Tel.: 030 40806-3501, E-Mail: [Bewerbung@aekb.de](mailto:Bewerbung@aekb.de)

Alternativ senden Sie Ihre aussagefähigen Bewerbungsunterlagen unter Angabe der Referenznr. **WB-07-2020** bitte an:

**Ärztekammer Berlin** – Personalstelle – Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

**Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!**



EDITORIAL.....

**Eine Leistung, eine Qualität, ein Preis**  
*Von Regine Held.....3*

BERLINER ÄRZTE *aktuell* ..... 6

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

**„Die Lernkurve war immer steiler als die Infektionsrate“**  
Bericht von der Delegiertenversammlung am 10. Juni 2020.....23

FORTBILDUNG.....

**CIRS Berlin: Der aktuelle Fall**  
.....19

**Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin**  
.....20

PERSONALIEN.....

**Zum 95. Geburtstag von Erich Saling, dem “Father of Perinatal Medicine”**  
*Von Jürgen Lüthje.....25*

**Die Berliner Ärzteversorgung trauert um Reinhard Reuter**  
.....26

FEUILLETON.....

**Augenarzt der Armen und Pionier der Augenheilkunde: Zum 150. Todestag von Albrecht von Graefe**  
*Von Wolfgang Hanuschik.....28*

## TITELTHEMA

# Krankenhausfinanzierung in der Krise



Die Corona-Pandemie hat die Diskussion um die DRG-Krankenhausfinanzierung weiter angefacht. Der Ruf nach einer Reform ist wieder lauter geworden.

Ein Überblick zu den Vorstellungen der verschiedenen Akteure.

*Von Julia Frisch.....12*

RM Sebstern

## Personalien

### Bernd Wolfarth neu im Vorstand des Sport-Gesundheitspark Berlin e. V.



Foto: sportmedizin.charite.de

Der Sportbeauftragte der Ärztekammer Berlin, Prof. Dr. med. Bernd Wolfarth, ist seit Anfang Juni 2020 stellvertretender Vorsitzender im Vorstand des Sport-Gesundheitspark Berlin e. V.

Der Facharzt für Innere Medizin ist u. a. Leiter der Abteilung Sportmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin sowie Ordinarius der Sportmedizin an der Humboldt-Universität zu Berlin. Der Öffentlichkeit ist

Wolfarth – neben vielen weiteren Funktionen und Tätigkeiten im Sport – insbesondere als Leitender Olympiaarzt des Deutschen Olympischen Sportbunds (DOSB) bekannt.

Wolfarth folgt auf Peter Harnisch, der im Herbst 2019 kurzfristig die Aufgaben des damaligen Vorsitzenden Dr. Folkert Boldt übernommen hatte und nun zum neuen Vorsitzenden des gemeinnützigen Vereins gewählt wurde.

1988 als Modelleinrichtung für Gesundheitssport in Berlin gegründet, gliedert sich der Sport-Gesundheitspark Berlin e. V. in die Bereiche „Gesundheitssport“, „Sportmedizin“ und „Akademie“. Er ist mit über 7.000 Mitgliedern der größte Gesundheitssportverein der Hauptstadt.

### Ehrenprofessur für Theodor Windhorst



Foto: privat

Die Medizinische Fakultät der Universität Münster (WWU) hat den ehemaligen Chefarzt und langjährigen Präsidenten der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Dr. med. Theodor Windhorst, für sein vielfältiges Engagement mit einer Honorarprofessur ausgezeichnet. Gewürdigt werde vor allem sein Einsatz für Qualitätssicherung und -management in

der Humanmedizin, gemäß seiner Maxime „Qualität erreicht man nur durch Qualifikation“. Die Ernennungsurkunde erhielt Windhorst im Rahmen eines kleinen Festaktes Anfang Juni 2020 aus den Händen von Dekan Prof. Frank-Ulrich Müller. Dieser betonte, dass mit der Verleihung für den Ehrenpräsidenten der Ärztekammer Westfalen-Lippe keine Verpflichtung bestehe Lehrveranstaltungen abzuhalten. „Aber natürlich ist er hier immer willkommen“, betonte der Medizin-Dekan, „so, wie bisher“. Die WWU kennt Windhorst schon seit seinem Medizinstudium, das er dort ab 1974 absolviert hat.

Ende 2019 hatte sich Theodor Windhorst von seinen beruflichen Verpflichtungen zurückgezogen.

### Leitungswechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

#### Martin Luther Krankenhaus

Dr. med. Ursula Makowiec ist seit

Anfang Juni 2020 als Leitende Ärztin im Brustzentrum des Martin Luther Krankenhauses tätig. Die Senior Mammaoperateurin ist eine ausgewiesene Spezialistin und verfügt über eine langjährige Berufserfahrung aus Kliniken und niedergelassenen Praxen im In- und Ausland. Zuletzt war sie Chefärztin der Gynäkologie der Park-Klinik Weißensee, davor leitete Makowiec über fünf Jahre das Brustzentrum der DRK Kliniken Berlin Westend. Ihre Expertise umfasst das gesamte Spektrum der Diagnostik sowie der operativen, medikamentösen und supportiven Therapie von malignen und benignen Veränderungen der Brust.

#### Charité – Universitätsmedizin Berlin

Anfang Juni 2020

hat Prof. Dr. med. Sibylle Maria Winter die neue Professur für Traumafolgen und Kinderschutz der Charité – Universitätsmedizin Berlin übernommen. Die Kinderschutzexpertin arbeitet bereits seit 1995 an der Charité, zunächst als wissenschaftliche Mitarbeiterin und ab 2017 als Stellvertretende Direktorin der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Das Studium der Humanmedizin hat Sibylle Maria Winter an der Medizinischen Hochschule Lübeck absolviert, 1993 folgten Promotion und Weiterbildung zur Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und 2013 die Habilitation. Ab 2007 war Winter am Aufbau der Kinderschutzgruppe beteiligt und wurde Stellvertretende Kinderschutzkoordinatorin der Charité. Die neu geschaffene Professur umfasst zusätzlich zur Aus- und Weiterbildung auch Prävention, Diagnostik und Intervention bei Kindern und Jugendlichen, die von Gewalt betroffen sind. Forschungsschwerpunkte sind die Früherkennung von sogenannten Risikokindern mithilfe von Screening-Verfahren, Interventionsprogramme für Kinder und Jugendliche nach Gewalterfahrung sowie die Weiterentwicklung von Biomarkern zur spezifischen Beurteilung des Stressregulationssystems.

Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Leitungspositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause. Tel.: 030/408 06-41 00/-41 05, Fax: -41 99, E-Mail: M.Thiele@aekb.de oder presse@aekb.de

### Beiträge & Gebühren: Zahlung, Stundung oder Erlass in Härtefällen

Die Ärztekammer Berlin hat aus bekannten Gründen fällige Gebühren und Beiträge bis zum 30. Juni 2020 nicht angemahnt (siehe BERLINER ÄRZTE 05/2020). Nach dem generellen Zahlungsaufschub soll nunmehr Mitgliedern, die aufgrund der Pandemie in ernsthafte wirtschaftliche Not geraten sind, weitere Entlastungsmöglichkeiten aufgezeigt werden:

- Den Erinnerungen an die Zahlung offener Forderungen ab dem 1. Juli 2020 werden daher Informationen zur Stellung eines Härtefallantrags mitgegeben.
- Wenn und soweit Sie von Härten in Form größerer Umsatz-, Gewinn- oder Gehaltseinbußen betroffen sind, stellen Sie bitte schnellstmöglich einen Härtefallantrag. Sie vermeiden damit, dass Sie ab August kostenpflichtig gemahnt werden.
- Der Härtefallantrag zielt auf Stundung oder Erlass ab. Stundung (Zahlungsaufschub) kommt bei erheblicher Härte in

Betracht, also wenn Sie sich in ernsthaften Zahlungsschwierigkeiten befinden. Erlass ist bei besonderer Härte vorgesehen, also wenn die Weiterverfolgung des Anspruches durch die Ärztekammer Berlin zur Gefährdung Ihrer Existenz führen würde.

- Bitte geben Sie dem Antrag Nachweise zu Ihrer Einkommens- bzw. Vermögenssituation bei, aus denen sich ergibt, dass Sie sich in einer Härtefallsituation befinden.
- Die Verwaltung wird den Antrag prüfen und Sie zum weiteren Umgang mit der Forderung informieren.

#### Hinweis zu Kammerbeiträgen:

Die im Jahr 2020 ggf. eintretende Minderung Ihrer Einkünfte wirkt sich in jedem Fall im Beitragsjahr 2022 mindernd auf die Beitragshöhe aus, weil die Kammerbeiträge des Jahres 2022 nach den im Jahr 2020 erzielten ärztlichen Einkünften bemessen werden.

### Zahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte auf über 400.000 gestiegen

Die Zahl der in Deutschland praktizierenden Ärztinnen und Ärzte ist im vergangenen Jahr um fast Zehntausend gestiegen, so das Ergebnis einer aktuellen Statistik der Bundesärztekammer (BÄK). Demnach waren bei den Kammern zum Jahresende 2019 insgesamt 402.119 berufstätige Medizinerinnen und Mediziner gemeldet. Damit kommt in Deutschland rein rechnerisch eine Ärztin oder ein Arzt auf rund 200 Menschen.

Etwas mehr als die Hälfte (51,5 Prozent) arbeitet in Krankenhäusern, während im ambulanten Sektor 159.846 Ärztinnen und Ärzte – 2.558 mehr als 2018 – beschäftigt sind.

Wie dringend medizinischer Nachwuchs gebraucht werde, zeige die Altersentwicklung: Laut Statistik sind derzeit acht Prozent der berufstätigen Medizinerinnen und Mediziner schon 65 Jahre und älter. Weitere zwölf Prozent waren Ende 2019 bereits zwischen 60 und 65 Jahre alt. Das heißt, so Bundesärztekammer-Präsident Klaus Reinhardt, ein Fünftel aller berufstätigen Ärztinnen und Ärzte werde sich vermutlich bald in den Ruhestand verabschieden.

Dieser Fakt und die Corona-Pandemie führten „drastisch vor Augen, wie sehr unser gesellschaftliches und wirtschaftliches Leben von einem gut funktionierenden Gesundheitswesen abhängt“, so Reinhardt. Deshalb müsse die Politik der Nachwuchsförderung und Fachkräftesicherung im Gesundheitswesen „künftig höchste Priorität“ beimessen.

## Arzt SUCHT Hilfe – Suchtproblematik bei Ärztinnen und 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, um mit uns in Kontakt zu kommen: [Kontakt-Suchtprogramm@aekb.de](mailto:Kontakt-Suchtprogramm@aekb.de)

Weitere Informationen und Ansprechpartner finden Sie auf der Website der Ärztekammer Berlin: [www.aekb.de/suchhintervention/](http://www.aekb.de/suchhintervention/)

### Ranking

## Die Bestenliste der attraktivsten Krankenhausabteilungen

Die unabhängige Stuttgarter Treatfair GmbH hat erneut das sogenannte Treatfair Ranking herausgegeben. Dieses bietet einen deutschlandweiten Überblick über die attraktivsten Krankenhausabteilungen in verschiedenen Fachbereichen und soll Ärztinnen und Ärzten bei der Stellenwahl behilflich sein. Es dient als praktische Orientierungshilfe und kann den Berufseinstieg vereinfachen. Basis für das Ranking sind Daten, die das Unternehmen im Rahmen einer Befragung von Ärztinnen und Ärzten vom 01. Dezember 2019 bis zum 14. Februar 2020 erhoben hat. Insgesamt haben 1.864 Ärztinnen und Ärzte anonym die Arbeitszufriedenheit in ihren Krankenhäusern bewertet. Die Befragten machten u. a. Angaben im Hinblick auf die Arbeitsatmosphäre, Work-Life-Balance, Fortbildungsmöglichkeiten, Führungskompetenz, Wertschätzung sowie die für Patientinnen und Patienten verfügbare Zeit.

Die jährlich durchgeführte Befragung richtet sich an ärztliches Personal aller Ausbildungsstufen von

Assistenz-, Fach- bis zu Oberärztinnen und -ärzten. Nur Abteilungsleitungen sind ausgeschlossen. Die Beteiligung an der aktuellen Befragung ist im Vergleich zum Vorjahr um knapp 50 Prozent gestiegen, was die Verantwortlichen vor allem auf eine wachsende Bekanntheit des Rankings zurückführen.

Die Ergebnisse der Befragung stehen ab sofort allen Interessierten kostenfrei unter [www.treatfair.org](http://www.treatfair.org) zur Verfügung. Zeitgleich mit der Online-Veröffentlichung erscheint auch die zweite Auflage des Printmediums Treatfair Magazin. Dieses beinhaltet neben dem gesamten Ranking zudem Listen der zehn attraktivsten Abteilungen einzelner Fachgebiete sowie Porträts der am besten bewerteten Abteilungen. Das Magazin kann kostenpflichtig über die Website bezogen werden. Studierende der Humanmedizin können es kostenfrei über ihre jeweiligen Fachschaften beziehen.

### Hilfe und Unterstützung

## Medi-Helpline: Psychosoziales Seelsorge- und Beratungstelefon

Im Gesundheitswesen tätige Menschen waren und sind derzeit besonders großen Belastungen ausgesetzt. Sie behandeln (potenziell) mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) infizierte Patientinnen und Patienten und müssen täglich Entscheidungen für deren Versorgung treffen. Dabei können die Erfahrungen der vergangenen Wochen und Monate zu kurzfristigen, aber auch langfristigen Belastungs- und Stressreaktionen führen.

Die Erkenntnisse aus früheren Pandemien zeigen, dass die Mitarbeitenden im Gesundheitswesen eine besonders hohe Prävalenz von psychosozialen Beschwerden wie Schlaflosigkeit, Ängstlichkeit, Erschöpfung und Niedergeschlagenheit aufweisen. Diese Beschwerden sind im Allgemeinen eine normale Reaktion auf außergewöhnliche Umstände und gehen nach der Belastungsphase wieder vorbei. Einige Menschen entwickeln aber auch langfristige Beschwerden, die therapeutisch behandelt bzw. begleitet werden müssen.

Um die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Kliniken und Pflegeeinrichtungen – auch anonym – zu unterstützen, hat die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung gemeinsam mit der Krankenhausseelsorge der EKBO, der kirchlichen Telefonseelsorge und der Notfallseelsorge/Krisenintervention Berlin ergänzend zu bereits bestehenden Angeboten ein einrichtungsübergreifendes psychosoziales Beratungsangebot entwickelt. An das psychosoziale Seelsorge- und Beratungstele-

fon Medi-Helpline können sich alle im Gesundheitswesen Tätigen wenden, die

- Hilfe und Unterstützung bei Stressreaktionen benötigen,
- Bewältigungsstrategien erarbeiten möchten,
- aufgrund ihrer Erschöpfung Unterstützung brauchen,
- die mit Extremsituationen konfrontiert wurden und unter diesen besonderen Belastungssituationen leiden oder
- besorgt sind, sich selbst zu infizieren.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter am Telefon sind selbst erfahrene Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen und/oder haben vertiefte Kenntnisse, insbesondere im Krankenhausbereich und zur psychosozialen Versorgungslandschaft. Die Medi-Helpline sieht ein zweistufiges, niederschwelliges System vor, das die jeweiligen Bedarfe abdeckt; angefangen mit (anonymen) Telefonkontakten zur Klärung der Belastungs- und Stresssituation sowie der Entlastung (1. Stufe) durch psychosozial erfahrene und supervidierte Seelsorgerinnen und Seelsorger, die überkonfessionell und kultursensibel beraten. Besteht weiterhin ein psychosozialer Hilfebedarf, kann eine Weitervermittlung in eine stützend-reflektierende Beratung erfolgen und/oder es können Inter-/Supervisionsangebote für Teams zur Verfügung gestellt werden, um selbstbestimmt Lösungswege zu erarbeiten (2. Stufe).

Die Medi-Helpline ist rund um die Uhr unter der Nummer 030 403 665 888 erreichbar. Nähere Informationen finden Interessierte im Internet unter [www.medi-helpline.de](http://www.medi-helpline.de).

Medizinische Fachangestellte

## STELLENANGEBOTE

### NEU: STELLENBÖRSE für Medizinisches Assistenzpersonal

#### Sie suchen medizinisches Assistenzpersonal?

Als neuen Service bietet die Ärztekammer Berlin ihren Mitgliedern nun auch eine Stellenbörse für ausgelerntes medizinisches Assistenzpersonal an. Das Angebot richtet sich an Kammermitglieder in eigener Niederlassung.

Sind Sie auf der Suche nach medizinischem Assistenzpersonal und benötigen dringend Unterstützung für Ihre Praxis?

Auf unserer Website haben Sie die Möglichkeit, kostenfrei eine Anzeige für eine freie Arbeitsstelle aufzugeben. Diese werden zwei Monate auf unserer Website angezeigt und danach automatisch gelöscht. Das entsprechende Formular sowie weitere Informationen finden Sie unter [www.aekb.de/mfa](http://www.aekb.de/mfa).

### AUSBILDUNGSPLATZBÖRSE

#### Sie suchen eine/n Auszubildende/n?

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

Sie haben die Möglichkeit Ihre Anzeige auf unserer Website unter [www.aekb.de/mfa](http://www.aekb.de/mfa) mithilfe eines Eingabeformulars aufzugeben. Nach Prüfung wird Ihre Anzeige veröffentlicht.

Weitere Informationen erhalten Sie auf unserer Website sowie unter der Telefonnummer 030 40806-2626.

Einladung

## Klinisches Krebsregister für Brandenburg und Berlin

### Einladung zur 1. entitätenspezifischen Qualitätskonferenz zum Prostatakarzinom

Mit rund 25 Prozent ist das Prostatakarzinom die häufigste Krebserkrankung von Männern in Deutschland. Umso wichtiger ist es, die Qualität der Registerdaten den Fachkreisen darzustellen. Wir möchten Sie bereits jetzt auf die 1. entitätenspezifische Qualitätskonferenz des Klinischen Krebsregisters für Brandenburg und Berlin aufmerksam machen, die in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe Prostatakarzinom des Tumorzentrums Land Brandenburg und der Projektgruppe Prostatakarzinom des Tumorzentrums Berlin stattfinden wird.

Zum jetzigen Zeitpunkt können wir vor dem Hintergrund der Corona-Epidemie zwar noch nicht mit Bestimmtheit sagen, ob die Konferenz als Präsenzveranstaltung durchgeführt wird, wir haben aber als Tagungsraum vorsorglich am

2. September 2020, 15:00 bis 19:00 Uhr, das Mercure Hotel Berlin in der Stephanstraße 41, 10559 Berlin

gebucht und bitten Sie, diesen Termin in Ihrem Kalender zu reservieren. Gleichzeitig bitten wir schon jetzt um Ihre Anmeldung. Sollten sich aufgrund der Infektionslage Änderungen ergeben, teilen wir Ihnen diese selbstverständlich so zeitnah wie möglich mit.

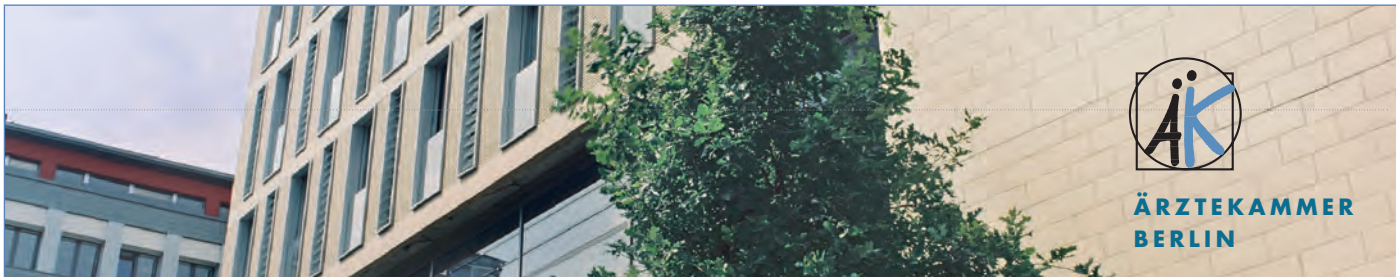
#### Anmeldung zur 1. entitätenspezifischen Qualitätskonferenz zum Prostatakarzinom

Ich nehme an der Veranstaltung am Mittwoch, den 2. September 2020 um 15.00 Uhr im Mercure Hotel Berlin teil.

<input type="text"/>	
Name und Titel	
<input type="text"/>	
Anschrift	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer	

Anmeldung unter: E-Mail: [presse@service.kkrbb.de](mailto:presse@service.kkrbb.de)





Die **Ärztekammer Berlin**, Körperschaft des öffentlichen Rechts, mit ca. 130 Beschäftigten, vertritt die beruflichen Belange von ca. 33.200 Ärztinnen und Ärzten in Berlin. Wir verstehen uns als eine Dienstleistungseinrichtung. Zu den wesentlichen Aufgaben der Ärztekammer Berlin zählen die ärztliche Weiterbildung, die Berufsaufsicht, die ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung sowie die Ausbildung der Medizinischen Fachangestellten.

Zur Verstärkung unserer Abteilung 2 – **Fortbildung/Qualitätssicherung** – suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen

## Referenten (m/w/d) für die ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung

in Voll- oder Teilzeit, zunächst befristet für 24 Monate. Eine langfristige Zusammenarbeit wird angestrebt.

### Ihre Aufgaben:

- Erstellung von Bescheiden und Bearbeitung von Widersprüchen bei Anträgen zur CME-Anerkennung ärztlicher Fortbildungsmaßnahmen sowie fachliche Unterstützung der Sachbearbeiter/innen bei der Bearbeitung von Anträgen auf CME-Anerkennung
- Konzeption, Umsetzung neuer und Übernahme bestehender Qualitätsförderungsprojekte der Ärztekammer Berlin
- Bearbeitung fortbildungs- bzw. qualitätsrelevanter Themen und Anfragen sowie weiterer Fragestellungen im Kontext der ärztlichen Berufsausübung
- Vorbereitung und Umsetzung von Entscheidungen der zuständigen Gremien der Ärztekammer Berlin
- Mitarbeit in Fachgremien auf der Landesebene

Bei der Erfüllung Ihrer Aufgaben kooperieren Sie eng mit den bisher in der Planung und Durchführung der Themenfelder engagierten Mitarbeitenden sowie mit den ehrenamtlichen Gremien der Ärztekammer Berlin. Gelegentlich sind Abend- und Samstagstermine wahrzunehmen.

### Ihre persönlichen und beruflichen Kompetenzen:

- abgeschlossenes Hochschulstudium der Humanmedizin (idealerweise), der Gesundheitswissenschaften oder Public Health mit mehrjähriger Berufserfahrung
- Interesse an vielfältigen medizinischen Themen und der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen
- Fähigkeit zum selbstständigen konzeptionellen Arbeiten und zur schnellen und umfassenden Einarbeitung in neue Themen bei einem zügigen Arbeitsstil
- hohes Verantwortungsbewusstsein, Zuverlässigkeit und Sorgfalt
- souveränes, kompetentes und teamorientiertes Auftreten mit ausgeprägter mündlicher und schriftlicher Kommunikationsfähigkeit sowie gute Englischkenntnisse
- sicherer Umgang mit Standardsoftware, insbesondere MS Office Produkten (Word, Excel, PowerPoint)

### Unser Angebot:

- eine anspruchsvolle selbstständige Tätigkeit in einem wertschätzenden Arbeitsumfeld
- Vollzeit bei 38,5 Std./Woche (Teilzeit anteilig) sowie 30 Tage Urlaub im Jahr (5-Tage-Woche)
- eine angemessene Vergütung, Urlaubs- und „Weihnachtsgeld“, betriebliche Altersvorsorge (VBL), Kinderzulage, vermögenswirksame Leistungen
- flexible Arbeitszeiten zur Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Privatleben unter Berücksichtigung dienstlicher Belange
- eine gründliche Einarbeitung sowie bedarfsgerechte Fortbildungsangebote
- ein modern und kommunikativ ausgerichtetes Arbeitsplatzkonzept
- eine gute Verkehrsanbindung sowie einen Arbeitgeberzuschuss zum Firmenticket
- Beschäftigung bei einem zuverlässigen und sicheren Arbeitgeber

### Hinweise und Kontakt:

Die Ärztekammer Berlin gewährleistet unabhängig vom Geschlecht die berufliche Gleichstellung und fördert die Vielfalt unter den Beschäftigten. Schwerbehinderte werden bei gleicher Eignung, Befähigung und Leistung besonders berücksichtigt.

Im Zusammenhang mit der Durchführung des Auswahlverfahrens und ggf. der Einstellung werden Ihre Daten elektronisch gespeichert und verarbeitet. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie auf unserer Internetseite.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann bewerben Sie sich bitte bis zum **31.07.2020** online über unser Bewerbungsportal, welches Sie über unsere Internetseite erreichen: **www.aekb.de** → Über uns → Karriere → Stellenangebote.

Sollten Sie hierbei Hilfe benötigen oder Fragen haben, so kontaktieren Sie uns bitte unter:

**Ansprechpartnerin:** Frau Kassner, Tel.: 030 40806-3501, E-Mail: [Bewerbung@aekb.de](mailto:Bewerbung@aekb.de)

Alternativ senden Sie Ihre aussagefähigen Bewerbungsunterlagen unter Angabe der Referenznr. **FB/QS-07-2020** bitte an:

**Ärztekammer Berlin** – Personalstelle – Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

**Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!**

## WEITERBILDUNGSKURS IN DER KINDER- UND JUGENDMEDIZIN im Rahmen der Weiterbildung Allgemeinmedizin

Der Kurs Kinder- und Jugendmedizin kann in Verbindung mit einem 6-monatigen Weiterbildungsabschnitt in Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung laut 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.

**Termine und Themen (9 Stunden Theoriekurs):**  
jeweils mittwochs 17:00–19:30 Uhr

30.09.2020:	Prävention
04.11.2020:	Häufige Vorstellungsanlässe
09.12.2020:	Schwere akute Erkrankungen/Notfälle

**Veranstaltungsort:**

Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

**Teilnehmerentgelt:** 550 €

Das Teilnehmerentgelt deckt auch die Hospitation in der Praxis ab. Diese darf erst nach erfolgter Anmeldung und Eingang des Teilnehmerentgelts erfolgen.

**Informationen und Anmeldung:** Anja Hellert  
Tel.: 030 40806-1203, E-Mail: A.Hellert@aekb.de

## TABAKENTWÖHNUNG

nach dem Curriculum Ärztlich begleitete Tabakentwöhnung inklusive Tabakentwöhnung mit strukturiertem Gruppenprogramm der Bundesärztekammer (03/2019) und in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin DGP

Wissenschaftliche Studien zeigen die gute Wirksamkeit einer qualifizierten Beratung und Tabakentwöhnung durch Ärztinnen und Ärzte. Mit Besuch der Fortbildung wird es Ärztinnen und Ärzten möglich sein, Kenntnisse einer erfolgreichen Ansprache, Motivierung und Therapie rauchender Patientinnen und 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 qualifiziertes ärztliches Fachpersonal erfolgen. Auch die Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft für die Zertifizierung zum Lungenkrebszentrum enthalten eine Qualifizierung zur Tabakentwöhnung.

**Präsenz-Termine:**

Fr. 22.01.2021, 14:00–18:00 Uhr, Sa. 23.01.2021, 08:00–16:30 Uhr  
Fr. 12.02.2021, 14:00–18:00 Uhr, Sa. 13.02.2021, 08:00–16:30 Uhr,  
Fr. 05.03.2021, 08:00–16:30 Uhr

**E-Learning:**

23.01.2021–07.02.2021 (ca. 1 Stunde)  
13.–28.02.2021 (ca. 3 Stunden)

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

**Teilnehmerentgelt:** 595 €/485 € (DGP-Mitglieder)

**Fortbildungspunkte:** 42

**Informationen und Anmeldung:** [www.aekb.de/tabakentwoehnung](http://www.aekb.de/tabakentwoehnung)

# Keine Fälle, Kein Geld



## Krankenhausfinanzierung in der Krise

Die COVID-19-Pandemie legt die Schwächen der DRG-Krankenhausfinanzierung schonungslos offen: Wo Betten für wichtige Versorgungsaufgaben freigehalten werden, wird kein Geld verdient. Und durch den Kostendruck der vergangenen Jahrzehnte fehlt es an Personal. Der Ruf nach einer Reform des Vergütungssystems ist merklich lauter geworden. Aber welcher Weg sollte bei einer Novelisierung beschritten werden? Ein Überblick.

*Von Julia Frisch*

Mit Milliardensummen stützt der Staat aktuell Krankenhäuser, damit sie die COVID-19-Pandemie überstehen. In Berlin standen beispielsweise bis zu 55 Prozent der rund 22.000 Klinikbetten zeitweise leer, weil diese für die erwartete erste große Welle an Corona-Patientinnen und -Patienten freigehalten wurden.

Ende Mai, als das elektive „Geschäft“ langsam wieder hochgefahren wurde, wurden in den Krankenhäusern statt der monatlich im Schnitt vorhandenen 75.000 Patienten (basierend auf Zahlen aus dem Jahr 2019) nur 50.000 Menschen behandelt. Der tatsächliche Mehraufwand sei noch nicht klar bezifferbar, genauso wenig die Mindereinnahmen, teilte die Berliner Krankenhausesellschaft damals mit. „Wir beobachten zurzeit, ob und inwieweit der Rettungsschirm ausreicht und wo Nachbesserungsbedarf besteht“, so Geschäftsführer Marc Schreiner. So ist man im Krankenhaussektor zwar froh, dass der Gesetzgeber mit dem COVID-19-Krankenhausesentlastungsgesetz und weiteren Regelungen schnell auf die Corona-Pandemie reagiert hat. „Grundsätzlich hatten wir uns eine schnelle und unbürokratische Lösung, orientiert an den letzten Budgets, gewünscht“, so Schreiner. Die jetzige Umsetzung im System der Diagnosis Related Groups, der DRGs, sei komplex und führe zu Nachbesserungsnotwendigkeiten, etwa bei der sachgerechten Verteilung der Mittel aus der Ausgleichspauschale. „Zudem sind noch viele Fragen im Budgetrecht zu lösen, zum Beispiel wie man mit Mehr- und Mindererlösen und dem Fixkostendegressionsabschlag umgeht.“

Die Erkenntnis, die die Berliner Krankenhausesellschaft aus der Corona-Krise zieht: Das Finanzierungssystem müsse so weiterentwickelt werden, dass leistungsfähige Strukturen zur Versorgung der Bevölkerung – auch in Zeiten einer Pandemie – erhalten bleiben „und nicht durch einen kalten Strukturwandel zerstört werden“. Dies

betreffe sowohl die Investitionsfinanzierung und das DRG-System als auch das Personalbemessungsinstrument PPR 2.0. „Hier spielen auch Fragen unter anderem der wohnortnahen Grundversorgung, der Spezialisierung/Zentralisierung, der Kooperationen und der überregionalen Zusammenarbeit eine Rolle. Diese Fragen müssen regionsspezifisch gelöst werden“, so Schreiner.

## Keine Fälle, kein Geld

Unbedingt reformbedürftig ist für Charité-Vorstandsvorsitzenden Prof. Heyo Kroemer die Grundfinanzierung der Krankenhäuser. Diese „muss man noch einmal überdenken“ und dabei auch überlegen, „wie man Reserverkapazitäten finanziert“, so Kroemer im Mai auf einer Pressekonferenz.

„Pandemien sind in der Krankenhausfinanzierung nicht vorgesehen, auch nicht in der Vor-DRG-Ära“, konstatiert wiederum Prof. Norbert Roeder, Gründer der DRG-Research-Group und langjähriger Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Münster. „Das Fallpauschalensystem gerät natürlich ins Stottern, wenn plötzlich Kapazitäten freigehalten werden. Keine Fälle, kein Geld.“

Schon seit Langem protestieren Initiativen wie „Krankenhaus statt Fabrik“ gegen das Prinzip der Erlösorientierung im aktuellen System und fordern eine bedarfsgerechte Versorgung. Eine öffentliche Diskussion über die Finanzierung von Krankenhausleistungen, nicht zuletzt mit Blick auf die Vorhaltekosten, halten sie daher für nötig.

Aufseiten der Politik wiederholte in den vergangenen Monaten Bayerns Ministerpräsident Markus Söder (CSU) seine Forderung, dass nicht nur allgemein mehr Geld für das Gesundheitssystem, sondern auch eine bessere Krankenhausfinanzierung nötig sei, „um für Notfälle und Intensivmedizin besser ausgestattet zu sein.“ Eine



Foto: privat

Prof. Norbert Roeder, Gründer und Leiter der DRG-Research-Group sowie ehemaliger Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Münster.

Gesundheitsreform könne sogar noch in dieser Legislaturperiode zu schaffen sein, so Söder gegenüber der Nachrichtenagentur dpa. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) denke schließlich auch darüber nach. Das tut auch Berlins Gesundheitssenatorin Dilek Kalayci (SPD). Nachdem tausende Krankenhausmitarbeitende vor allem von Vivantes und der Charité eine vorsorgeorientierte Klinikfinanzierung gefordert hatten, kündigte sie an, als Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz 2020 (GMK) Akzente setzen zu wollen, etwa mit der Reform des DRG-Systems.

In der GMK steht eine Überarbeitung der Krankenhausfinanzierung bereits auf der Agenda. Sie hatte im vergangenen Jahr beschlossen, Eckpunkte für die Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierungsstrukturen durch eine Arbeitsgruppe der Abteilungsleiterinnen und -leiter der Ländergesundheitsministerien erarbeiten zu lassen. Coronabedingt stockt deren Arbeit derzeit allerdings. „Die Auswirkungen dieser in allen Bereichen sehr einschneidenden Krise müssen

## „Wir brauchen in Zukunft eine Basisfinanzierung“

Herr Dr. Werner, welche wunden Stellen des jetzigen Krankenhausfinanzierungssystems hat die COVID-19-Pandemie offengelegt?

Wir haben Glück gehabt, dass bei uns nicht so weit gespart wurde wie in anderen Ländern, sodass wir immer genug Krankenhausbetten und Intensivkapazitäten zur Verfügung hatten. Die Pandemie zeigt aber deutlich, dass wir insgesamt zu wenig qualifiziertes Personal in allen Berufsgruppen haben, das wir für die Versorgung unserer Patientinnen und Patienten brauchen. Für die Notklinik an der Messe beispielsweise ließe sich zwar ausreichend ärztliches, nicht aber genug Pflegepersonal gewinnen. Wenn man diese Klinik zusätzlich eröffnen müsste, gelänge das nur über die Ausdünnung des Stammpersonals bei Vivantes als Betreiber. Dass nicht nur hier, sondern in allen Krankenhäusern zu wenig Personal vorhanden ist, ist die deutlichste Auswirkung des DRG-Systems.

Welche gibt es noch?

Es leidet auch die Aus- und Weiterbildung insbesondere der ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, weil deren Finanzierung bei der Kalkulation der DRGs keine Berücksichtigung gefunden hat. Das DRG-System setzt überall dort Fehlanreize, wo aus wirtschaftlichen Erwägungen auf Kosten der Qualität der Versorgung gespart werden kann. Das ist beim Material ebenso der Fall wie bei der Ressource Zeit, die den unmittelbaren Patientenkontakten zur Verfügung gestellt werden kann. Viel zu wenig Beachtung findet die für jede Behandlung zu hinterfragende Indikationsqualität,



Foto: K. Friedrich

*Dr. Thomas Werner ist Vorstandsmitglied und Vorsitzender des Unterausschusses Stationäre Versorgung der Ärztekammer Berlin.*

um wirtschaftliche Fehlanreize aus medizinischer Sicht auszuschließen. Immer mehr Behandlungen in immer kürzerer Zeit führen bei gedeckelten Ressourcen mittelfristig und zwangsläufig zu sinkender Behandlungsqualität.

Glauben Sie, dass die Pandemie dafür sorgen wird, dass sich die Politik ernsthaft dem Thema Krankenhausfinanzierung zuwendet?

Nach der Krise wird das neu aufge-rollt werden müssen, da bin ich mir sicher. Das gesamte System der Krankenhausfinanzierung, nicht nur der DRGs, sondern auch die nicht funktionierende duale Finanzierung, in der sich die Länder durch die nicht ausreichende Übernahme der Investitionskosten ihrer gesetzlichen Verpflichtung entziehen, muss auf den Prüfstand gestellt werden.

Welche Art der Finanzierung würden Sie sich wünschen?

Wir brauchen in Zukunft eine Basisfinanzierung, durch die die Vorhaltekosten der Krankenhäuser entsprechend dem spezifischen und auch dem potenziellen Versorgungsbedarf abgedeckt sind. Zusätzlich sollten die Krankenhäuser dann die erbrachten Leistungen unter definierten Kriterien vergütet bekommen, die insbesondere die verschiedenen Qualitätsaspekte beinhalten müssen. Das alles müsste aber regionalisiert werden, weil die Kosten in einer Stadt oder Metropolitanregion nun mal anders sind als auf dem Land. Dazu müsste anhand der Bevölkerungsstruktur und Bedarfe eine fundierte Versorgungsplanung stattfinden. Alle Leistungen, die hierbei als Bedarf festgelegt werden, müssten dann auch kostendeckend finanziert werden.

Versorgungsplanung hört sich nach Abbau von Betten an. Wäre das automatisch die Folge?

Nein, keinesfalls. Eine den regionalen Bedarfen auf Grundlage demografischer Faktoren angepasste und morbiditätsadjustierte Kapazitätsplanung steht weder einer gebotenen flächendeckenden Grund- und Regelversorgung noch der unter Qualitätsaspekten gebotenen Spezialisierung und Zentrenbildung entgegen. Nur so lassen sich Fortschritt und Spitzenmedizin auch wirtschaftlich sinnvoll mit den Bedarfen nach einer qualitativ hochwertigen Basisversorgung in Einklang bringen, die nicht nur in Krisensituationen lebensrettend sein kann. Das zumindest sollten wir aus der derzeitigen Pandemie mit Blick auf Gesundheitssysteme anderer Länder gelernt haben.

zunächst abgewartet werden. Dies wird dann auch Eingang finden in die weitere Arbeit der Arbeitsgruppe“, heißt es auf Anfrage aus der Pressestelle von Schleswig-Holsteins Gesundheitsminister Heiner Garg (FDP). Er hatte 2019 den Antrag zur Reform der Krankenhausfinanzierung auf der GKM eingebracht und bei einem Treffen der Arbeitsgruppe Anfang dieses Jahres seine Ideen für eine Reform vorgestellt hatte.

So hält auch Garg eine Neuausrichtung der Krankenhausfinanzierung für „dringend erforderlich“, denn in der Rückschau habe sich das DRG-System nur in Teilen bewährt. Es werde zudem nicht in der Lage sein, eine hochqualitative Versorgung mit Krankenhausleistungen zu gewährleisten und dabei auch einen Beitrag zu guten Arbeitsbedingungen für das Klinikpersonal zu leisten. Deshalb schlägt Garg unter anderem eine erlösunabhängige Vergütungskomponente (Basisfinanzierung) vor, „mit der die Finanzierung der akutstationären Versorgung der Bevölkerung auf dem Land und in den Städten mit ihren spezifischen Vorhaltekosten (inklusive Personalkosten) sichergestellt“ wird. Nicht allein die Größe eines Krankenhauses, sondern seine Bedeutung für die Versorgung der Bevölkerung müsse für die Höhe der Basisfinanzierung maßgeblich sein. Diese werde dann durch eine leistungsbezogene Abrechnung nach den DRG ergänzt.

## DRGs sind nach wie vor der falsche Weg

Dass die finanzielle Ausstattung der Kliniken auf neue Füße gestellt werden muss, darin ist sich Dr. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin, mit Garg einig. Jonitz Urteil über das DRG-System fällt allerdings vernichtender aus: Nicht nur in Teilen, sondern gänzlich hätten sich die Fallpauschalen nicht bewährt. „Wären DRG ein Medi-

kament, müssten sie sofort aus dem Verkehr gezogen werden: Alle Nebenwirkungen sind eingetreten, fast alle Wirkungen ausgeblieben“, konstatiert Jonitz seit Jahren.

Von Beginn an haben er und die Ärztekammer Berlin sich gegen die Einführung der Fallpauschalen ausgesprochen. Schon bevor diese für die Krankenhäuser verbindlich wurden, warnte die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin vor den Folgen, vor allem vor einer fatalen Ökonomisierung der Patientenversorgung (siehe Interview auf Seite 16). „Der Abbau der stationären Versorgung ohne Rücksicht auf medizinische Kriterien, Qualität und Humanität der Patientenversorgung ist der falsche Weg. Wir müssen stattdessen hin zu einem wertorientierten System, das den Nutzen für Patientinnen und Patienten in den Vordergrund stellt“, fordert Jonitz.

„Value Based Healthcare“ heißt der Ansatz, den er für richtig hält. Um diesen umzusetzen, wäre einerseits eine am tatsächlichen Bedarf ausgerichtete Krankenhausplanung nötig. Und andererseits müssten sich die finanzierten Leistungen am Patientennutzen und an dessen individuellem Behandlungsziel orientieren. Das hieße dann, Medizin nicht um jeden Preis durchzuführen, sondern Behandlungen zu beenden oder gar nicht erst durchzuführen, „wenn sie nicht erforderlich sind oder von der Patientin oder vom Patienten nicht gewünscht werden, etwa am Lebensende“, sagt Jonitz. Ziel müsse es sein, gute Arbeit im Sinne von effizienten Therapien oder schneller, zielgenauer, sparsamer klinischer Diagnostik zu belohnen. Zudem wären eine bessere Kooperation zwischen den Kliniken sowie eine viel engere Verzahnung von ambulantem und stationärem Sektor nötig. Im Ergebnis würde das Gesundheitssystem dann nicht wie bisher über Kosten, Mengen und Strukturvorgaben gesteuert, sondern über die Ergebnisse, die Outcomes, geführt.



Foto: K. Friedrich

*Dr. Susanne von der Heydt ist Fachärztin für Kinderchirurgie und Vorstandsmitglied der Ärztekammer Berlin.*

Dafür, so Jonitz, müsste die Mittelausstattung der Krankenhäuser geändert werden. Nötig sei eine Sockelfinanzierung, „mit der das Krankenhaus dann finanziert wird, wie es steht und liegt“. Ergänzend dazu käme die Bezahlung der Leistungen, bei denen aber Nachverhandlungen mit den Krankenkassen zugelassen wären. In Gänze umgesetzt würde der Value Based Healthcare-Ansatz idealerweise über regionale Gesundheitsbudgets finanziert, aus denen die verschiedenen, eng zusammenarbeitenden Leistungsanbieter auf Grundlage der Outcomes bezahlt werden.

## Fallpauschalen werden Anforderungen nicht gerecht

„Man muss sich mehr an den Patienteninteressen orientieren“, sagt Dr. Susanne von der Heydt, Kinderchirurgin an der Charité und im Vorstand der Ärztekammer Berlin. Instrumente dafür stünden bereit, etwa sogenannte Patient Reported Outcome Measures (PROM), die messen, wie Patientinnen und Patienten selbst ihren Gesundheitszustand einschätzen, beispielsweise zu Schmerzen oder zur Funktionsfähigkeit von Gelenken.

## „Wir brauchen Verhandlungsspielraum“

Sie sind seit Anbeginn ein Kritiker und Gegner der DRG, warum?

In den USA wurden DRGs bereits Mitte der 80-er Jahre eingeführt. Die negativen Auswirkungen auf die Patientenversorgung wurden mehrfach und wiederholt publiziert. Die Auswirkungen sind eindeutig. In Deutschland wurden die DRGs eingeführt, um Krankenhäuser zu dezimieren. Sie waren von Beginn an nicht ausfinanziert (unbezahlte Überstunden im ärztlichen Dienst, fehlende Personalentwicklungskosten, keine Ausfinanzierung von Tarif- und Kostensteigerungen ...). Deshalb lehnt der Deutsche Ärztetag die Einführung von DRGs seit 1994 zu Recht ab.

Sind DRGs als Basis von Leistungsabrechnungen generell falsch?

Grundsätzlich ja. Die für die Krankenkassen nötige Transparenz über das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern war bereits vor Einführung der DRGs durch Daten gemäß Krankenhaus-Finanzierungsgesetz voll umfänglich gegeben (OPS-Daten, ICD-Diagnosen, § 10 BpflV (alt)).

Ist die Ausgliederung der Pflegekosten Ihrer Meinung nach nun ein erster richtiger Schritt zur Korrektur des DRG-Systems?

Ich freue mich, dass die CSU diese Anregung aufgenommen und in die Koalitionsverhandlungen erfolgreich eingebracht hat. Es ist – nur – ein erster Schritt in eine Reform der Krankenhausfinanzierung.

Welche Schwächen der derzeitigen Krankenhausfinanzierung offenbart die COVID-19-Pandemie?

Die reine Erlösfinanzierung hat eine Industrialisierung der Patientenversorgung zwingend zur Folge. Krankenhäuser erzielen nur Einnahmen,



Foto: K. Friedrich

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

wenn Betten, OPs und Herzkatheterlabore möglichst umfassend ausgelastet sind. Reservekapazitäten finanzieller Art sind nicht vorhanden. Außerdem wurde der Mangel an Personal, insbesondere in der Pflege, durch die politisch induzierte Kommerzialisierung und die von Beginn an nicht ausreichende Finanzierung, offenkundig.

Was muss in Ihren Augen geändert werden? Ist nur eine gänzliche Abkehr vom DRG-System sinnvoll?

Wir brauchen eine Sockelfinanzierung der Krankenhäuser, die Personal und Infrastruktur vollständig abbildet. Wir brauchen Verhandlungsspielraum. Deutschland ist das einzige Land in Europa, das DRGs sklavisch zur Budgetberechnung anstatt zur Budgetverhandlung einsetzt. Die durch das Leistungsgeschehen entstehenden Kosten müssen mit den Kostenträgern verhandelt werden können. Beispielsweise muss mehr Personal auf Intensivstationen eingesetzt werden. Dadurch verringerte Beatmungszeiten und Komplikationsraten, die derzeit zu Erlösminderungen führen, müssen von den Kassen bezahlt werden können.

Sie sagen also, dass im aktuellen System eine zu starke Fokussierung auf Mengen, Kosten und Strukturen stattfindet. Was ist an der Einbeziehung von Mengen, etwa in Form von Mindestmengen, und Strukturen falsch?

Es ist fast alles falsch. Mindestmengen sind in keiner Weise geeignet, tatsächlich qualitativ hochwertige Leistungen zu gewährleisten. Es gibt gute kleine und schlechte große Krankenhäuser. Denn Erfahrung und Können werden durch Mindestmengen nicht ausreichend abgebildet. Außerdem sind diese ein wesentlicher Anreiz, mehr Leistungen durchzuführen als nötig und angemessen sind. Die Strukturdebatte greift zu kurz. Selbstverständlich ist es Aufgabe der Planungsbehörden, eine ausreichende Struktur von Krankenhäusern zu gewährleisten (Daseinsvorsorge). Aber die Krankenhäuser der Zukunft werden nicht isoliert vor sich hin arbeiten, sie arbeiten mit anderen Häusern systematisch, z. B. in Form von Videokonsultationen, Fallbesprechungen und in der Mitarbeiterqualifikation, zusammen.

Wäre mit einer neuen Finanzstruktur die Reduzierung der Krankenhausstandorte unumgänglich, damit das Gesundheitssystem vor dem Hintergrund des demografischen Wandels überhaupt finanzierbar bleibt?

Die Corona-Krise zeigt, dass offensichtlich genug Geld für eine Finanzierung vorhanden ist. Allerdings sähe die Landkarte der Krankenhäuser anders aus, wenn man jetzt neu planen würde. Der Grundfehler ist die falsche politische Strategie der „Dezimierung“ von Krankenhäusern. Stattdessen ist – wie einstimmig vom Deutschen Ärztetag 2017 beschlossen – eine Strategie der Optimierung der Versorgung nötig. Die Zusammenlegung von Krankenhäusern und das Schaffen von Versorgungsverbänden wäre damit eine positive Option und keine Bedrohung.

DRGs „sind nicht per se schlecht“, erklärt von der Heydt. Ein Fehler sei aber, sie zu sehr zu pauschalisieren, denn das habe gerade in der Kindermedizin dramatische Auswirkungen. Zudem würden sie so weder den individuellen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten, noch den Unterschieden zwischen den Krankenhäusern und Regionen gerecht. Nordrhein-Westfalen sei anders als die Hauptstadtregion. „Die unterschiedlichen Bedarfe in

Berlin müssen nicht nur mehr erforscht, sondern dann auch berücksichtigt werden“, so von der Heydt.

Eine komplette Abschaffung der DRG ist nach Ansicht des Verbands der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V. (VLK) nicht nötig. Gleichwohl aber eine drastische Reform: „Wir schlagen, ähnlich dem Konzept von Minister Garg aus Schleswig-Holstein eine Grundfinanzierung von Fix- bzw. Vorhaltekosten

vor. Diese sollte zum Beispiel bis zu 60 Prozent der DRG betragen. Dann wäre der Anreiz für eine Leistungssteigerung deutlich geringer ausgeprägt und die Kliniken wären für ihren Versorgungsauftrag abgesichert, ohne in die Menge gehen zu müssen“, teilt der Verband mit.

Der Marburger Bund plädiert hingegen für ein „kombiniertes Vergütungssystem aus krankenhausespezifischen Personalausgaben und Vorhaltekosten, flankiert durch eine vollständige Investitionskostenfinanzierung durch die Länder“. Zusätzlich sollten die Sach- und Betriebskosten pauschaliert abgerechnet werden. Kosten für Aus- und Weiterbildung seien ebenso zu berücksichtigen wie Besonderheiten der Versorgung im ländlichen Raum sowie vermehrte Kosten bei Maximalversorgern wie Universitätskliniken.

## Wie geht es den Krankenhäusern?

Fachkräftemangel, fehlende Investitionsmittel und rote Zahlen: Bei den Krankenhäusern brennt es an vielen Ecken. Für 2020 fehlen ihnen bundesweit mindestens drei Milliarden Euro für bestandserhaltende Investitionen, wie der GKV-Spitzenverband, die PKV und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) Ende März gemeinsam vorgerechnet haben. Die Bundesländer, deren gesetzlicher Auftrag die Investitionsfinanzierung ist, deckten mit den gezahlten Mitteln nur rund 50 Prozent der insgesamt benötigten sechs Milliarden Euro ab.

Wie viele Krankenhäuser rote Zahlen schreiben, zeigt das Krankenhausbarometer der DKG von 2019. Danach verbuchten 40 Prozent der deutschen Allgemeinkrankenhäuser mit mehr als 100 Betten im Jahr 2018 Verluste. Der Anteil der Kliniken mit einem Jahresüberschuss lag bei 51 Prozent, der Anteil der Häuser mit einem ausgeglichenen Jahresergebnis bei neun Prozent. Im Vergleich zum Vorjahr habe sich die wirtschaftliche Situation merklich verschlechtert, heißt es in dem Barometer: Im Jahr 2017 verzeichneten 30 Prozent der Krankenhäuser einen Jahresfehlbetrag und 60 Prozent der Häuser einen Jahresüberschuss. Einen Jahresüberschuss erwirtschafteten am häufigsten Krankenhäuser mit mehr als 600 Betten (53 Prozent), nur 33 Prozent gaben einen Jahresfehlbetrag an. Bei Kliniken unter 300 Betten lag der Anteil derer, die einen Fehlbetrag bilanzierten, hingegen bei knapp 44 Prozent.

Weiterhin zeigt die Umfrage, wie sehr der Fachkräftemangel den Einrichtungen zu schaffen macht: Im Frühjahr 2019 hatten laut Krankenhausbarometer 76 Prozent der Häuser Probleme, offene Stellen für ärztliches Personal zu besetzen. Vor allem in Einrichtungen unter 600 Betten haben die Stellenvakanzen überproportional zugenommen. Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten konnten laut Barometer bundesweit rund 3.300 Vollzeitstellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzt werden (2016 waren es 2.000 Stellen).

Noch schlimmer ist die Situation bei den Pflegekräften. Bundesweit fehlen Allgemeinkrankenhäusern ab 100 Betten im Pflegedienst der Allgemeinstationen rund 12.000 Fachkräfte in Vollzeit. Gegenüber 2016 entspreche dies in etwa einer Verdreifachung der offenen Stellen – damals waren circa 4.000 Pflegestellen unbesetzt.

## Wirtschaftlicher Druck statt auskömmlicher Finanzierung

Eine Kombination aus Grundfinanzierung der notwendigen Vorhaltekosten und zusätzlicher leistungsbezogener Bezahlung hält auch DRG-Research-Group-Gründer Norbert Roeder für den Königsweg. „Die Finanzierung der Vorhaltung könnte dann auch die Reservekapazitäten für Pandemiesituationen berücksichtigen.“ Wo und in welcher Menge solche Reservebetten bereitgehalten werden, das müsse allerdings politisch diskutiert werden und sei eine Aufgabe der Krankenhausplanung der Länder. „Jedes Bundesland muss entscheiden, wie viele Kapazitäten es für die stationäre Versorgung für angemessen hält. Diese müssen dann auch so finanziert werden, dass die Kliniken damit vernünftig arbeiten können“, so Roeder. Eine gute Krankenhausplanung ist für ihn die Basis einer auskömmlichen Klinikfinanzierung. „Wir setzen die Krankenhäuser momentan unter wirtschaftlichen Druck, sodass auch die guten finanzielle Schwierigkeiten haben.“ Die Länder müssten festlegen, welche Krankenhäuser mit welchen Leistungen sie



brauchen und diese dann ausreichend finanzieren. Das geschehe bisher leider viel zu wenig.

Symptomatisch für das unentschlossene Verhalten der Länder ist die Investitionskostenfinanzierung. Allein in diesem Jahr fehlen den Krankenhäusern bundesweit mindestens drei Milliarden Euro für bestandserhaltende Investitionen. Das geht aus einer gemeinsamen Rechnung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), der Privaten Krankenversicherung (PKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) hervor. Benötigt würden sechs Milliarden Euro.

## Irreführende Forderungen

Auch Berlin bleibt eine ausreichende Investitionskostenfinanzierung schuldig. Die Berliner Krankenhausgesellschaft (BKG) beziffert diese mit 350 Millionen Euro pro Jahr; aktuell sieht der Doppelhaushalt 2020/21 jedoch nur rund 180 Millionen Euro für dieses und für 2021 rund 235 Millionen Euro vor. Deshalb hält von der Heydt Forderungen nach einer Reform der Finanzierung im Sinne des bayerischen Ministerpräsidenten Söder im Grunde für irreführend. „Kein Land kommt bisher seiner Investitionskostenverpflichtung vollumfänglich nach. Wäre das anders, gäbe es bestimmt weniger zu reformieren“, so von der Heydt. „Eine ausreichende Investitionsfinanzierung ist eine seit Langem versäumte Grundvoraussetzung für eine solide Krankenhausfinanzierung“, pflichtet der VLK bei.

„Die Länder sind lange davor zurückgeschreckt, ehrlich zu sein“, sagt Prof. Alexander Geissler, der seit Anfang Februar 2020 an der Universität St. Gallen als Professor federführend für den Aufbau der School of Medicine zuständig ist und die Leitung des Joint Medical Masters innehat. Auch er ist Verfechter einer grundsoliden Krankenhausplanung. Nur so könne geklärt werden, wo welche Leistungen für eine ausreichende Versorgung der Bevölke-

rung angeboten und mit entsprechenden Mitteln ausgestattet werden müssen – etwa über eine Basisfinanzierung für die Grundversorgung.

Als Blaupause sieht Geissler das im September 2019 vorgestellte Konzept des nordrhein-westfälischen Gesundheitsministers Karl-Josef Laumann, an dem er selbst mitgearbeitet hat: Über die Festlegung von Leistungsbereichen und -gruppen sollen Über- und Unterversorgung in dem Bundesland offengelegt und beseitigt werden. Die Zuteilung von Leistungen wird dabei an Qualitätskriterien gekoppelt. Auch für Berlin sei das seiner Meinung nach ein sinnvoller Ansatz. Nach einer Bedarfs- und Versorgungsanalyse sei zu überlegen, wie viele Krankenhäuser für die Abdeckung einer Leistungsgruppe überhaupt nötig seien. „Dabei wird vielleicht am Ende das eine oder andere Haus zur Diskussion stehen“, so Geissler. Diese Einrichtungen könnten aber in ambulante Behandlungszentren oder Tageskliniken umgewandelt werden, was angesichts der voranschreitenden „Ambulantisierung“ zukunftsweisend wäre.

## Nachjustierung nötig

Eine generelle Reduzierung der Anzahl der Krankenhäuser ist nach Ansicht der Berliner Krankenhausgesellschaft (BKG) für eine wachsende Metropole wie Berlin jedoch keine Perspektive. Die Auslastung der Häuser liege jetzt schon bei rund 85 Prozent und damit über dem Bundesdurchschnitt von knapp 78 Prozent. Durch die demografische Entwicklung und den medizinischen Fortschritt würden in den nächsten Jahren zusätzliche Kapazitäten benötigt. Aktuell sollen im Krankenhausplan des Landes 1.000 zusätzliche Betten eingestellt werden. „Wir haben sowohl spezialisierte Kliniken als auch eine wohnortnahe Grundversorgung in der Stadt, die gemeinsam Hand in Hand arbeiten. Zudem haben wir in Berlin erfahren, wie gut die trägerübergreifenden Kooperationen funktionie-



Foto: privat

Prof. Alexander Geissler, Ordinarius für Management im Gesundheitswesen an der Universität St. Gallen in der Schweiz.

ren: Gemeinsam setzen die Krankenhäuser in der Corona-Krise das SAVE-Konzept um, in dem Patientinnen und Patienten je nach Verlaufsschwere der COVID-19-Erkrankung mit drei verschiedenen Behandlungsstufen versorgt werden“, so BKG-Geschäftsführer Marc Schreiner. Dabei werden die Berliner Krankenhäuser, die über Intensivbetten verfügen, in drei verschiedene Levels eingeteilt.

Auf die Frage, wie es in Zeiten der Pandemie für die Krankenhäuser weitergeht, antwortet Roeder: „Jetzt muss der Bundesgesundheitsminister zu seinem Wort stehen, dass keiner durch Corona ins Defizit kommt.“ Das COVID-Krankenhausentlastungsgesetz werde an einigen Stellen, besonders bei den Pauschalen, sicher noch nachjustiert werden. Und mit Blick auf die DRG-Version des Jahres 2022 müsse der bislang übliche Prozess überdacht werden. „Die Kalkulation muss ausgesetzt werden, bis wir wieder ein stabiles Leistungsgeschehen haben“, fordert Roeder. Und nach der Krise, so Vorstandsmitglied Thomas Werner, „muss das gesamte System der Krankenhausfinanzierung auf den Prüfstand gestellt werden“.

Julia Frisch  
Freie Journalistin

# CIRS Berlin: Der aktuelle Fall

## Übergabe Rettungsdienst – Notfallambulanz

### 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 32 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 Patientinnen und Patienten weiter zu verbessern. Dazu berichten die Kliniken aus ihrem internen CIRS 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 der Mitgliederzeitschrift „Berliner Ärzte“ veröffentlicht.

### Beispielbericht 1

#### Eine Fachpflegekraft berichtet ein nach eigener Einschätzung täglich auftretendes Ereignis:

Übergabe von Rettungswagen (RTW) zur Pflegekraft der Rettungsstelle. Patient kam laut Übergabe mit Druck auf den Ohren und wurde somit N<sub>4</sub> (grün) triagiert und der Fachabteilung HNO zugeordnet. Nach einer ausführlicheren Anamnese durch den Arzt in der Zentralen Notfallambulanz, wurde zusätzlich Druck auf der Brust, Luftnot und Todesangst angegeben. Wenn eine Patientin oder ein Patient über die Feuerwehr kommt, wäre es wünschenswert, dass – wie in anderen Häusern gehandhabt – die Übergabe durch die Rettungssanitäter an eine Rettungsstellen-Ärztin oder -Arzt erfolgt, der oder die schlussendlich die Verantwortung hat.

### Beispielbericht 2

#### Eine Fachpflegekraft berichtet ein nach eigener Einschätzung täglich auftretendes Ereignis:

Übergabesituation von RTW an Pflegekraft: „Patient wurde vorgefunden, diverse Abschürfungen im Gesicht, wach, ansprechbar. Und wir haben ihn euch schon mal umgelagert.“ Patient hatte bei Übernahme durch die Rettungsstellenmitarbeiter einen Glasgow Coma Score (GCS) von 6/5. Es wurde ein Koma-Alarm ausgelöst.

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

Die Übergabe ist das Schnittstellen- und Kommunikationsthema. Abgesehen vom etablierten ABCDE-Schema (Airway-Breathing-Circulation-Disability-Exposure) bei der Übergabe von Polytraumapatientinnen und -Patienten gibt es im Rettungsdienst und in den Krankenhäusern bislang kaum einheitliche Standardprozesse. Das ABCDE-Schema steuert die Untersuchung und Versorgung von Patientinnen und Patienten nach Prioritäten und ist gleichzeitig einen Leitfaden für deren Übergabe.

Wenige, zumindest regional einheitliche Übergabeschemata werden empfohlen, die alle Teams des Rettungsdienstes und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Rettungsstellen kennen und anwenden. So sind in den aktuellen „Medizinischen Handlungsanweisungen für die Notfallrettung im Land Berlin“ elf Schemata (u. a. zur allgemeinen Anamneseerhebung, zur Schmerzanamnese, Atmungsproblemen oder zur Erstuntersuchung) aufgeführt; hier könnte geprüft werden, ob diese Anzahl reduziert werden kann, da Schemata nur angewandt werden, wenn sie auch bekannt sind und vollständig erinnert werden. Je weniger Schemata gelernt werden müssen, desto zuverlässiger werden sie angewendet.

### Wichtige Empfehlungen aus diesem Ereignis:

Die konsequente Anwendung und gemeinsame Vereinbarung der Übergabeschemata verbessert die Informationsweitergabe und ermöglicht denjenigen, die die Informationen erhalten, fehlende Informationen aktiv nachfragen zu können. Als weiteren Effekt hat dies zur Folge, dass das Rettungsdienstpersonal sowie auch Notärztinnen und Notärzte dafür sorgen, dass bei der Übergabe die erforderlichen Informationen vorliegen. Zudem können Doppelbefunde vermieden bzw. dynamische Befunde (z. B. Blutdruck, Vigilanz) zielgenau überprüft werden. Beispielsweise wurde ein einheitliches Übergabeschemata kürzlich in einer Region in Österreich eingeführt: Das „ABS-Briefing“ wird immer dann durchgeführt, wenn ein Patient mit dem Rettungswagen in ein Krankenhaus gebracht wird ([https://www.tirol.gv.at/fileadmin/themen/gesundheitsvorsorge/krankenanstalten/downloads/TGF/Qualitaetsfoerderung/qfp2016\\_720eb\\_standartisierte\\_patientenuebergabe\\_rettungsdienst.pdf](https://www.tirol.gv.at/fileadmin/themen/gesundheitsvorsorge/krankenanstalten/downloads/TGF/Qualitaetsfoerderung/qfp2016_720eb_standartisierte_patientenuebergabe_rettungsdienst.pdf)). Zur weiteren Verbesserung der Übergaben zwischen Rettungsdienst und Krankenhaus wird empfohlen, deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in (gemeinsamen) Simulationsübungen zu trainieren. Zudem sollte nicht vergessen werden, dass nicht allein das Schema (also der inhaltliche Ablauf) eine gute Übergabe ausmacht, sondern auch, wer an wen wann und wie übergibt. Stehen immer alle (geeigneten und zuständigen) Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Rettungsstelle zur Verfügung, um eine Patientin oder einen Patienten zu übernehmen? Können diese sich im Moment der Übergabe auf die Inhalte konzentrieren oder werden gleichzeitig andere Tätigkeiten durchgeführt (z. B. Umlagerungen)? Idealerweise wird in einer sogenannten Closed-Loop-Kommunikation (etwa „Rückbestätigungsschleife“) der Inhalt der Übergabe durch den Empfangenden wiederholt und damit im Übrigen oft auch besser erinnert.

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

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
■ 29.08. und 02.09.2020 (unter Vorbehalt)	„Wenn Partnerschaft verletzend wird ...“ – Kompetent (be)handeln bei häuslicher Gewalt	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Informationen und Anmeldung: S.I.G.N.A.L. e.V. Dorothea Sautter, M.Sc. Psych Rona Torenz, M.A. Gender M.A. ASW Tel.: 030 2759-5353 E-Mail: torenz@signal-intervision.de Teilnehmerentgelt: kostenfrei	8 (29.08.2020) 4 (02.09.2020)
■ 25.–26.09.2020	Refresherkurs „Medizinische Begutachtung“	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Informationen: Martin Karadag Tel.: 030 40806-1218 E-Mail: Gutachterkurs@aekb.de Anmeldung: <a href="https://anmeldung-fb.aekb.de">https://anmeldung-fb.aekb.de</a> Teilnehmerentgelt: 280 €	12
■ 30.09.2020 04.11.2020 09.12.2020	Weiterbildungskurs in der Kinder- und Jugendmedizin im Rahmen der Weiterbildung Allgemeinmedizin (weitere Informationen s. S. 9)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Informationen und Anmeldung: Tel.: 030 40806-1203 E-Mail: A.Hellert@aekb.de Teilnehmerentgelt: 550 €	
■ 26.–28.10.2020	Grundkurs im Strahlenschutz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Informationen und Anmeldung: Tel.: 030 40806-1216 E-Mail: FB-Strahlenschutz@aekb.de Teilnehmerentgelt: 270 €	24
■ 28.–30.10.2020	Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Informationen und Anmeldung: Tel.: 030 40806-1216 E-Mail: FB-Strahlenschutz@aekb.de Teilnehmerentgelt: 240 €	20
■ 31.10.2020	Aktualisierungskurs im Strahlenschutz nach Strahlenschutzverordnung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Informationen und Anmeldung: Tel.: 030 40806-1216 E-Mail: FB-Strahlenschutz@aekb.de Teilnehmerentgelt: 155 €	8
■ Präsenz I : 22.01.–23.01.2021 Präsenz II : 12.02.–13.02.2021 Präsenz III : 05.03.2021 begleitendes E-Learning	Tabakentwöhnung nach dem Curriculum Ärztlich begleitet Tabakentwöhnung incl. Tabakentwöhnung mit strukturiertem Gruppenprogramm der Bundesärztekammer (03/2019) (weitere Informationen s. S. 9)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Informationen: Tel.: 030 40806-1211 E-Mail: M.Nehrkorn@aekb.de Anmeldung: Tel.: 030 40806-1404 E-Mail: J.Rosendahl@aekb.de Teilnehmerentgelt: 595 € / 485 € (Mitglied DGP)	
■ 01.03.2020–28.02.2021	STEMI Einfach erkennen In Kooperation mit dem Berlin-Brandenburger Herzinfarktregister e. V.	Lernplattform der Ärztekammer Berlin Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Informationen: Sabrina Cholch-Beyaztas und Martin Karadag, Tel.: 030 40806-1217 oder -1218, E-Mail: stemi@aekb.de Anmeldung: <a href="https://anmeldung-fb.aekb.de">https://anmeldung-fb.aekb.de</a> Teilnehmerentgelt: 30 € (Teilnehmer aus Berlin, Oberhavel und Havelland wenden sich vor der Buchung bitte an ihre ärztlichen Stützpunktleiter.)	2

## Aus Fehlern lernen – CIRS für Einsteigerinnen und Einsteiger

Critical Incident Reporting Systeme (CIRS) dienen der Patientensicherheit, da Krankenhäuser mit ihrer Hilfe aus Beinahe-Schäden, die bei der Versorgung der Patienten auftreten, systematisch lernen. Um ein internes CIRS kompetent zu betreiben, benötigen die verantwortlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Kenntnisse und Fertigkeiten, die in diesem eintägigen Seminar vermittelt werden.

**Termin:** 18.09.2020, 09:00–16:15 Uhr  
**Veranstaltungsort:** Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin  
**Teilnehmerentgelt:** 100 € bzw. 70 € für Mitglieder von CIRS Berlin  
**Fortbildungspunkte:** 10  
**Informationen und Anmeldung:** Julia Rosendahl, Tel.: 030 40806-1404  
 E-Mail: J.Rosendahl@aekb.de

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

Wie entstehen Fehler? Welche Faktoren tragen zum Entstehen von Schadenfällen bei? Wie kann die Wahrscheinlichkeit, dass sich solche Fälle wiederholen, reduziert werden? Gelegenheiten, aus Fehlern zu lernen, gibt es u. a. bei der Bearbeitung von Schadenfällen.

Die Basis des Lernens ist dabei immer eine systematische Analyse des jeweiligen Falls. Das dafür erforderliche systemische Verständnis zur Entstehung von Fehlerereignissen sowie praktische Fertigkeiten der Analyse und Bearbeitung von schweren Zwischenfällen, CIRS-Berichten und Fällen für Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen werden in diesem Seminar vermittelt. Das Seminar richtet sich an Angehörige aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen und ist speziell auf den Krankenhausbereich ausgerichtet. Es besteht aus einer Selbstlernphase (E-Learning) und einem Präsenztermin (drei Tage).

**E-Learning:** 28.12.2020–27.01.2021  
**Präsenz-Modul:** 28.–30.01.2021  
**Veranstaltungsort:** Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin  
**Teilnehmerentgelt:** 850 €  
**Fortbildungspunkte:** 32  
**Informationen und Anmeldung:** Julia Rosendahl, Tel.: 030 40806-1404  
 E-Mail: J.Rosendahl@aekb.de

## Impfungen in der Praxis

Praxisrelevantes Tagesseminar zu den aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO), zu den allgemeinen Grundlagen von Aufklärung bis Impfversager, Nutzen-Risiko-Abwägung in der Schwangerschaft, Reiseimpfungen sowie zu allgemeinen Fragen.

**Termin:** Sa. 12.12.2020, 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 €  
**Fortbildungspunkte:** 8  
**Informationen und Anmeldung:** Ärztekammer Berlin  
 Dörte Bünning  
 Tel.: 030 40806-1206  
 E-Mail: D.Buenning@aekb.de

## Refresherkurs „Medizinische Begutachtung“

Schon häufig von Kursabsolventinnen und 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 Teilnehmenden soll der meiste Raum gegeben werden. Dies lässt sich am besten anhand konkreter Beispiele erörtern. Aus diesem Grund sind alle Teilnehmenden herzlich eingeladen, eigene Kasuistiken beizutragen. Vorträge über aktuelle Themen ergänzen das Programm.

**Termin:** 25.09.2020 13:00–19:00 Uhr sowie  
 26.09.2020 09:00–13:15 Uhr  
**Veranstaltungsort:** Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin  
**Teilnehmerentgelt:** 280 €  
**Fortbildungspunkte:** 12  
**Informationen und Anmeldung:** Martin Karadag  
 Tel.: 030 40806-1218  
 E-Mail: Gutachterkurs@aekb.de

## Strukturierte curriculare Fortbildung „Medizinische Begutachtung“ 2021

Die Ärztekammer Berlin bietet die führungsfähige strukturierte curriculare Fortbildung „Medizinische Begutachtung“ (64 Stunden) nach dem Curriculum der Bundesärztekammer als Blended-Learning-Kurs an: Selbst-Lern-Phasen auf der Online-Plattform und Präsenzveranstaltungen wechseln sich ab (Termine s. u.). Der Kurs wendet sich sowohl an Neulinge im Begutachtungswesen, als auch an Ärztinnen und Ärzte, die bereits über Erfahrungen in der Begutachtung verfügen. Die Termine für die einzelnen Module entnehmen Sie der Tabelle. Begleitend zu den Präsenzmodulen sind Übungsgutachten und abschließend eine Lernerfolgskontrolle zu absolvieren. Das detaillierte Programm finden Sie (ab Herbst 2020) auf der Homepage der Ärztekammer. Dort finden Sie auch die Hinweise zu den technischen Voraussetzungen der Teilnahme am E-Learning-Modul.

<b>Termine:</b>	E-Learning:	05.02.–04.03.2021
	Modul I a:	05.–06.03.2021
	Modul II:	06.03.2021
	Modul I b:	19.–20.03.2021
	Einzelarbeit/Übungsaufgabe:	21.03.–22.04.2021
	Modul I c:	23.–24.04.2021
	Lernerfolgskontrolle:	25.04.–06.06.2021
	Modul III:	28.–29.05.2021

**Veranstaltungsort:** Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin  
**Informationen und Anmeldung:** Sabrina Cholch-Beyaztas  
 Tel.: 030 40806-1217  
 E-Mail: gutachterkurs@aekb.de

## Kompetent für die Medizin im digitalen Zeitalter

in Anlehnung an das Curriculum der Bundesärztekammer „Digitale Gesundheitsanwendungen in Praxis und Klinik“ (2019)

Ärztliches Handeln durch die Einführung digitaler Gesundheitstechnologien zukunftsorientiert weiterzuentwickeln, ist ein komplexer Veränderungsprozess. Die Technologie selbst ist nur das Werkzeug, um eine Veränderung zu ermöglichen, während der effektive Einsatz im Sinne einer besseren Patientenversorgung das Ziel darstellt. Neben einer Kultur der Innovation und einer agilen, veränderungsbereiten Ärzteschaft, die den Prozess aktiv mitgestalten möchte, bedarf es insbesondere einer konstruktiven Zusammenarbeit verschiedener Akteure des Gesundheitssystems, um den Wandel erfolgreich zu gestalten. Denn mit der Digitalisierung der Medizin werden Fragen zur medizinischen Sinnhaftigkeit, zur technologischen Machbarkeit, zur rechtlichen Zulässigkeit und zur ethischen Vertretbarkeit einzelner Lösungen aufgeworfen, die beantwortet werden müssen.

Der notwendige Kompetenzerwerb hierzu verlangt eine grundlegende und aktive Auseinandersetzung mit den Kernthemen der digitalen Transformation und den übergeordneten Fertigkeiten. Ärztinnen und Ärzte müssen Kompetenzen erwerben, um den Veränderungsprozess zu verstehen und um neue digitale Behandlungskonzepte einordnen zu können. Es gilt, die aus ärztlicher Sicht für Patientinnen und Patienten sinnvollen Entwicklungen in der Praxis anzuwenden, Fehlentwicklungen zu erkennen und diese zu meiden. Somit ist es unerlässlich, digitale Kompetenzen und Datenkompetenzen zu erwerben und effektiv in das ärztliche Handeln zu integrieren.

**Präsenz-Termine:** Fr. 06.11.2020, 09:00–17:00 Uhr  
Sa. 07.11.2020, 09:00–13:00 Uhr  
Fr. 27.11.2020, 09:00–17:00 Uhr

**E-Learning:** 07.–22.11.2020

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

**Teilnehmerentgelt:** 950 €

**Fortbildungspunkte:** 40

**Informationen:** [www.aekb.de/kompetent-digital](http://www.aekb.de/kompetent-digital)

**Anmeldung:** <https://anmeldung-fb.aekb.de>

## Gesundheitsförderung und Prävention

Strukturierte curriculare Fortbildung gemäß Curriculum der Bundesärztekammer

Die heute vorherrschenden chronischen Krankheiten sind das Ergebnis eines lang andauernden Zusammenspiels biologischer, psychologischer, sozialer sowie umweltbezogener Faktoren. Um ihre Auftretenswahrscheinlichkeit zu reduzieren bzw. ihre Entstehung auf einen späteren Zeitpunkt im Lebenslauf zurückzudrängen oder auch, um Krankheitsverläufe aufzuhalten, müssen möglichst frühzeitig Maßnahmen zur Erkennung und Beeinflussung determinierender Faktoren ergriffen werden.

Die stetig zunehmende gesellschaftliche Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention ist unbestritten. Ärztinnen und Ärzten wird in der Gesundheitsförderung und Prävention eine wichtige Rolle zugesprochen. Ziel der Fortbildung ist es, innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung Gesundheitsressourcen der Patientinnen und 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.

**E-Learning:** 02.–29.11.2020 (6 Stunden)

**Präsenz-Termine:** Do. 03.12.2020, 09:00–17:00 Uhr  
Fr. 04.12.2020, 09:00–17:00 Uhr  
Sa. 05.12.2020, 09:00–13:00 Uhr

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

**Teilnehmerentgelt:** 495 €

**Fortbildungspunkte:** 32

**Informationen:** [www.aekb.de/gesundheitsfoerderung](http://www.aekb.de/gesundheitsfoerderung)

**Anmeldung:** <https://anmeldung-fb.aekb.de>

## Transfusionsverantwortlicher / Transfusionsbeauftragter / Leiter 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 Ärztinnen und Ärzte.

Diese Fortbildungsmaßnahme richtet sich gemäß der Richtlinie Hämotherapie an Fachärztinnen und Fachärzte 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.

**Präsenz-Termine:** Do. 01.10.2020, 13:00–18:00 Uhr  
Fr. 02.10.2020, 09:00–15:30 Uhr  
03.–30.09.2020 (ca. 3 Stunden)

**E-Learning:**

**Abschlusstest**

**(Lernerfolgskontrolle):** 03.10.–13.11.2020

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

**Teilnehmerentgelt:** 180 €

**Fortbildungspunkte:** 16

**Informationen:** Regina Drendel, Tel.: 030 40806-1401, E-Mail: [R.Drendel@aekb.de](mailto:R.Drendel@aekb.de)

**Anmeldung:** <https://anmeldung-fb.aekb.de>

# www.berliner-aerzte.net

# „Die Lernkurve war immer steiler als die Infektionsrate“

Bericht von der Delegiertenversammlung am 10. Juni 2020

Unter außergewöhnlichen Umständen fand die Juni-Sitzung der Delegiertenversammlung an einem ungewöhnlichen Ort statt. Im Mittelpunkt standen die Erfahrungen und Erkenntnisse der Delegierten im Zuge der COVID-19-Pandemie.

Zum ersten Mal seit dem Umzug ins Kammergebäude an der Friedrichstraße hat die Delegiertenversammlung im Juni an einem anderen Ort getagt. Grund war die Corona-Pandemie: Der Versammlungsraum in der Ärztekammer Berlin hätte unter den geltenden Abstands- und Hygieneregeln nicht genug Platz für alle Delegierten geboten. Ein würdiges Ambiente für eine besondere Delegiertenversammlung bot hingegen der historische Hörsaal des Langenbeck-Virchow-Hauses. Mit jeweils zwei freien Plätzen und einer freien Reihe Abstand zueinander verteilten sich die Delegierten gleichmäßig auf den großen Hörsaal, den die Fachgesellschaft für Chirurgie und die Berliner Medizinische Gesellschaft gemeinsam 1914 bis 1915 errichten ließen.

„Das müssen tolle Zeiten gewesen sein, als sich zwei Fachgesellschaften ein solches Gebäude leisten konnten“, sagte Kammerpräsident Dr. Günther Jonitz (Marburger Bund) in seinem Eingangsstatement.

Danach berichtete er, dass der Vorstand in seiner letzten Sitzung die revidierte Form des Thesenpapiers zur Notfallversorgung, welches vom Versorgungsausschuss vorgelegt worden war, einstimmig beschlossen hat. Damit reagiert die Ärztekammer auf die aktuellen Pläne des Gesetzgebers.

Anschließend folgten mehrere einstimmige Nachwahlen in verschiedenen Kammergremien sowie eine kurze Information zum Deutschen Ärztetag, der für dieses Jahr ohne alternatives Format abgesagt wurde. Wichtige standespolitische Angelegenheiten, wie etwa der Haushalt der Bundesärztekammer,

seien dennoch per Onlinekonferenz mit den Stimmführern beschlossen worden.

„Das ist wichtig, denn die Bundesärztekammer muss weiterarbeiten“, sagte Jonitz. Beschlossen wurde nach seinen Angaben im Vorstand der BÄK auch, dass das Thema Klimawandel auf der Tagesordnung für den Deutschen Ärztetag 2021 bleibt.

## Jonitz: „Zusammenarbeit auf politischer Ebene funktioniert“

Im Zentrum der Delegiertenversammlung stand jedoch eine Analyse der COVID-19-Pandemie und deren bisherige Bewältigung. „Deutschland steht international von allen großen Ländern am besten da“, sagte Jonitz. Mit Blick auf Berlin sprach er von einer „Kehrtwende“ der Gesundheitsministerin Dilek Kalayci (SPD) nach Kritik seitens der Kammer Ende März. Es folgten zunächst tägliche, dann drei Mal wöchentliche Telefonkonferenzen zwischen dem Kammerpräsidenten, dem stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KV Berlin) Dr. Burkhard Ruppert und der Vorsitzenden der Berliner Krankenhausgesellschaft (BKG) Brit Ismer. „Die Zusammenarbeit auf politischer Ebene ist wichtiger als Wettbewerb und scheint mittlerweile zu funktionieren“, resümierte Jonitz.

Frühzeitig hat beispielsweise die Arbeitsgruppe „Medizin und Ethik“ der Ärztekammer Berlin unter Leitung von Prof. Dr. Jörg Weimann (Marburger Bund) Jonitz zufolge eine Handlungsempfehlung für alle Berliner Krankenhäuser vorgelegt, die beschreibt, wie Ärztinnen und Ärzte sich in ethischen Grenzbereichen verhalten



Foto: Niels Löchel

Im historischen Hörsaal des Langenbeck-Virchow-Hauses gab es ausreichend Platz, um die derzeit geltenden Abstands- und Hygieneregeln einzuhalten.

sollen. Glücklicherweise sei diese bisher nicht zum Einsatz gekommen. Weiterhin habe die Kammer schnell nach freiwilligen Ärztinnen und Ärzten für die Versorgung von COVID-19-Patientinnen und Patienten gesucht. Innerhalb einer Woche hätten sich rund 300 Freiwillige gemeldet. Auch dankte er Prof. Dr. Wulf Pankow (Fraktion Gesundheit) für seinen Einsatz als Leiter des Corona-Behandlungszentrums an der Jafféstraße.

Mit ihrer Öffentlichkeitsarbeit habe die Ärztekammer Berlin zudem auf die Folgen des Lockdowns hingewiesen: „Die Zahl der Herzinfarkt- und Schlaganfallpatientinnen und -patienten ist nicht nur in Berlin um 40 Prozent gesunken“, sagte Jonitz. Thematisiert wurden auch die das erhöhte Risiko von häuslicher Gewalt, die Notwendigkeit, das Kindeswohl nicht aus den Augen zu verlieren sowie die Wiederaufnahme der Routineversorgung.

Zudem habe die Kammer auch als Arbeitgeber reagieren müssen, konstatierte Jonitz im Folgenden. „Wir haben den Apparat richtig runtergefahren.“ Es sei fast flächendeckend Homeoffice praktiziert worden. Dennoch fand rund die Hälfte der Facharztprüfungen statt. Auch die Fachsprachprüfungen seien Anfang Juni „auf Bitten des Senats“ wieder aufgenommen worden, da mehr als 1.000 Bewerberinnen und Bewerber auf ihre Anerkennung warten würden.

Zusammenfassend stellte Jonitz fest: „Wir sind in Deutschland außerordentlich erfolgreich und wir sind erfolgreich nicht

wegen, sondern trotz der Politik. Wir haben uns erfolgreich gegen eine Kahl-schlagpolitik von Politik, Kassen und anderen Institutionen gewehrt.“ Dieses Fazit quittierte die Versammlung mit Applaus. „Die ärztliche Haltung haben wir uns weiterhin bewahrt, gerade auch in diesen Zeiten“, fuhr der Kammerpräsident fort. Er lobte das Improvisations-talent der Ärztinnen und Ärzte und zeigte sich erfreut, dass mit dem Begriff der Systemrelevanz die Wertschätzung für Ärztinnen und Ärzte zurechtgerückt worden sei. „Die Lernkurve war immer steiler als die Infektionsrate“, so Jonitz. Er betonte erneut: „Es ist politisch-strategisch von außerordentlicher Wichtigkeit, dass wir innerhalb Berlins auch über die Berufsgruppen hinweg zusammenarbeiten.“

## Anerkennung für Ärztinnen und Ärzte – aber auch für die Politik?

Was aus der COVID-19-Pandemie außerdem zu lernen sei, diskutierte die Kammerversammlung im Anschluss. Dr. Christiane Wessel vom NAV-Virchow-Bund lobt die „tolle Arbeit“ des Berliner KV-Vorstands und stimmte Jonitz zu: „Die Krise ist nicht deshalb so in Grenzen geblieben, weil wir so eine tolle Politik haben, sondern weil wir so ein gutes Gesundheitssystem haben.“ Sie verwies darauf, dass der Kehrtwende der Berliner Gesundheitssenatorin unter anderem ein „Brandbrief“ der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KV) an den Regierenden Bürgermeister und den Bundesgesundheitsminister vorangegangen sei. Auch das Engagement der ärztlichen Berufsverbände sollte gewürdigt werden, forderte Dr. Matthias Blöchle (Allianz Berliner Ärzte). Dr. Christian Messer (Allianz Berliner Ärzte) warb zudem um Lob für jede einzelne Ärztin und jeden einzelnen Arzt, nicht für die Politik.

Hingegen riet Vorstandsmitglied Dr. Peter Bobbert (Marburger Bund) von allgemeinem Politik-Bashing ab. „Dass wir in dieser Stadt und diesem Land bisher so gut durch diese Krise gekommen sind, haben wir auch der Tatsache zu verdanken, dass wir politisch Verantwortliche haben, die sehr transparent gearbeitet und ärztliche Expertise mit einbezogen haben“, sagte

Bobbert. Der Erfolg sei „eine gesellschaftliche Leistung“. Als Schwachstelle im System betrachtet er den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Hier bestehe dringender Handlungsbedarf. Dass der ÖGD in Anbetracht der Personalsituation überhaupt so agiert habe, sei „ein wahres Wunder“.

Das unterstrich auch Dr. Wolfgang Kreischer (Hausärzte in Berlin). Er verwies darauf, „dass wir in der KV und in den Arztpraxen eigentlich Aufgaben übernommen haben, die der ÖGD hätte machen müssen“. Es sei schon lange politische Tendenz, Aufgaben des Gesundheitsdienstes in die ambulante Versorgung zu verlagern. Kreischer warnte zudem vor den finanziellen Folgen der Corona-Krise. „Die Praxen werden finanziell ausbluten“, sagte er.

## Furcht vor finanziellen Folgen und Pflegemangel

Dr. Leonor Heinz (Hausärzte in Berlin) mahnte mit Blick auf die begrenzten Mittel an, dass Ärztinnen und Ärzte sich dafür einsetzen sollten, dass die Krankenkassen nur Kosten für medizinisch sinnvolle Leistungen übernehmen. Die derzeit verfügbaren Antikörpertests zählt sie nicht dazu. „Bei flächendeckender Testung von Gesunden ist die Rate an falsch-positiven Ergebnissen sehr hoch“. Indes forderte Dr. Stefan Hochfeld (Fraktion Gesundheit), dass die Kostenübernahme der PCR-Tests für Privatpatientinnen und -patienten geklärt werden müsse.

Die Finanzen thematisierte auch Julian Veelken (Fraktion Gesundheit). Staatliche Pandemiebekämpfung dürfe nicht von den Krankenkassen bezahlt werden, forderte er unter Applaus der Versammlung. Zugleich mahnte er eine Grundsatzdebatte über die Krankenhausfinanzierung an. Wie hemdsärmelig während der Pandemie scheinbar sakrosankte Regeln außer Kraft gesetzt worden seien, zeige, wie sich das System ad absurdum geführt habe.

Vorstandsmitglied Dr. Thomas Werner (Marburger Bund) hält die Ausgleichszahlungen an die Kliniken für nicht ausreichend. „Das wird einige Krankenhäuser

in den nächsten Jahren in eine erhebliche Schiefelage bringen“, sagte er. Zudem zeigte sich Werner im Gegensatz zu anderen Delegierten weniger überzeugt von den Erfolgen des deutschen Gesundheitssystems in der Pandemie. Angesichts der niedrigen Infektionszahlen müsse man sich fragen, was gewesen wäre, wenn es eine echte Krise gegeben hätte. Mit einer Betten-Auslastung durch COVID-Patientinnen und -Patienten von drei Prozent sei man quasi bereits an der Grenze gewesen. „Wenn man dann schon Probleme kriegt, die Versorgung aufrechtzuerhalten, dann muss einem das schon zu denken geben“, so Werner.

Auch Wulf Pankow forderte dazu auf, über kritische Aspekte nachzudenken. Als Beispiel nannte er die Rekrutierung im Pflegebereich. Die Pflege betrachtet auch der Intensivmediziner Jörg Weimann als Achillesferse. Er vertrat ebenfalls die Auffassung, dass nicht alles wieder gut sei. „Für mein Empfinden stehen wir jetzt in den Trümmern“, sagte er und warnte eindringlich vor dem Pflegemangel. Dabei kritisierte er vor allem, dass es keinen politischen Ansprechpartner bei der Pflege gebe. „Das halte ich für etwas ganz Wichtiges, dass wir uns als Ärzte dafür einsetzen, dass die Pflege endlich eine starke politische Interessensvertretung bekommt“, sagte Weimann. Unterstützung erhielt er von Prof. Dr. Jörg Oestmann (Marburger Bund), der diese Forderung unterstrich.

## Wie stellen sich Ärztinnen und Ärzte eine funktionierende Versorgung vor?

„Der finanzielle Druck wird zunehmen. Auf der einen Seite werden Einnahmen wegbrechen. Auf der anderen Seite werden Kosten steigen“, fasste Kammerpräsident Jonitz die Diskussion zusammen. Er verwies aber auch darauf, dass 2021 Wahljahr sei, und regte an, die Sommerpause zu nutzen, um zu überlegen, „wie ein tatsächlich funktionsfähiges Gesundheitssystem aussehen soll, wenn wir es selbst organisieren dürften“.

Die nächste Delegiertenversammlung findet am **16. September 2020** statt.

# Zum 95. Geburtstag von Erich Saling, dem „Father of Perinatal Medicine“

*Von Beginn seines klinischen und wissenschaftlichen Schaffens an war Erich Saling in Berlin tätig, von hier aus schuf er mit großem Engagement die Grundlagen der modernen Geburtsmedizin. Einzelheiten zum beruflichen Werdegang und den Leistungen des Preisträgers der Georg-Klemperer-Ehrenmedaille finden sich in meiner Laudatio zu seinem 90. Geburtstag (Berliner Ärzte 9/2015, S. 23 – online verfügbar unter <http://www.berliner-aerzte.net>).*

Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Erich Saling feiert am 21. Juli 2020 seinen 95. Geburtstag. Man versuche, sich in das Jahr 1925 zurückzusetzen, in dem Erich Saling geboren wurde: An viele moderne Errungenschaften, die für uns heute selbstverständlich sind, war nicht zu denken. Die Geburtshilfe beschäftigte sich vor allem mit der Mutter, kaum mit dem Kind. Kardiotokographie (CTG), Ultraschall, Fetale Blutgasanalyse und vieles mehr gab es noch nicht.

Gemeinsam mit anderen Pionierinnen und Pionieren wie Edward H. Hon, Roberto Caldeyro-Barcia, Konrad Hamacher, Ian Donald und Virginia Apgar (um nur die wohl bekanntesten zu nennen) schuf Erich Saling in der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts die moderne Perinatale Medizin mit fortgeschrittenen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten. Entscheidend war dabei von Anfang an die enge Zusammenarbeit von Geburtsmedizin, Neonatologie und anderen Nachbardisziplinen (siehe Zeichnung). Der Name des neuen Fachgebietes bereitete zunächst einige Schwierigkeiten, sodass Zuschriften an das 1976 neugegründete, von Erich Saling geleitete, Institut für Perinatale Medizin der Freien Universität Berlin auch schon mal an die „Perinofale Medizin“, „Perimentale Medizin“ oder „Primatenmedizin“ gerichtet waren. Inzwischen hat dieses Fachgebiet in den ca. 60 Jahren seines Bestehens eine enorme Entwicklung durchgemacht.

Nach seiner Emeritierung gründete Prof. Saling 1993 das „Erich Saling-Institut für Perinatale Medizin e.V.“ ([www.saling-institut.de](http://www.saling-institut.de)), das er bis

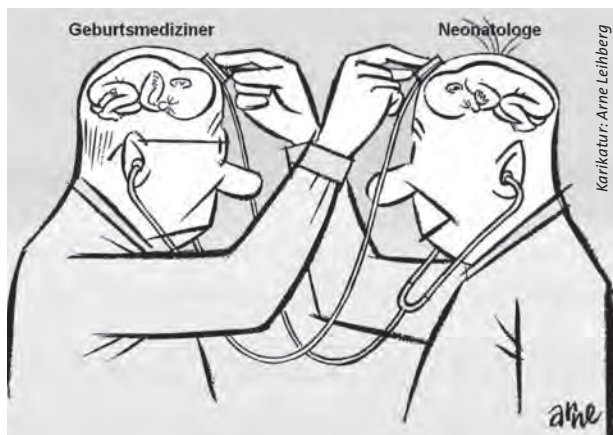
heute leitet. Ein Forschungsschwerpunkt des Instituts sind durch aufsteigende vaginale Infektionen verursachte Fehl- und Frühgeburten. Erich Saling entwickelte wirksame Maßnahmen zu deren Prävention, die zunehmend Anwendung finden. Das Saling-Institut bietet zu diesem Thema auch eine kostenlose Beratung an, die von Frauen aus dem gesamten deutschsprachigen Raum sehr gerne in Anspruch genommen wird.

Auf wissenschaftlicher Ebene bestehen nach wie vor Kontakte in viele Teile der Welt. So waren Erich Saling und ich im letzten Jahr als Redner auf Kongressen an Universitäten in Moskau und Surgut (Sibirien) eingeladen (siehe Foto). Prof. Saling gründete außerdem die „Doctores Erich und Hella Saling Stiftung für Perinatale Medizin“, deren Zweck die Förderung von Wissenschaft und Forschung im Bereich der Prä- und Perinatalmedizin sowie die Darstellung der Geschichte dieses Fachgebietes ist.



Prof. Erich Saling auf einem Kongress an der Universität von Surgut (Sibirien) im Mai 2019 (Simultanübersetzung vom Englischen ins Russische durch Prof. Dr. med. Marina Degtyareva).

Foto: Universität Surgut



Perinataler Gedankenaustausch.



Nachdem Erich Saling viele Preise und Ehrungen erhalten hat, wurde er selbst zum Namensgeber für Preise und mehr. Die World Association of Perinatal Medicine (WAPM) vergibt regelmäßig den „Erich Saling Perinatal Prize“ an herausragende Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler auf diesem Gebiet. 2017 gründete sie außerdem die „Erich Saling World School of Perinatal Medicine“, die aktuelle Fortbildungen im Bereich der Perinatalen Medizin organisiert. Und

kürzlich hat die Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM) für ihren alle zwei Jahre in Berlin stattfindenden Kongress eine neue Vortragsreihe eingerichtet, die „Erich-Saling-Lecture“. Die DGPM war 1967 von Prof. Saling als erste nationale Fachgesellschaft für Perinatalmedizin gegründet worden. Die erste Erich-Saling-Lecture hielt Prof. Dr. Wolfgang Holzgreve aus Bonn im Dezember 2019 über Nicht-Invasive Pränatal-Tests (NIPT).

Sein wacher Intellekt, sein Humor und seine Aufgeschlossenheit sowie seine acht Urenkel werden Erich Saling hoffentlich noch lange jung halten. Seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wünschen ihm alles Gute.

Jürgen Lühje  
(Arzt und wissenschaftlicher Mitarbeiter  
im Erich Saling-Institut für Perinatale  
Medizin e.V.)

## Die Berliner Ärzteversorgung trauert um Reinhard Reuter

**Er stand unter dem begründeten Verdacht, ein Versicherungsmathematiker mit Herz und Seele zu sein. Reinhard Reuter verstarb am 24. Mai 2020 im 76. Lebensjahr.**

Der bekennende Berliner studierte nach dem im Jahr 1963 abgelegten Abitur an der Freien Universität Berlin Mathematik mit dem Nebenfach Versicherungsmathematik. Im Dezember 1969 schloss Reinhard Reuter das Mathematikstudium als Diplom-Mathematiker ab und nahm am 15. Januar 1969 seine Tätigkeit in der Mathematischen Abteilung / Rückversicherung der Concordia / Colonia Lebensversicherung auf. Seine Fähigkeiten und sein Talent, geschickt mit Menschen umzugehen, wurden schnell erkannt, weshalb er zum 1. Juli 1970 zum Abteilungsleiter ernannt wurde. Reuters Bedeutung für die Berliner Ärzteversorgung begann mit dem 1. Januar 1975. Zu diesem Termin wurde er auf eigenen Wunsch zur Deutschen Ärzte-Versicherung AG, Zweigniederlassung Berlin versetzt. Hier übernahm er die versicherungsmathematische Betreuung der Versorgungswerke der Ärztekammer Berlin und der Ärztekammer Hamburg.

Beide ärztlichen Versorgungswerke hatten die Ärzte-Versicherung als Spezialversicherer der Heilberufe zu ihrem Verwaltungspartner für die komplexe Verwaltungstätigkeit der Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenversorgung ausgewählt. Im Juli 1976 erhielt Reuter die Gesamtprokura für die Colonia Lebensversicherung und die Deutsche Ärzte-Versicherung. Im Dezember 1977 wurde er schließlich im Range eines Direktors Leiter der Deutsche-Ärzte-Versicherung AG, Zweigniederlassung Berlin. Im Bereich der berufsständischen Versorgungswerke erwarb sich Reinhard Reuter schnell den Ruf, ein hervorragender Mathematiker mit fundierten Kenntnissen von Verwaltungsabläufen zu sein. Ein Praktiker, der rechnen konnte. Davon profitierte die Berliner Ärzteversorgung, die 1966 gegründet wurde und bei Übernahme der Verantwortung von Reinhard Reuter noch als junges Versorgungswerk galt, enorm. Reuter war u. a. für die versicherungsmathematischen Gutachten der Berliner Ärzteversorgung verantwortlich und gehörte zusammen mit einem Kapitalanlagefachmann, einem Juristen und sechs von der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin gewählten Ärztinnen und Ärzte viele Jahre dem Verwaltungsausschuss der Berliner Ärzteversorgung an. Dass das Thema „Rente“ etwas mit Versicherungsmathematik zu tun hat, liegt auf der Hand. Reinhard Reuter gehörte aber zu den wenigen Personen, die die komplexe Thematik der Kalkulationsgrundlagen einer Alters-, Berufsunfähig-

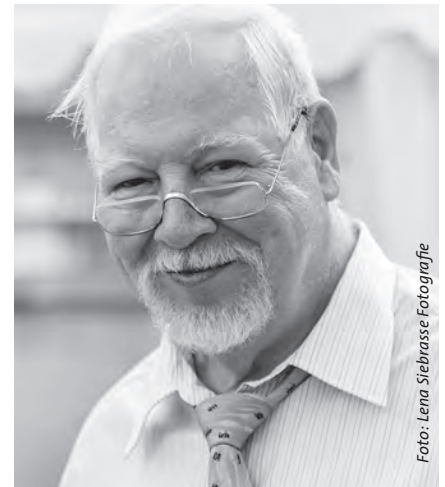


Foto: Lena Siebrasse Fotografie

Dipl.-Math. Reinhard Reuter

versicherungsmathematischen Gutachten der Berliner Ärzteversorgung verantwortlich und gehörte zusammen mit einem Kapitalanlagefachmann, einem Juristen und sechs von der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin gewählten Ärztinnen und Ärzte viele Jahre dem Verwaltungsausschuss der Berliner Ärzteversorgung an. Dass das Thema „Rente“ etwas mit Versicherungsmathematik zu tun hat, liegt auf der Hand. Reinhard Reuter gehörte aber zu den wenigen Personen, die die komplexe Thematik der Kalkulationsgrundlagen einer Alters-, Berufsunfähig-

keits- und Hinterbliebenenversorgung anschaulich erklären konnten. Dadurch sorgte er stets für Transparenz und Vertrauen in das Rentensystem des Versorgungswerks und nichts erfreute ihn mehr, als Fragen zu beantworten, die sich z. B. auf das Offene Deckungsplanverfahren, die modifizierte Kapitaldeckung oder die Systematik von Sterbetafeln bezogen. Unter seiner Regie gab es im Laufe der Jahre zahlreiche Leistungsverbesserungen für die Mitglieder der Berliner Ärzteversorgung, z. B. die Berücksichtigung von Kinderbetreuungszeiten für die Berechnung der Rente.

Die Sicherheit der Renten der Mitglieder des Versorgungswerks lag ihm besonders am Herzen. Beispielsweise führte die Berliner Ärzteversorgung auf seine Empfehlung hin bereits im Jahr 2003 eine Rücklage unter der Bezeichnung „Zinsschwankungsreserve“ ein. Diese dient bis heute zur Glättung von ergebnisschwächeren Geschäftsjahren als Folge volatiler Kapitalmärkte, wodurch die Berliner Ärzteversorgung z. B. die Bankenkrise 2008 überstehen konnte, ohne den Rechnungszins und damit die Rentenerwartungen der Mitglieder des Versorgungswerks kürzen zu müssen. Wie vorausschauend Reuters Handeln war, zeigt auch der Vergleich zur Lebensversicherungsbranche: Dort wurde die sogenannte Zinszusatzreserve erst im Jahr 2011 als Folge der Lehman-Banken-Krise gesetzlich vorgeschrieben.

Reinhard Reuter hielt Visionen nicht für eine Erkrankung. Er erkannte früh, dass es sich für berufsständische Versorgungswerke in jeder Hinsicht lohnen würde, zusammenzuarbeiten, hierdurch Synergieeffekte zu heben und zum Vorteil der Versicherten Verwaltungskosten zu sparen. Da er Menschen stets mit Empathie begegnete, fand er häufig die richtige Tonlage gegenüber seinen Gesprächspartnerinnen und -partnern und konnte diese von seinen Ideen begeistern. So wuchs unter seiner Führung über die Jahre ein Verwaltungsverbund von sechs berufsständischen Versorgungswerken der Ärzte, Apotheker, Tierärzte und Architekten, wobei die Berliner Ärzteversorgung stets das größte Versorgungswerk und damit der

Schwerpunkt der Tätigkeit von Reinhard Reuter blieb.

Im Jahr 2001 kam dann die Idee auf, gemeinsam eine eigenständig organisierte Verwaltungsgesellschaft zu gründen und den französisch geprägten AXA-Konzern, zu dem die Deutsche-Ärzte-Versicherung inzwischen gehörte, zu verlassen. Weil die Philosophie des AXA-Konzerns mit den Belangen der Berliner Ärzteversorgung immer schwerer in Einklang zu bringen war, unterstützte und beförderte der damalige Verwaltungsausschuss der Berliner Ärzteversorgung unter Vorsitz von Prof. Dr. Horst Spielmann diese Idee ausdrücklich. Schließlich kam es im Dezember 2002 zur Beurkundung der VGV Verwaltungsgesellschaft für Versorgungswerke mbH, deren größter Gesellschafter die Berliner Ärzteversorgung wurde. Dieses Projekt erfolgreich begleitet zu haben, war der ganze Stolz von Reinhard Reuter,

der noch bis 2004 als Geschäftsführer die Verwaltungsgesellschaft leitete. Die Berliner Ärzteversorgung hat ihm viel zu verdanken und profitiert noch heute von den Finanzierungsgrundlagen, die er für das Versorgungswerk gelegt hat. Für die Belegschaft der VGV mbH war er im bestgemeinten Sinne ein Chef alter Schule, der den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zugewandt war und immer ein offenes Ohr für sie hatte. Reinhard Reuter war von Natur aus Optimist und würzte diese Einstellung mit einer guten Prise Humor. Er mochte gutes Essen in Symbiose mit einer gehobenen Flasche Rotwein. Ganz sicher würde er sich freuen, wenn alle, die ihn gekannt und geschätzt haben, ein Gläschen auf sein nun vollendetes Lebenswerk trinken würden. Wir werden ihn vermissen und ihm dauerhaft ein ehrendes Andenken bewahren.

Martin Reiss, Geschäftsführer VGV mbH

ANZEIGE

## Prof. Dr. Hartmut Zippel

\* 13. Juni 1938 † 05. Februar 2020

Wir trauern um „Unseren Chef“, den Ordinarius der Orthopädischen Universitätsklinik der Charité Berlin von 1980 bis 2003, der nach langer, schwerer Krankheit verstorben ist.

Die Beisetzung in Berlin hat bereits im engsten Familienkreis stattgefunden.

Er hat uns gefordert und vielseitig gefördert. Er hat so Vieles bewegt und Entscheidendes bewirkt.

In Verehrung und Dankbarkeit, stellvertretend für seine zahlreichen Mitstreiter, Schüler und Wegbegleiter

Prof. Dr. Carsten Perka  
PD Dr. Karsten Labs  
Dr. Karsten Ritter-Lang

Prof. Dr. Bodo Paul  
PD Dr. Stephan Tohtz  
Dr. Heinz-U. Walther



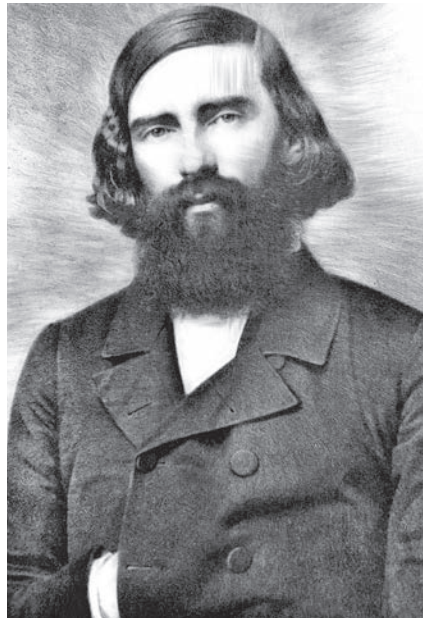
# Augenarzt der Armen und Pionier der Augenheilkunde

## Zum 150. Todestag von Albrecht von Graefe

Am 20. Juli 2020 ist es 150 Jahre her, dass Albrecht von Graefe in seinem Haus in der Viktoriastraße 34, gegenüber der heutigen Philharmonie, gegen drei Uhr morgens mit 42 Jahren an Lungentuberkulose starb. Er gilt als Begründer der wissenschaftlichen Augenheilkunde, zusammen mit den anderen „Reformern der Augenheilkunde“ William Bowman (Anatom, Physiologe und Augenarzt am Londoner Moorefields Eye Hospital), Frans Cornelis Donders (Augenarzt und Physiologe in Utrecht) und Hermann von Helmholtz (Physiologe, Erfinder des Augenspiegels). Mit ihnen wurde das Fach Augenheilkunde in Deutschland zur eigenständigen Disziplin, wo es zuvor nur ein Anhängsel der Chirurgie war.

Geboren wurde Albrecht von Graefe am 22. Mai 1828 in der nach einem Entwurf von Karl Friedrich Schinkel erbauten Villa Finkenherd im Tiergarten, die in einer Bombennacht 1943 völlig zerstört wurde. Zur Erinnerung steht dort heute, nahe der Kaiser-Friedrich-Gedächtniskirche im Hansa-Viertel, eine Gedenkstele, die von der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft gestiftet wurde. Von Graefes Vater, Karl Ferdinand von Graefe, war ein berühmter Chirurg und Augenarzt, erster Ordinarius für Chirurgie und Augenheilkunde an der 1810 gegründeten Friedrich-Wilhelms-Universität, die später in Humboldt-Universität umbenannt wurde. Er starb relativ früh an Typhus; Albrecht war zu dem Zeitpunkt 12 Jahre alt.

Albrecht besuchte das Französische Gymnasium in Berlin. Er war hochbegabt und bestand schon mit 15 Jahren das Abitur, galt jedoch bei allem gezeigten Fleiß keinesfalls als Streber, sondern war fröhlich, humorvoll und kameradschaftlich und hatte viele Freunde.



*Pionier der Augenheilkunde: Albrecht von Graefe (nach der Lithographie von Wildt, etwa 1863, mit Filter verändert von Wolfgang Hanuschik)*

Gleich nach seiner Reifeprüfung begann er ein breit angelegtes Studium der Medizin an der Berliner Universität, das damals auch Vorlesungen in Logik, Geschichte der Philosophie, Chemie, Botanik und Mineralogie vorschrieb. Im Winter 1847/48, mit nur 19 Jahren, bestand Albrecht die ärztliche Staatsprüfung mit dem Zeugnis „vorzüglich gut“. Danach hospitierte er, wie es damals für begüterte Studenten üblich war, zwei Jahre lang zur weiteren operativen und wissenschaftlichen Ausbildung an den bekanntesten Kliniken in Paris, Wien und London.

Ab November 1850 unterhielt von Graefe seine erste Praxis für Augenheilkunde in einer Mietwohnung in der Behrenstraße 52, im Jahr 1852 eröffnete er dann seine private Augenklinik in der Karlstraße 46, nahe der ehemaligen

Unterbaumbrücke, damals am Ende der Stadt gelegen. Heute steht an der Stelle in der Reinhardtstraße 58 ein modernes Bürohaus, das „Spree-Eck“. Damals war das Straßenbild von Kopfsteinpflaster und Gaslaternen geprägt. Die hygienischen Verhältnisse waren katastrophal – es gab noch keine Kanalisation. Arme, die medizinische Hilfe benötigten, mussten sich bei der Berliner „Armenkommission“ ein sogenanntes Armenattest ausstellen lassen, um sich bei den sechs städtischen Armenärzten, den zwei Armen-Augenärzten oder dem einen (!) Geburtshelfer behandeln lassen zu können.

1850 erfand Hermann von Helmholtz das Ophthalmoskop, den Augenspiegel. Er überwand das „Dunkel der Pupille“, ermöglichte den Blick auf die Netzhaut und schuf damit die instrumentelle Grundlage für das neue Fach Augenheilkunde. Graefe nahm diese Erfindung begeistert auf und so wurde Berlin durch ihn und seine Klinik bald zum Zentrum der Augenheilkunde in Europa. Da er in seiner Augenklinik auch Vorlesungen hielt und sein Ruf als begnadeter Operateur und Dozent sich schnell verbreitete, kamen bald nicht nur viele Augenranke, sondern in manchen Jahren bis zu 300 Augenärzte aus aller Welt, um in seiner Augenklinik hospitieren oder assistieren zu können. So gesehen ist es kein Verlust, dass er erst 1868, zwei Jahre vor seinem Tod, das langersehnte Ordinariat an der Charité erhielt, denn so konnte er sich 15 Jahre lang um die Ausbildung besonders interessierter Ärzte kümmern. Viele seiner Schüler wurden später auf Lehrstühle für Augenheilkunde berufen.

Im Jahr 1852 habilitierte sich von Graefe an der Universität Berlin mit einer Arbeit „Über die Wirkung der Augenmuskeln“. Ende der 1850er-Jahre versorgte er in seiner Klinik mit sechs Assistenzärzten und 50 Angestellten 1.400 Patientinnen und Patienten in 64 Zimmern. In seiner Poliklinik wurden 6.000 Patientinnen und Patienten behandelt und 1.600 Operationen durchgeführt, übrigens mehr Schiel-Opera-

tionen als Katarakt-Operationen. 1857 übernahm er von den beiden ausscheidenden Armen-Augenärzten auch noch deren Stellen; die Bezahlung dafür war gleichwohl gering.

Zu seinen wissenschaftlichen Verdiensten für die Augenheilkunde zählen die erste Durchführung der peripheren Iridektomie bei akutem Glaukom, die Beschreibung des Zusammenhangs Stauungspapille und erhöhter Hirndruck, der Zentralarterienembolie als Ursache der plötzlichen Erblindung sowie die Erkenntnis, dass die Ursache des Glaukoms der erhöhte Augeninnendruck ist. 1854, im Alter von 26 Jahren, gab von Graefe den ersten Band der weltweit am längsten bestehenden Fachzeitschrift heraus, die heute das „Graefe’s Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology“ heißt. Darin publizierte er bis zu seinem Tod mehr als 2.500 Seiten. Im Jahr 1857 ver-

sammelte er in Heidelberg zum ersten Mal zwölf Augenärzte zu einem wissenschaftlich-kollegialen Treffen über neueste Erkenntnisse der Augenheilkunde, woraus sich 1863 die „Ophthalmologische Gesellschaft“ – die heutige Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft (DOG) – entwickelte, die erste Fachgesellschaft ihrer Art weltweit. Er war auch Mitgründer und erster Vorsitzender der Berliner Medizinischen Gesellschaft.

Von Graefe heiratete am 7. Juni 1862 in der Sakrower Heilandskirche die dänische Adlige Anna Gräfin Knuth, die er als 18-jährige Patientin in seiner Klinik kennengelernt hatte. Das Paar hatte fünf Kinder, zwei von ihnen starben bereits kurz nach der Geburt.

Sein Ruf als Arzt und als Menschenfreund, der jeder Patientin und jedem Patienten jedes sozialen Standes freundlich und wertschätzend begegnete, der in der

dritten Etage seiner Augenklinik kostenfrei arme Kranke behandelte und der auch nach Mitternacht noch Visite bei den Frischoperierten machte, verbreitete sich rasch. Im Bericht des staatlichen Gesundheits-Inspektors von 1853 heißt es nach einer Visitation seiner Klinik: „Neben der augenärztlichen Geschicklichkeit des Dr. von Graefe ... verdient aber auch die außerordentliche Uneigennützigkeit, mit welcher er für das Wohl armer Kranker Mühe und Kosten nicht scheut, die größte Anerkennung.“

Woher kamen seine ausgeprägte Menschenliebe, sein Sinn für lebenslange Freundschaften, verbunden mit einem enormen Arbeitseifer und dem Pflichtgefühl, sein Leben für die wissenschaftliche Augenheilkunde und die Heilung zigtausender Augenkranker einzusetzen? Sicherlich stimmt es, dass er viele Patientinnen und Patienten benötigte, um deren Krankheitsbilder zu studieren, um zu wissenschaftlich auswertbaren Zahlen zu gelangen – der Ausgangspunkt für eine evidenzbasierte Medizin. Aber dies erklärt nicht alles. Der Sozialist Ferdinand Lassalle, der einmal in einem Berliner Salon auf von Graefe traf, rief in die ganze Gesellschaft: „Graefe! Sie sind kein Mensch! Sie sind ein Heiliger und mit Heiligen streite ich nicht!“ Julius Hirschberg, ein Schüler von Graefes, vermerkt in seiner Biografie: „Die Atmosphäre der Augenklinik war Menschenfreundlichkeit und Liebe“ und er nennt ihn „Apostel der leidenden Menschheit“. Vielleicht findet man für die Quelle seiner großen Menschlichkeit eine Erklärung, wenn man auf dem Doppelgrab des Jerusalemer Friedhofs II am Halleschen Tor die Worte liest: „Hier ruhen vereint in Gott“ und auf der Rückseite die Verse aus der Bibel: „Die Liebe ist stark wie der Tod“ (Hohelied 8, 6) und „Es ist das Licht süße und den Augen lieblich die Sonne zu sehen.“ (Prediger 11, 7).

Noch heute erinnert ein zuletzt 2005 grundlegend restauriertes, sehr schön gestaltetes Denkmal nahe dem Campus Charité Mitte an Albrecht von Graefe, einen großen Sohn Berlins.

Dr. Wolfgang Hanuschik  
Facharzt für Augenheilkunde

*Für weitere biografische Daten sei auf die gerade von Jens Martin Rohrbach herausgegebene Biografie verwiesen:*

**Zum 150. Todestag: Albrecht von Graefe. Das Gewissen der Augenheilkunde in Deutschland**



Augenklinik in der Karlstraße 46 mit Unterbaumbrücke und Schiffbauerdamm, Quelle: Berliner Medizinhistorisches Museum der Charité

# BERLINER ÄRZTE

7/2020 57. 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:** Michaela Thiele (v.i.S.d.P.)  
Niels Löchel  
Iris Hilgemeier  
Laura Flörke  
**Redaktionsbeirat:**  
Dr. med. Regine Held  
Dr. med. Susanne von der Heydt  
Michael Janßen  
Dr. med. Klaus-Peter Spies  
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: RM Sehstern unter Verwendung  
von AdobeStock -c- sljubisa

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 2020, gültig ab 01.01.2020.*

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 € 95,50 inkl. Versandkosten, Patenschaftsabo Berlin-Brandenburg € 65,00 inkl. Versandkosten, im Ausland € 95,50 (zzgl. Versandkosten). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 7,10 zzgl. € 2,50 Versandkosten.

ISSN: 0939-5784, Copyright © by Quintessenz Verlags-GmbH, 2020