

Chefärzte am Haken der Ökonomie



Foto: Thomas Käse

Dr. med. Günther Jonitz

Präsident der Ärztekammer Berlin

Chefarzt-sein war in früheren Jahren so etwas wie die Krönung des Arztberufs. Man hatte die Verantwortung für eine Gruppe von Ärztinnen und Ärzten und potenzierte so seinen ärztlichen Einfluss. Für den Krankenhaus-träger und den Patienten stellt der Chefarzt/die Chefarztin quasi die Garantie für eine hochwertige ärztliche Versorgung dar. Chefärzte sind Ansprechpartner bei schwierigen Entscheidungen und bei Konflikten. Sie bestimmen, wann was gemacht wird. Ihre Rolle wird bis heute u. a. dadurch charakterisiert, dass die nachgeordneten Arbeiten, etwa der Stationsdienst von „Assistenz“-ärztinnen und -ärzten gemacht werden.

Um der besonderen Verantwortung gerecht zu werden, gewährte der Krankenhaus-träger dem Chefarzt Privilegien. Neben der Weisungsbefugnis bewertet dieser auch die fachliche Eignung von Stellenbewerbern und bestimmt damit über seine Mannschaft. Das Recht der Privatliquidation, das im alten Westen einen wesentlichen Beitrag zum Gesamteinkommen darstellte, sorgte für eine „leistungsgerechte Vergütung“. Unterworfen war und ist der Chefarzt wie jeder Arzt seinem Gewissen, der ärztlichen Berufsethik und der Menschlich-

keit. Der Chefarzt war frei, einflussreich und hatte in der Regel eine lebenslange Perspektive im Krankenhaus. Und jetzt?

Dieses Heft befasst sich mit den neuen Chefarzt-Verträgen. Diese sehen vor, dass eine für die Patienten und die Ärzteschaft zentrale Berufsgruppe eine neue Orientierung bekommt. Neue Chefärzte sollen für die Geschicke ihrer Klinik nun auch ökonomisch zur Verantwortung gezogen werden. Der Ausverkauf unseres Berufsstandes hat somit nach langem Vorlauf bei nachgeordneten Krankenhausärztinnen und -ärzten jetzt die Chefarztebene erreicht.

Damit ändert sich die Rolle des Chefarztes vom einflussreichen Sachwalter medizinischer zum mindestens partiellen Sachwalter finanzieller Interessen. Die Ökonomisierung unseres Berufes geht weiter. Risiken und Nebenwirkungen sind garantiert. Schon jetzt wird kolportiert, dass der Leiter einer medizinischen Einrichtung wenigstens die Anzahl an Fallpauschalen erbringen möge, die der Geschäftsführer mit den Krankenkassen vereinbart hat. Aufforderung zur Körperverletzung im Auftrag des Budgets?

Der Weg aus der rigiden Ökonomisierung ist schwer, birgt aber auch Chancen und wird für den leitenden Arzt spannend. Die Rolle der medizinischen Führung wird durch externe Vorgaben beeinflusst und im besten Falle transparent. Dazu gehören evidenzbasierte

Leitlinien ebenso wie klinikinterne Patientenpfade oder DMPs. Die Aufgabe als Führungskraft wird künftig stärker berücksichtigt. Probleme werden dann nicht mehr durch Auswechseln des kritikführenden Arztes sondern mit Instrumenten gelöst, die in der freien Wirtschaft seit Jahren selbstverständlich sind. Soziale Kompetenz wird überlebenswichtig. Der Konflikt zwischen einer hochwertigen und humanen Versorgung einerseits und ökonomischen Vorgaben andererseits wird durch Darlegung guter Qualität und notfalls durch direkte Einbeziehung der Leitungsebene gelöst.

Und Verbündete zu haben ist in schwierigen Zeiten immer gut. Dies beginnt in der eigenen Abteilung – die Zeit der „last action heroes“ ist vorbei – und endet nicht bei Ihrer Ärztekammer. Wir möchten nämlich, dass alle Ärztinnen und Ärzte in Ruhe ihre Arbeit machen dürfen – weitgehend frei von fehlsteuernden Elementen.

Ihr



EDITORIAL

Chefärzte am Haken der Ökonomie.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*.....6

Mitteilungen aus dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte.....9

Leserbriefe.....11

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

Große Mehrheit für die neue Weiterbildungsordnung
Bericht von der Delegiertenversammlung am 18. Februar 2004
Von *Sybille Golkowski*19

Zwei Kommentare zur neuen WBO
Von *Hans-Georg Fritz* und *Ulrich Piltz*.....22

Ausschreibung des Berliner Gesundheitspreises 2004
„Hausarztmedizin der Zukunft“28

Verantwortung über die Medizin hinaus
Ein Portrait des amerikanischen Kardiologen Bernhard Lown. Der

TITELTHEMA

Die neuen Chefarztverträge - Anforderungen wie in der Industrie?

Der ökonomische Druck auf die Kliniken wächst. Eine Entwicklung, die den Aufgabenzuschnitt auch von Chefärzten dramatisch verändert hat. Seit 1996 sind Vertragsmuster „auf dem Markt“, die Einkommensbestandteile der Chefärzte an die ökonomische Situation der Abteilung koppeln. BERLINER ÄRZTE sprach mit Juristen und Ärzten über die Konsequenzen.

Von *Ulrike Walter*14

Initiator und Mitbegründer der IPPNW ist prominenter Gast des IPPNW-Kongresses in der Urania.
Von *Rosemarie Stein*30

Programmübersicht des Europäischen IPPNW-Kongresses
vom 7. bis 9. Mai 2004 in der Urania.....31

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen10

Veranstaltungen der Ärztekammer Berlin
auf dem Deutschen Ärztekongress am 3. bis 5. Mai 2004.....25

Impressum38

Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

DRK-Kliniken Berlin Köpenick PD Dr. med. Hartmut Kern ist seit März 2004 neuer Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Er war zuvor leitender Oberarzt in der Anästhesie/Intensivmedizin an der Charité Campus Mitte. Hartmut Kern löst in der neuen Funktion Dr. med. Rainer Pischa ab, der in den Ruhestand gegangen ist.

Schlosspark-Klinik Neuer Geschäftsführer der Schlosspark-Klinik und der Parkklinik Weißensee ist seit Jahresbeginn der Diplom-Kaufmann Mario Krabbe (43). Er übernahm die Aufgaben des im Dezember verstorbenen Prof. Dr. Joachim Baumgarten. Krabbe arbeitete zuvor als Kaufmännischer Leiter des Klinikverbundes Ev. Stiftung Alsterdorf in Hamburg. Zuvor war er als Leiter des Finanz- und Rechnungswesens am Martin-Luther-Krankenhaus tätig.

VIVANTES Humboldt-Klinikum/ Klinikum Hellersdorf

Die Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie im Humboldt-Klinikum und im Klinikum Hellersdorf haben einen neuen Chef. Seit 1. April ist Dr. med. Oliver Bilke Klinikdirektor für beide Standorte. Seine Vorgängerin in Hellersdorf, Dr. med. Hannelore Hübler, ist in den Ruhestand gegangen. Oliver Bilke war zuvor als Leitender Arzt an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Littenheid/Schweiz tätig.

Jüdisches Krankenhaus Prof. Dr. med. Stephan Duda ist neuer Chef der radiologischen Abteilung. Er war zuvor als Leitender Oberarzt der Radiologie an der Universitätsklinik Tübingen tätig. Sein Vorgänger am Jüdischen Krankenhaus, Dr. med. Klaus Kölling, ist in den Ruhestand gegangen.

Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Chefarztpositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause.
Tel. 40 80 6-1600/-1601, Fax: -1699.
E-Mail: e.piotter@aekb.de oder s.golkowski@aekb.de



Schwarzes Brett

Auf der Homepage der Ärztekammer Berlin (www.aerztekammer-berlin.de) gibt es jetzt ein Schwarzes Brett. Dort können Sie künftig unkompliziert Suchmeldungen, Tipps und Hinweise, aber auch offene Fragen und Kommentare loswerden und mit Kollegen in Kontakt treten. Wir verstehen unser Schwarzes Brett als virtuelle Pinnwand, mit der ein schneller Austausch unter Kollegen ermöglicht werden soll.

Was fehlt Ihnen noch im Internet?

Tag für Tag arbeiten wir daran, die Homepage der Ärztekammer Berlin aktuell und informativ zu halten. Unsere Nutzer geben uns Recht: allein im letzten Jahr gab es eine Steigerung der Zugriffe auf die Berliner Ärztekammer-Page um 60 %. Dennoch kann man immer noch besser werden. Deshalb wollen wir von Ihnen wissen: Vermissen Sie etwas auf unseren Internet-Seiten?

Wünschen Sie sich besondere Informationen, die wir noch nicht vorhalten? Haben Sie Tipps und Hinweise für uns? Dann kontaktieren Sie doch einfach mal unsere Internet-Redaktion. Die Internet-Redakteure Dörte Bünning und Juan-Andrés Bernhardt erreichen Sie unter:

Tel. 40 80 6-1602
d.buenning@aekb.de

Tel. 40 80 6-1603
j.bernhardt@aekb.de

DGMP

Vorstand bestätigt

Dr. med. Bernhard Palmowski wurde erneut Vorsitzender des Berlin/Brandenburgischen Landesverbandes der DGPM (Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psycho-

therapie e.V.). Auch die anderen Vorstandsmitglieder wurden im Amt bestätigt:

Dr. med. Erica Mahr (Stellv. Vorsitzende), Dr. med. Dietrich Bodenstein, Dr. med. Horst Kallfass und Prof. Dr. med. Werner König.

IPPNW-Konzert

Zum 18. Jahrestag der Reaktor-katastrophe von Tschernobyl veranstalten die IPPNW ein Benefizkonzert für Tschernobylkinder. Es findet im Zusammenhang mit dem großen IPPNW-Kongress statt am: **Samstag, 8. Mai 2004, 20 Uhr im Kammermusiksaal der Philharmonie**

Es spielt die Deutsche Kammerphilharmonie Bremen
Dirigent: Gérard Korsten, Violine: Viktoria Mullova

I. Strawinsky

Danses concertantes für Kammerorchester

S. Prokofjew

Violinenkonzert Nr. 2 in g-moll op. 63

W.A. Mozart

Jupiter-Sinfonie KV 551

Karten zu Preis von 10 € und 20 € über Citytic Tel. 0180/248 98 42 oder 030/ 802 75 27, Internetverkauf: www.citytic.de. Weitere Informationen zum Konzert unter www.ippnw-concerts.de.

Neuer Standort



Foto: Archiv

Dr. Ch. Pross

Das Behandlungszentrum für Folteropfer...

...in Berlin ist das einzige in Deutschland. Es besteht seit 1992 und musste jetzt wegen umfassender Renovierungen der DRK-Kliniken von Westend nach Moabit umziehen. Rosemarie Stein sprach mit Dr. med. Christian Pross, Initiator, langjähriger Leiter und jetzt Vorstandsmitglied des Zentrums:

Herr Dr. Pross, gerade haben Sie den Umzug bewältigt und sitzen nun auf dem Gelände des früheren Krankenhauses Moabit. Ist denn auch hier die Mietfreiheit für das Folteropfer-Zentrum weiterhin gesichert?

Ja, mit Zustimmung des Finanzsenators und der Gesundheitsministerin hat man uns offiziell Mietfreiheit zugestanden, abgesehen von den Betriebskosten.

Wieviele Patienten behandelt das Zentrum und woher kommen sie hauptsächlich?

Es sind um die 450 jährlich. Die größte Gruppe sind Kurden aus der Türkei, gefolgt von Kriegsflüchtlingen aus Syrien und dem Iran. Auch 18 traumatisierte Opfer des DDR-Regimes verzeichnet die letzte verfügbare Statistik noch.

Wieviele Mitarbeiter hat das Zentrum?

Zur Zeit 23, davon sind vier Ärzte, zwei haben volle und zwei halbe Stellen.

Wieweit können Sie den von der Folter fürs Leben Gezeichneten eigentlich helfen?

Man versucht zunächst ihr Vertrauen zu gewinnen und sie etwas zu stabilisieren, auch durch spezielle Hilfen. Erst dann kann man mit Aussicht auf Erfolg beginnen, am psychischen Trauma zu arbeiten; durchaus mit guten Ergebnissen, wie auch eine Studie zeigt.

Muss sich das Zentrum seine Mittel noch immer zusammenbetteln?

Mehr denn je! Die öffentliche Förderung trägt nur noch 55 Prozent des Gesamtbudgets, der Rest muss über dringend benötigte Spenden hereinkommen.

Herr Dr. Pross, wir danken für dieses Gespräch.

Spendenkonto: Behandlungszentrum für Folteropfer,
Deutsche Apotheker- und Ärztekbank,
Konto-Nr. 020 307 42 34, BLZ 100 905 03.

Hartmannbund

Podiumsdiskussion



Eine Podiumsdiskussion zum Thema „Chancen und Risiken der Kostenerstattung - Gesundheitsreform in der Praxis“ veranstaltet der Hartmannbund auf dem Deutschen Ärztekongress:

**Mittwoch, 5. Mai 2004 ab 10.30 Uhr
im Berliner Congress Center am Alexanderplatz 3**

Unter der Moderation des Ärztezeitungs-Kolumnisten Dr. Bernd B. Alles diskutieren: Dr. Andreas Köhler (Neuer Hauptgeschäftsführer der KBV), Dr. Hans-Jürgen Thomas (Vorsitzender des Hartmannbundes), Dieter Hebel (Vorstandsvorsitzender der Gmünder Ersatzkasse und Gernot Schlösser (Vorstandsvorsitzender der AXA-Krankenversicherung).

Hinweis der Ärzteversorgung

Widersprüche bitte an die Krankenkasse!

Nach wie vor gehen bei der Berliner Ärzteversorgung Briefe ein, die sich, oft als Widerspruch verfasst, mit dem erhöhten Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung seit dem 1.1.2004 auseinandersetzen. Dabei werden auch das Versorgungswerk, dessen Verwaltungsausschuss oder die Standesorganisationen der Ärzteschaft im Allgemeinen kritisiert.

Es soll hier noch einmal festgehalten werden: Der erhöhte Beitrag ergibt sich aus einem Bundesgesetz,

das keineswegs die Zustimmung der Standesorganisationen hatte. Im Gegenteil, die Dachorganisation der berufsständischen Versorgungswerke hat im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens alles versucht, die Verdoppelung des Krankenversicherungsbeitrags zu verhindern.

Nun aber muss das neue Gesetz von der Berliner Ärzteversorgung vollzogen werden, vergleichbar einem Arbeitgeber, der eine erhöhte Lohnsteuer auch ans Finanz-

amt abführen muss, wie viel auch immer der Arbeitnehmer schimpfen mag. Noch einmal ist darauf hinzuweisen, dass ein Widerspruch an die individuelle gesetzliche Krankenkasse zu richten ist.

Die Sozialverbände und die Krankenkassen haben sich aber inzwischen aufgrund der Vielzahl von Widersprüchen auf die Durchführung von Musterverfahren vor den Gerichten verständigt. Es werden insgesamt sieben Fallgruppen unterschieden, dazu gehört auch die Zusatzrente bei Selbstständigen aus Versorgungseinrich-

tungen, wie zum Beispiel der Berliner Ärzteversorgung. Der Verwaltungsausschuss der Ärzteversorgung empfiehlt daher, einen Widerspruch an die individuell zuständige Krankenkasse zu richten. Darin sollte die Kasse um eine Bestätigung gebeten werden, dass je nach Ausgang des entsprechenden Musterverfahrens auch der widersprochene erhöhte Beitrag später gegebenenfalls korrigiert wird.

Dr. med. Elmar Wille,
Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der Berliner Ärzteversorgung

Assistenzberufe

„Kenntnisse im Strahlenschutz“ müssen von der Kammer bescheinigt sein

Arzthelferinnen und Angehörige anderer medizinischer Assistenzberufe, die ihre „Kenntnisse im Strahlenschutz“ vor dem 1. Juli 2002 erworben haben und hierüber als Beleg lediglich ihren Kursnachweis, jedoch keine Bescheinigung der Ärztekammer Berlin vorweisen können, müssen diese noch bis zum 1. Juli 2004 von der Ärztekammer Berlin einholen. Hierzu müssen sie den Nachweis über den Besuch des entsprechenden Strahlenschutzkurses (120-Stunden-Kurs) einreichen.

Ansprechpartnerinnen: Ärztekammer Berlin, Referat Weiterbildung, Frau Litzke und Frau Lazarova, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin Tel. 40 80 6-1105, -1103. Die Ärztekammer Berlin erinnert noch einmal daran, dass auch die „Kenntnisse im Strahlenschutz“ für Arzthelferinnen und Angehörige anderer medizinischer Assistenzberufe künftig alle 5 Jahre durch einen Kurs aktualisiert werden müssen (wir berichteten in BERLINER ÄRZTE 2/2003). Erstmals ist dies zu folgendem Termin erforderlich:

NACH DER RÖNTGENVERORDNUNG:

Erwerb der Kenntnisse	Aktualisierung bis
Vor 1973	1.7.2004
1973-1987	1.7.2005
Nach 1987	1.7.2007

NACH DER STRAHLENSCHUTZVERORDNUNG:

Erwerb der Kenntnisse	Aktualisierung bis
Vor 1976	1.8.2003
1976 - 1989	1.8.2004
Nach 1989	1.8.2006

Wichtig: Stichtag für die Aktualisierung ist der letzte Unterrichtstag des 120 Stunden-Kurses, mit dem die Kenntnisse erworben wurden.

Arbeitskreis

Der Arbeitskreis „Junge Ärzte“

Der Arbeitskreis „Junge Ärzte“ in der Ärztekammer Berlin lädt Kolleginnen und Kollegen im AiP und in der Facharztweiterbildung herzlich zur Mitarbeit ein.

Die Gruppe möchte eine häuserübergreifende Vernetzung junger Kollegen erreichen und aktiv zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Ärzte in AiP und Facharztweiterbildung beitragen. Die jungen Ärzte

treffen sich jeweils am 2. Dienstagabend des Monats in der Ärztekammer Berlin. Die nächsten Termine sind:

- Dienstag, 13. April 2004, 19.30 bis 22.00 Uhr*
- Dienstag, 11. Mai 2004, 19.30 bis 22 Uhr*
- Dienstag, 8. Juni 2004, 19.30 bis 22 Uhr*

in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin. Raum: Anzeig im Foyer.

Ärztinnenverband

Altersabsicherung

Der Ärztinnenbund Berlin/Brandenburg lädt zu einem offenen Stammtisch mit Round-Table-Gespräch ein. Zu Gast ist diesmal Dr. med. Sabine Krebs, Mitglied des Aufsichtsausschusses der Berliner Ärzteversorgung. Sie referiert zum Thema „Finanzielle Absicherung und weitere Berufsplanung“.

Ort: INTERMEZZO, Hotel für Frauen Gertrud-Kolmar-Str. 5 (vormals: An der Kolonnade 14), 10117 Berlin-Mitte (Nähe U-Bhf. „Potsdamer Platz“/„Mohrenstraße“)

Über die Termine und die Arbeit des Ärztinnenbundes Berlin/ Brandenburg können Sie sich auch über dessen Homepage informieren: www.aerztinnenbund-bb.de

oder direkt mit der Vorsitzenden, Susanne Schroeder, Kontakt aufnehmen: schroeder@aerztinnenbund.de

Neueste Ergebnisse des Substitutionsregisters

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Bundesopiumstelle) führt für die Länder das Substitutionsregister. Es hat die Aufgabe, Mehrfachverschreibungen von Substitutionsmitteln an opiatabhängige Patienten zu verhindern. Zudem werden hier die Mindestanforderungen an eine suchtttherapeutische Qualifikation der Ärzte überprüft und statistische Auswertungen an die zuständigen Landesgesundheitsbehörden übermittelt.

Seit dem 1. Juli 2002 hat jeder Arzt, der Substitutionsmittel für einen opiatabhängigen Patienten verschreibt, der Bundesopiumstelle unverzüglich die rechtlich vorgeschriebenen Angaben (insbesondere Patientencode, Substitutionsmittel, Beginn und Ende der Behandlung, ggf. Konsiliarius) zu melden. Die Meldepflicht besteht unabhängig vom Kostenträger der Behandlung. Ferner melden die Ärztekammern in regelmäßigem Turnus die Ärzte, die die Mindestanforderungen an eine suchtttherapeutische Qualifikation erfüllen, an das Substitutionsregister.

Das Substitutionsregister hat sich in der kurzen Zeit seines Bestehens bereits gut bewährt und leistet einen wichtigen Beitrag im Hinblick auf die Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs.

Bis Ende 2003 wurden circa 113.000 Behandlungen im Substitutionsregister erfasst, von denen gegenwärtig noch circa 56.000 laufen. Somit wurden rund 50 Prozent der Behand-

lungen innerhalb der ersten anderthalb Jahre der bestehenden Meldepflicht bereits wieder beendet oder vorübergehend unterbrochen. Oftmals werden dieselben Patienten innerhalb weniger Monate jeweils durch denselben Arzt oder auch durch verschiedene Ärzte mehrfach an- und wieder abgemeldet, was die starke Fluktuation der Patienten widerspiegelt.



Die Anzahl der meldenden substituierenden Ärzte liegt mit 2400 deutlich niedriger als die Anzahl der seitens der Ärztekammern gemeldeten suchtt-

therapeutisch qualifizierten Ärzte (8000). Circa 200 gemeldete Konsiliarien unterstützen Ärzte ohne suchtttherapeutische Qualifikation. Mit Abstand am häufigsten gemeldetes Substitutionsmittel ist mit einem Anteil von 70 Prozent Methadon. Es folgen Levomethadon (16,1 Prozent) und Buprenorphin (12,3 Prozent). Nur 1,4 bzw. 0,2 Prozent beträgt der gemeldete Anteil

gen aufgedeckt werden (Stand 12/2003). Ein Teil der Mehrfachmeldungen stellte sich als zufällig identische Codes verschiedener Patienten heraus. Allerdings war der weitaus größte Teil durch versäumte Abmeldungen und andere Meldefehler (u.a. falsch zusammengesetzte Patientencodes) der Ärzte verursacht.

Die Landesgesundheitsbehörden erhalten durch das Substitutionsregister in regelmäßigem Turnus statistische Auswertungen. In diesem Zusammenhang werden u.a. auch Daten über Ärzte weitergeleitet, die ohne Konsiliarius Substitutionsmittel verschrieben haben und/oder als Konsiliarien gemeldet wurden, jedoch nicht die Mindestanforderungen an eine suchtttherapeutische Qualifikation erfüllen. Hauptsächlich durch zwischenzeitlichen Erwerb der suchtttherapeutischen Qualifikation oder nachträgliche Einschaltung eines Konsiliarius hat sich die Anzahl der diesbezüglich betroffenen Ärzte kontinuierlich reduziert.

Mit den Daten des Substitutionsregisters konnte die Arbeit der zuständigen Landesgesundheits- und Ermittlungsbehörden vielfach unterstützt werden.

Das Meldeformular sowie Informationen zur Durchführung des Meldeverfahrens können über die Homepage des Bundesinstituts unter www.bfarm.de abgerufen werden.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
– Bundesopiumstelle –

Arzneiformen

Teilbarkeit/ Zermörserbarkeit

Sowohl das Teilen von festen Arzneiformen (für eine individuell besser angepasste Dosis) als auch das Zermörsern (bei liegenden Magen- oder PEG-Sonden) kann medizinisch sinnvoll sein, ist jedoch nicht in allen Fällen möglich. Keinesfalls sollten nach Auffassung eines Autors folgende Arzneiformen geteilt werden: Manteltabletten, Retardfilmtabletten, Weich-, Hartgelatinekapselformen, Dragees. Nach Ansicht eines Schweizer Pharmakologen können zum Beispiel Retardtabletten mit so genannten „Mikropellets“ geteilt werden. Beim Zermörsern oder Pulverisieren muss zusätzlich noch darauf geachtet werden, ob galenische (z.B. Quellungs-effekte) oder pharmakokinetische Eigenschaften (z.B. zu

schnelle Freisetzung) gegen eine Applikation über eine Sonde sprechen. Meist werden diese anwendungsrelevanten Daten nicht in den Fachinformationen der jeweiligen Präparate aufgeführt. Im Rahmen eines Vortrages auf dem 28. Interdisziplinären Forum der Bundesärztekammer wurde eine im Internet verfügbare Quelle genannt, über die spezielle Informationen zur Zermörserbarkeit abrufbar sind (www.pharmatrix.info/sonde). Auch die Bundesapothekerkammer hat entsprechende Empfehlungen zur Versorgung von Heimbewohnern publiziert.

Quellen: Pharm. Ztg. 2004; 149: 122; Praktische Hilfsmittel zur Gestaltung einer individualisierten Arzneimitteltherapie, Vortrag auf dem 28. Interdisziplinären Forum der BÄK am 10.01.2004; pharmakritik 2001; 23: 52

Dextromethorphan

Missbrauch

Die Arzneimittelkommission der Apotheker weist auf ein Missbrauchspotenzial von frei verkäuflichen Hustenmitteln hin, die Dextromethorphan enthalten (z.B. Arpha® Hustensirup, Hustenstiller ratiopharm® Kap-

seln, tuss Hustenstiller Kapseln/Saft, Wick Formel 44 Hustenstillersirup). Insbesondere Jugendliche nehmen 300 bis 1000 mg dieses Arzneistoffes ein (maximale Tagesdosis für Erwachsene 130 mg), um rauschähnliche Zustände zu erzeugen.

Quelle: Pharm. Ztg. 2004; 149: 121

Anmerkung: Eine dosierte Abgabe dieser Präparate ist wohl überwiegend ein Problem der Apotheker. Da jedoch immer mehr Arzneistoffe aus der Rezeptpflicht entlassen werden (neuestes Beispiel: Diclofenac-Tabletten 12,5 mg), ist eine sorgfältige Arzneimittelanamnese frei verkäuflicher Arzneimittel für den verordnenden Arzt von zunehmender Bedeutung.

Thalidomid

Verordnungsmöglichkeit

Der Arzneistoff Thalidomid hat unter dem Handelsnamen Contergan® eine traurige Berühmtheit erlangt. Aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse scheint die Anwendung von Thalidomid bei multiplem Myelom und bei Erythema nodosum leprosum erfolgversprechend zu sein. Nach Angabe des Herstellers besitzt Thalidomid in beiden Indikationen eine Zulassung in Australien, so dass nach § 73 des Arzneimittelgesetzes eine Einzeleinfuhr nach Deutschland möglich ist. Über eine europäische Zulassung bei der EMEA ist noch nicht ent-

schieden, so dass jede Verordnung von Thalidomid derzeit noch in der persönlichen Verantwortung des Arztes liegt. Von deutschen Überwachungsbehörden wurden in Zusammenarbeit mit Fachorganisationen umfangreiche Auflagen (z.B. Registrierung des verordnenden Arztes, der abgebenden Apotheke und des Patienten) publiziert, unter welchen Bedingungen ein Heilversuch mit Thalidomid zulässig ist. Die AkdÄ hat den Text dieser Bekanntmachung im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht.

Quellen: Pharm. Ztg. 2004; 149: 120; Lancet 2004; 363: 169; Dt. Ärztebl. 2004; 101(3): C 114

Anmerkung: Auch in anderen Indikationsgebieten (z.B. Nierenkarzinom) wird der Einsatz von Thalidomid erforscht. Das Auftreten peripherer Neuropathien und der nicht vollständig ausgeräumte Verdacht einer mutagenen Wirkung (einzelne Missbildungen bei Kindern von inzwischen erwachsenen so genannten „Contergan-Babies“ wurden bekannt) erfordert einen sehr zurückhaltenden Einsatz dieses Arzneistoffes auch bei „austherapierten“ Patienten.

Arzneimittel

Falsche Werbeaussagen

In einer Analyse von 287 Anzeigen in 6 klinischen Zeitschriften aus Spanien kommen die Autoren zu folgenden Ergebnissen bei 38 Anzeigen mit 125 Aussagen mit Hinweis auf wissenschaftliche Referenzen. Davon

- konnten 23 überhaupt nicht aufgefunden werden,
- stimmten 45 Referenzen nicht mit den Aussagen in den Anzeigen überein,
- bezogen sich 39 Aussagen auf Patienten, die in der

Studie nicht untersucht oder ausgeschlossen waren, – übertrieben 10 Aussagen die Ergebnisse der Studie, – enthielten 9 Aussagen unbegründete Behauptungen, – waren in 6 Aussagen die Referenzen irrelevant für die Werbebotschaft.

Nach einer neuen Studie soll in Deutschland in mehr als 70 % der Werbesprosperkte mindestens eine nicht überprüfbare medizinische Aussage enthalten sein.

Quellen: Lancet 2003; 361: 27 zitiert in Prescrire internat. 2003; 12 (68): 232

Anmerkung: Um der Werbung einen Hauch wissenschaftlicher Seriosität zu geben, scheinen beim Zitieren von Studientiteln Werbemanager das letzte Wort zu haben. Diese spanischen Ergebnisse könnten auch auf Deutschland übertragbar sein.

Arzt oder Kaufmann?, Editorial
BERLINER ÄRZTE 3/2004

Nur von Luft und Liebe leben?

Was lehrt uns dieser Kommentar wieder einmal? Wenn überhaupt, dann etwas über die Bestätigung der klassischen Konflikte der Ärzteschaft, die keine sein müssten, würde man die Augen nicht vor der Wirklichkeit verschließen. Löblich ist die Klarstellung, dass eine IGel-Zertifizierung nicht kommen wird. Ich habe auch nie daran geglaubt, da so etwas mit der vertragsärztlichen Versorgung nichts zu tun hat und demzufolge auch kaum Chancen gehabt hätte, durchzukommen, ganz abgesehen davon, dass die auch nicht erforderlich wäre, wenn, wovon ich ausgehe, jeder niedergelassene Arzt lege artis vorgeht.

Zumindest blauäugig sind allerdings die anderen Aussagen. Es ist systembedingt, dass nicht jeder Patient ausreichend (geschweige denn optimal) behandelt werden kann, jedenfalls nicht auf Kassenleistung. Ob und in welchem Umfang und zu welchen Kosten weiterführende Leistungen in Anspruch zu nehmen sind, unterliegt derselben Vielfalt, die jeder nach seinen Möglichkeiten in Anspruch nehmen kann oder will. Daran ist nichts Schlechtes. Auch empfindet es niemand unnatürlich, wenn ein Ticket in der Business Class ein Mehrfaches eines Economy Tickets kostet, auch wenn dort die Gefahr, etwa eine Thrombose zu erleiden, größer ist.

Meine Eltern waren zum Beispiel beide Angestellte, pflichtversichert, trotzdem hatten sie für die Familie eine private Vollversicherung abgeschlossen. Ist sicherlich selten, aber ihre Sache.

Ob IGel oder nicht, der Arzt ist per Gesetz bereits Unternehmer, hier irrt Herr Kollege Hoffert fundamental und die Praxis ist zu 100 % ein Wirtschaftsbetrieb, auch per Gesetz und per Definition. Wem es nicht gelingt, und es gelingt offenbar immer weniger, dies zu erkennen bzw. wem es nicht gelingt oder auch nicht gefällt, in einem Wirtschaftsbetrieb (es gibt ja noch viele andere, in denen Ärzte tätig sind) ärztlich tätig zu sein bzw. als niedergelassener Arzt seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen, der sollte lieber in eine rein abhängige Beschäftigung gehen.

Gewinnstreben darf nicht sein. Am liebsten soll alles umsonst gemacht werden und der Arzt von Luft und Liebe der Patienten leben. Davon zahlt sich trefflich Miete. Der niedergelassene Arzt hat das Pech, wie jeder Selbstständige Gewinn machen zu müssen. Oder ist Kollege Hoffert schon einmal von Verlusten satt geworden? Ärzte sind Dienstleister im wahren Sinn des Wortes. Das Niveau, das die Patienten zu Recht zu erwarten hätten, dieses Recht hat es noch nie gegeben, ist nur eine Frage der Versicherungs konstruktion, also des Systems. Die Höhe des Beitrages ist in Beziehung zur Leistung zu setzen. Dass allen alles (!!!) gleichermaßen zugänglich wäre, hat es noch nie gegeben und wird es nie geben. Jeder muss (!) Business Class reisen. Es ist keineswegs unärztlich darauf zu verweisen, was das System hergibt. Es gibt nämlich keinen angeborenen Anspruch – in keiner Gesellschaft. Alles was in Anspruch genommen wird, muss vorher erwirtschaftet werden. Und wer vorwiegend Nutznießer ist, zum Beispiel nichts oder wenig bezahlt und viel in Anspruch nimmt, wie gesagt, allen alles (!), der sollte bedenken, das müssen andere für diese erst einmal erwirtschaften.

Die Berufsordnung verlangt, dass den Kassenpatienten diejenige Leistung zuteil wird, die durch das Vertragsarzt recht definiert ist. Selbstverständlich kann ein Patient, der andere Leistungen abfordert, diese erhalten, wenn er sie denn bezahlt. Jüngst in einem höchstrichterlichen Urteil festgestellt. Ein zusätzlicher Drink in der Business Class lässt die Passagiere in der Economy nicht verdursten.

Eine medizinische Versorgung unabhängig vom Einkommen kann es nicht, hat es noch nie gegeben und wird es auch nie geben. Von wessen Einkommen soll diese denn bezahlt werden? Nicht bedacht wird, dass es viel mehr Menschen als vielleicht vermutet wird gibt, die überhaupt nicht versichert sind. Es gibt sogar viele, die kein oder wenig Einkommen haben, sich tatsächlich keine Versicherung leisten können. Dazu gehören etliche Selbstständige, sogar niedergelassene Ärzte. Es gibt auch Menschen, die nicht in die Praxis kommen, weil sie keine 10 Euro haben, andere wiederum kommen gerade deswegen und scheren sich einen Dreck darum. Ich bin durchaus kein unbedingter IGeL-Freund, aber den Arzt als Beutelschneider zu bezeichnen ist schon ein starkes Stück. Ein solches Verhalten hätte mit Arztsein ebenso wenig zu tun wie mit Anstand oder korrektem Verhalten in jedem anderen Beruf.

Es ist ebenso bezeichnend, wie charakteristisch und wie bedauerlich es ist, wie tief die Risse in der Ärzteschaft bezüglich ihres Selbstverständnisses, ihrer Aufgaben und ihrer Funktionen sind.

Aber das ist ja nichts Neues.

Dr. med. Michael Schäfer, 14052 Berlin

Kommerzielle Durchstechereien

Wie recht er doch hat, unser Allgemeinmedizinbeauftragter! Mag auch der jetzige Gemeinsame Ausschuss so wenig unfehlbar sein wie seine Vorgänger, mag er punktuelle Fehlentscheidungen treffen und vorübergehend die medizinische Entwicklung unter vorgeschobenen Kostenerwägungen behindern – im großen Ganzen deckt der Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung, so wie er heute für jeden zugänglich existiert, die Erfordernisse einer umfassenden Gesundheitsversorgung, -vor- und -fürsorge ab, und es sollte pseudojungchristlichen Mistfeldern nicht vergönnt sein, zu Lasten der alten davon Abstriche zu fordern. Deshalb besteht vom Grundsatz her keine Veranlassung, obskure IGeL-Listen zu kreieren und deren Anwendung in den Arztpraxen zu propagieren.

Sollten Patienten tatsächlich darauf bestehen, Leistungen zu erhalten, die im besagten Katalog nicht enthalten sind, verdienen sie es nicht besser, als dass sie abgezockt werden – dies jedoch bedarf keiner Sanktion durch die Kammer, sollte eher durch sie geächtet werden.

Wahrhaftig, den niedergelassenen Ärzten dieses Landes geht es nicht besonders. Nicht unbedingt materiell – da gibt es große Differenzen von reich bis pleite mit ganz unterschiedlichen Ursachen. Nein, schlecht geht es ihnen durch die Bank infolge Gängelung und

Bürokratie und durch das allseits gegen sie geschürte Misstrauen. Am Letztgenannten ist vieles übertrieben, vieles berechtigt, vieles noch zu milde – und die Ärzteschaft täte gut daran, die Fastenzeit zu nutzen, um mit Asche auf dem Haupt und Bußfertigkeit im Herzen sich zu fragen, wie viel davon wohl selbstverschuldet ist. Der nimmermüde Mahner in dieser Sache, Ellis Huber, wurde von der Berliner Ärzteschaft in die Wüste geschickt – Schimpf und Schande darum über sie! (Dass er sich mutmaßlich dort inzwischen behaglich eingerichtet hat, sei ihm von Herzen gegönnt...). Wohl wurde das vordem hohe Image der Ärzteschaft durch Medienkampagnen, auf die sich sämtliche Regierungen jeglicher Couleur behaglich beriefen und berufen, empfindlich ramponiert. – Ursache und Anlass hierfür sind jedoch in Qualitätsmängeln und kommerziellen Durchstechereien der Ärzte selbst zu sehen. IGeLeien sind geeignet, diesen Prozess zu befördern – die Ärzteschaft sollte sich raschestens davon distanzieren.

Ellis Huber nahm man übel, dass er nie in der Praxis war. Hier ist ein Mahner, der die Praxis von der Pike auf kennt. Er sollte das Holz abgeben, aus dem man künftige Kammerpräsidenten schnitzt.

Dr. med. Hans Herrmann, 12103 Berlin

Pseudoethisches Geschwätz

Selten habe ich mich über das Statement eines Kollegen so geärgert wie über Ihren Standpunkt „Arzt oder Kaufmann“.

1. Sie ignorieren hier grundlegend die gesetzlichen Grundlagen (§12, Abs. 1, SGB V), wonach Kassenpatienten eine Basisversorgung gewählt haben, und ihnen eben weder eine optimale, noch eine sehr gute, keine gute, nicht einmal eine befriedigende medizinische Versorgung zusteht, sondern nur eine ausreichende, d.h. eine Stufe vor mangelhaft.
2. Sie ignorieren, dass viele Kollegen inzwischen finanziell mit dem Rücken zur Wand stehen und (seriösel!) IGeL-Leistungen brauchen, weil die Einnahmen aus Kassentätigkeit inzwischen gerade eben die Kosten decken, nicht mehr.

Insgesamt empfinde ich Sie als extrem unkollegial, ein typisches Beispiel für den von mir zutiefst verabscheuten Salonsozialismus:

Sie sagen: „Der Arzt hat ein gesellschaftliches Mandat. Patienten müssen darauf vertrauen können, dass sich Ärzte nicht vom Gewinnstreben leiten lassen, sondern ihrer medizinischen Aufgabe dienen.“ Das ist Zynismus pur: Klar, wenn man ein alter Mann ist, der zu goldenen Zeiten viel Geld verdient hat und im besten Viertel von

Berlin residiert, kann man leicht so ein pseudoethisches Geschwätz von sich geben. Jeder Arzt würde sich liebend gern allein auf seine rein ärztlichen Aufgaben beschränken, ohne kaufmännisch denken zu müssen, das werden Sie doch nicht bezweifeln, oder?! Das funktioniert vermutlich in Steglitz, aber bis zu 20% der Ärzte bundesweit stehen unter Bankkuratel!!

Pfui, Herr Hoffert, Sie sollten sich vor Ihren Kollegen schämen!

Dr. med. Peter Grotmann, 40789 Monheim

Alles überflüssig!

Seine Ansicht, der Beruf ist kein Gewerbe, der Arzt nicht Unternehmer, die Praxis ist kein Wirtschaftsbetrieb, sind äußerst lobenswert. Sollte sich der niedergelassene Arzt nur „seiner medizinischen Aufgabe“ widmen, ist er im Einzugsbereich der Berliner KV komplett aufgeschmissen. Der GKV-Leistungskatalog ist natürlich „einfacher Standard“. Doch die Auslegung durch die KV mit ihrem ständig wechselnden HVM ist das Maß aller Dinge, das sollte ein Vorstandsmitglied der Ärztekammer schon wissen.

Die Aufgabe der medizinischen Versorgung unterliegt der KV, doch auch die entsprechende Vergütung. Wenn diese aber nicht kostendeckend ist, was tun? Dass sich hier die IGeL-Leistungen als Notwendigkeit anbieten, um Kassenleistungen zu subventionieren, kann den Kollegen nicht angelastet werden. Da ich in meinem Fachgebiet keine IGeL-Leistungen anbieten kann und dank der Lage der Praxis Privatpatienten eher die Ausnahme sind, durfte ich erfahren, wohin die „Vergütung“ der KV führt. Da alle Leistungen meines Fachgebietes nicht mehr kostendeckend vergütet werden, rutscht man ganz fix in die Hände der Insolvenzrichter. Was das bedeutet, kann ich Ihnen ja mal separat erklären. Und die Ärztekammer schaut tatenlos zu, wie immer mehr Kollegen die Motivation verlieren und der „Nachwuchs“ keinen „Bock“ auf diese „Vergütung“ hat.

Wenn notwendige Leistungen nicht bezahlt werden, haben alle „IGeLnden“ Kollegen mein vollstes Verständnis. Die moralische Augenwischerei unserer Standesvertreter ist hier völlig fehl am Platze. Oder stehen jetzt schon Kammervorstände unter der demagogischen „Knute“ von Ulla Schmidt. Wo bleibt denn der organisierte Widerstand gegen die Untervergütung? Mein Kammerpräsident hat mir geschrieben „die Politik wird woanders gemacht“ und hat somit das Handtuch geworfen. Die Gleichgültigkeit der Politik ist längst in die Kammern und KVen eingezogen.

Ein Beispiel dafür: Ein Vorstandsmitglied der KV! hat mir allen Ernstes gesagt, „Warum machen Sie denn noch diesen Job, es gibt doch genug von Ihrer Sorte“!??

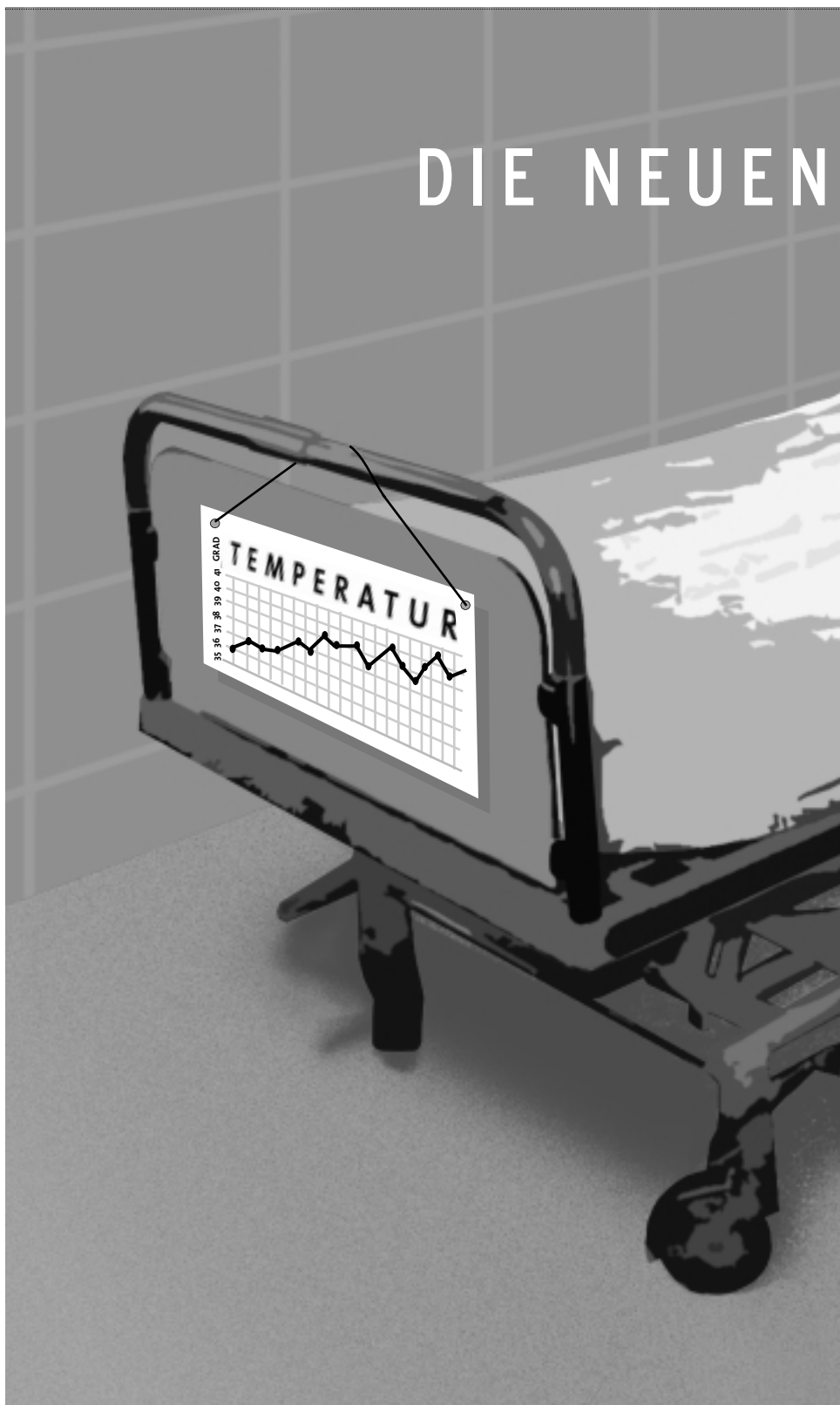
Wenn meine Standesvertreter so die Probleme lösen wollen, sind diese wohl doch überflüssig. Nicht wenige Patienten und inzwischen auch immer mehr Kollegen fragen sich, warum die Leute nicht längst auf der Straße sind und unsere Berufspolitiker aus dem Amt jagen!

Ja warum denn nicht, dank IGeL halten sich noch zu viele Kollegen finanziell über Wasser und jammern auf hohem Niveau. Die, denen es richtig schlecht geht, sind inzwischen in den „sanften“ Händen von unglaublich teuren Insolvenzverwaltern und werden mehr recht und schlecht gehindert, zum Sozialfall zu werden. Es würde wohl angesichts der immer knapper werdenden Medizinerressourcen ein allzu schlechtes Bild auf Politik, Kammern und KVen werfen.

Der Appell des Kollegen Hoffert wird wohl genau das Gegenteil bewirken, wer kann es uns auch verdenken. Der Artikel war so überflüssig, wie inzwischen alle Standesvertretungen, die unermesslich Gelder verschlingen und nichts bewirken.

Dipl.-Med. M. Dzierqwa, 12687 Berlin

DIE NEUEN CHEFÄRZTE



Der ökonomische Druck auf die Kliniken wächst und prägt mittlerweile alle Arbeitsplätze im Krankenhaus, von dem des AiP bis zu dem des Chefs. Immer mehr Patienten müssen schneller, trotzdem nach allen Regeln der Kunst und - immer wichtiger - so preiswert wie möglich versorgt werden. Zum wichtigen Hebel in diesem Spiel haben sich die Arbeitsverträge der leitenden Krankenhausärzte entwickelt. Die neuen Vertragsmuster, die seit 1996 und 2002 „auf dem Markt“ sind, nehmen Chefärzte stärker denn je in die Verantwortung für die ökonomische Situation ihrer Klinik. Dabei werden als Gehaltsbestandteil Erfolgsvergütungen für positive betriebswirtschaftliche Ergebnisse eingeräumt, die bei Ausbleiben der anvisierten „Erfolge“ (hier ist wohlgedemert nicht mehr der medizinische, sondern ausschließlich der wirtschaftliche Erfolg gemeint) entfallen. Damit wird die Vergütung von Chefärzten zumindest in Teilen an die ökonomische Entwicklung ihrer Abteilung gekoppelt.

Von Ulrike Walter

Anforderungen wie in

VERTRÄGE



Um es gleich vorab zu sagen: Die Idee, Chefärzte auch ökonomisch in die Pflicht zu nehmen, ist nicht ganz neu. Ein kurzer Blick in die Geschichte der Chefarzt-Vertragsmuster zeigt jedoch, dass die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) den ökonomischen Prämissen mit jeder Novelle ihres Vertragsmusters mehr Gewicht einräumte. Die ersten Ansätze einer einheitlichen Vertragsgestaltung gehen auf die „Richtlinien für Chefarztverträge“ der DKG und des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte aus dem Jahre 1957 zurück. Vorherrschendes Prinzip war darin aber noch die Verantwortung des Arztes für die Patientenversorgung. Erst der eigenständige Mustervertrag der DKG, („Beratungs- und Formulierungshilfe Chefarztvertrag“), von 1983 nannte erstmals explizit die Aufgabe, dass sich Leistungen an einem Wirtschaftlichkeitsgebot zu orientieren haben.

Schon in der 2. Auflage von 1987 hielt dann ein eigener Paragraph den ärztlichen Leistungserbringer an, neue kostenaufwändige Methoden der Diagnostik und Therapie vor der Patientenbehandlung mit dem Krankenhausträger abzustimmen. Schritt für Schritt wurden nun die ökonomischen Prämissen ausgeweitet. Eine Zäsur brachte die 5. Auflage des Mustervertrags von 1996, die Chefärzte nun verpflichtete, ein mit dem Krankenhausträger gemeinsam ausgehandeltes Abteilungsbudget nicht zu überschreiten. Im Falle einer Unterschreitung des Budgets war eine Arztanteilerhöhung finanzieller Art vorgesehen. Wirtschaftlichkeitsgebot und Vergütungsbeteiligung des Chefarztes wurden mit jeder Überarbeitung des Vertragsmusters enger miteinander verschmolzen.

der Industrie?

Einen endgültigen berufspolitischen und berufsrechtlichen Paradigmenwechsel vollzog schließlich die geänderte 6. Auflage des Vertragsmusters. Die „Beratungs- und Formulierungshilfe Chefarztvertrag“, vom Vorstand der DKG am 5. Februar 2002 beschlossen, enthält folgende Neuerungen:

Neuerungen seit 2002

- Hinsichtlich der Patientenversorgung ist der Chefarzt nicht mehr nur zum „zweckmäßigen, wirtschaftlichen und sparsamen Umgang mit den zur Verfügung stehenden Mitteln des Krankenhauses“ verpflichtet, sondern wird auch für den „entsprechenden Mitteleinsatz durch die Ärzte und die anderen Mitarbeiter seiner Abteilung verantwortlich“ gemacht.
- Es gibt ein internes abteilungsbezogenes Budget, das nach der Anhörung des Arztes vom Krankenhausträger erstellt wird.
- Die gesamte ambulante Tätigkeit der Chefarzte wird in den Dienstaufgabenkatalog integriert. Das bedeutet, dass in diesem Bereich nicht mehr privat liquidiert werden kann.
- Alle erbrachten Leistungen sind Krankenhausleistungen, egal ob sie durch das oder im Krankenhaus erbracht worden sind. Alternativ werden dafür noch Muster für Nebentätigkeitserlaubnis und Nutzungsvertrag angeboten.
- Chefarzte werden für die richtige und vollständige Codierung und Dokumentation der für die Eingruppierung erforderlichen Diagnosen und Prozeduren im Rahmen der DRGs verantwortlich gemacht.
- Es sind keine Übernahmen von BAT-Vorschriften mehr vorgesehen (Urlaub, regelmäßige Gehaltserhöhungen, etc.).
- Eine zusätzliche Alters- und Hinterbliebenenversorgung wurde gestrichen.
- **Feste Vergütungsbestandteile**
...werden auf dem Verhandlungsweg zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer vereinbart und müssen nach



Ablauf der festzulegenden Zeit im Vertrag im Hinblick auf eine allgemeine Lohn- und Gehaltsentwicklung neu verhandelt werden. Dem Chefarzt steht somit kein Rechtsanspruch auf eine Vergütungserhöhung zu.

• Variable Vergütungsbestandteile können sein:

a) Eine prozentuale Beteiligung an den Einnahmen des Krankenhausträgers in nicht regelhaften Bereichen (d.h. von Krankenhaus zu Krankenhaus unterschiedlich), wie zum Beispiel gesonderte Berechnung wahlärztlicher Leistungen in der Abteilung des Chefarztes oder Durchführung von klinischen Arzneimittelprüfungen, Anwendungsbeobachtungen und Medizinprodukteprüfungen in der Abteilung des Chefarztes.

b) Ein möglicher Bonus, der zwischen Krankenhausträger und leitendem Arzt jährlich in einer Zielvereinbarung festgelegt wird. Gegenstand dieser Zielver-

einbarung können zum Beispiel sein: Zielgrößen für Sach- und Personalleistungen, Behandlungszahlen nach Art und Menge, Einführung neuer Behandlungsmethoden, Maßnahmen und Ergebnisse der Qualitätssicherung, Inanspruchnahme nichtärztlicher Wahlleistungen, Beteiligung an Strukturmaßnahmen oder sonstige leistungsorientierte Regelungen.

- Das Liquidationsrecht als ein Vergütungsinstrument des Chefarztes wird nur noch nachrichtlich erwähnt, es soll in den neuen Chefarztverträgen nicht mehr erteilt werden. Das bedeutet, dass ein bisher prägendes Element der Gestaltung von Chefarztverträgen abgeschafft wird.

Verbände kritisieren „Gängelerei und Demotivation“

Nachdem die DKG zu Beginn des Jahres 2002 die geänderte Auflage zum Chefarztvertrag veröffentlichte, haben die

Bundesärztekammer, der Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands und der Marburger Bund gemeinsam dazu Stellung genommen. Alle drei Organisationen bewerten das Vertragsmuster kritisch. Sie sehen die Gefahr, dass die Anbindung der Chefarztvergütung an wirtschaftliche Zielkriterien das Risiko der Leistungseinschränkung gegenüber dem Patienten birgt. Die Kopplung medizinischer Aspekte und ökonomischer Erwägungen widerspreche grundsätzlich dem ärztlichen Berufsethos. Zudem sieht man in der Überregulierung der Chefarztspflichten sowie der Aushöhlung des Liquidationsrechts einen Affront. Auch die Bonusanreize bei Zielerreichung werden von den drei Verbänden abgelehnt. Das von den Krankenhausträgern bei Chefärzten immer wieder eingeforderte unternehmerische Denken und Handeln könne durch Gängelei und Demotivation kaum erreicht werden. Perfektionistische Reglementierung der ärztlichen Tätigkeit und autoritäre Vorgaben von Zielvereinbarungen seien nicht geeignet, bei Chefärzten die Leistungsbereitschaft und die Stärkung der Wettbewerbsposition der Klinik zu fördern.

Die drei Institutionen empfehlen, jeden Chefarzt-Vertragsentwurf als gesamten Vertragstext nebst aller wechselseitiger Rechte und Pflichten juristisch prüfen zu lassen. Dabei müsse jedoch immer auch die konkrete Situation des jeweiligen Chefarztes und des Krankenhausträgers mit einbezogen werden. Marburger Bund, Chefarztverband und die Berufsverbände haben für ihre eigenen Mitglieder deshalb Beratungsangebote aufgebaut (siehe Kasten) und arbeiten mit einschlägig erfahrenen Rechtsanwälten zusammen, an die sie ihre Mitglieder gezielt verweisen.

Eines ist jedoch klar: Chefarztverträge werden - Vertragsmuster hin oder her - höchst individuell ausgehandelt und die Beurteilung, ob ein Vertrag „gut“ oder „schlecht“ ist, lässt sich nur in einer Gesamtschau auch der privaten und individuellen Prämissen eines Arztes beantworten.

Verbreitung der neuen Verträge noch gering

Das „individuelle“ Element der Verträge macht es übrigens schwierig, sich einen Überblick über die bundesweite Verbreitung der neuen Vertragstypen zu verschaffen. Da die Verbände zwar beraten, jedoch nicht wissen, wie viele ihrer Mitglieder bereits neue Verträge unterschrieben haben, tappt man hier weitgehend im Dunkeln. Und auch

wenn man es wüsste, wäre noch der Organisationsgrad der Verbände mit zu bedenken: weder im Marburger Bund, noch im Verband der Leitenden Krankenhausärzte sind 100 % aller Chefärzte organisiert. Ein grober Richtwert lässt sich jedoch aus Schätzungen des Fachanwalts Norbert H. Müller aus Bochum ableiten, der eng mit dem Verband Leitender Krankenhausärzte zusammenarbeitet. Er hatte im letzten Jahr etwa 150 bis 200 neue Verträge auf

Wer berät zu den neuen Verträgen?

Bundesärztekammer, Verband Leitender Krankenhausärzte und Marburger Bund empfehlen Ärzten, während der Verhandlung über einen Chefarztvertrag und vor seiner Unterzeichnung, den kompetenten und individuellen rechtlichen Rat durch einen im ärztlichen Berufs- und Vertragsrecht versierten Juristen einzuholen. Chefarztbewerber müssen sich selbstständig über kompetente Ansprechpartner informieren. Es existiert keine zentrale Anlaufstelle.

Informationsmöglichkeiten bieten:

Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschland e.V.

Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Tel. 0211/ 45 49 90, Fax. 0211/ 45 18 34
E-Mail: Info@vlk-online.de, www.vlk-online.de

Der Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V. bietet seinen Mitgliedern eine umfassende Beratung in allen berufsspezifischen und berufsrechtlichen Angelegenheiten. Er vermittelt an renommierte Fachanwälte, mit denen er direkt zusammenarbeitet.

Fachärztliche Berufsverbände

...wie z.B. der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) vermitteln ihre Mitglieder an Fachanwälte, mit denen sie direkt zusammenarbeiten.

Beispiel:

Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)
Langenbeck-Virchow-Haus, Luisenstraße 58/59, 10117 Berlin
Tel.: 030/ 28 00 41 00, Fax: 030/ 28 00 41 09, Email: mail@bdc.de

Kontaktadressen der Berufsverbände können erfragt werden bei der Redaktion BERLINER ÄRZTE unter Tel. 40 80 6-1601.

Marburger Bund

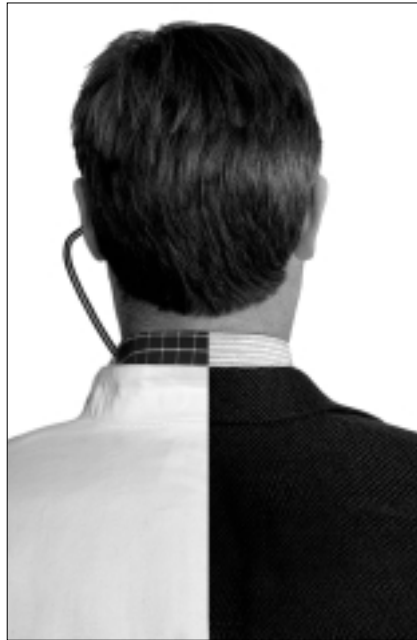
Die Ärztegewerkschaft Marburger Bund gibt ihren Mitgliedern beim Abschluss eines Chefarztvertrages Hilfestellung durch die Justitiare in den jeweiligen Landesverbänden. Für Berlin findet man die Ansprechpartner unter folgender Adresse: Geschäftsstelle des Landesverbandes Berlin/Brandenburg Schloßstraße 28, 12163 Berlin
Tel.: 030/ 7920025, Fax.: 030/ 7928812, E-Mail: marburgerbund@aol.com
Justitiar: RA Manfred Husmann

seinem Tisch, davon beruhten etwa 15-20% auf dem Mustervertrag der DKG. Aber wie viele nach der juristischen Prüfung auch wirklich unterschrieben wurden, kann er nicht sagen. Diese Zahl lässt darauf schließen, dass die Verbreitung der neuen Vertragstypen auch bei Neuverträgen noch relativ gering ist. Dabei darf aber nicht vergessen werden, dass in zahlreichen Kliniken auch Ärzten mit schon bestehenden Verträgen neue Verträge angeboten wurden (so z. B. bei den Vivantes-Kliniken in Berlin). In einem solchen Fall besteht für die Chefarzte Optionsmöglichkeit und damit ein nicht ganz so großer Druck, sich auf den Neuvertrag einzulassen wie bei einer Neuverhandlung von außen. Dennoch ist absehbar, dass sich die neuen Vertragstypen zwar langsam aber doch stetig ausbreiten werden.

Nicht einschüchtern lassen!

Grundsätzlich gibt Rechtsanwalt Norbert H. Müller allen Ärzten den Rat, sich von den Neuerungen im DKG-Muster nicht einschüchtern zu lassen. Ein jedes Muster will suggerieren, dass das, was es an Regeln aufstellt, das Übliche sei. Aber die Beratungs- und Formulierungshilfe der DKG ist kein Gesetz, auch wenn das Vertragsmuster für viele Krankenträger normative Kraft hat. Der Bewerber sollte auch von der Möglichkeit zum „Nein“ oder zum Verhandeln um Nachbesserungen, die auf die persönliche Situation zugeschnitten sind, Gebrauch machen. Natürlich ist aber auch Müller klar, dass das „Rückgrat“ der Chefarzte in spe abhängig vom Bewerberangebot für ihre Wunschposition und vom eigenen „Marktwert“ ist.

Auf der Suche nach Beratungs- und Formulierungshilfen für den Chefarztvertrag findet man übrigens neben dem der DKG noch weitere Vertragsmuster. Die Arbeitsgemeinschaft für Arztrecht in Karlsruhe bietet einen kommentierten Mustervertrag mit einer übersichtlichen Einführung in die Vertragsproblematik an. Auch das Buch „Chefarzt-/ Belegarztvertrag“ von Ulrich Baur ist ein empfehlenswerter



Ratgeber zur Vertragsgestaltung. Der renommierte Rechtsanwalt für Krankenhaus- und Arztrecht gibt einen Überblick, kommentiert die gängigen Muster und zeigt dabei die Fallstricke des DKG-Musters im Detail auf.

Angstbesetztes Tabuthema

Und wie sehen es die betroffenen Chefarzte selbst? Das individuelle Verhandeln der Chefarztverträge im „stillen Kämmerlein“ erschwert auch hier den Überblick. Selbst zu einem völlig anonymen Gespräch über Vertragsbedingungen und individuelle Erfahrungen mit Klinikleitung und eigenen Mitarbeitern fehlt offenbar vielen betroffenen Chefs der Mut. So gelang es BERLINER ÄRZTE im Vorfeld dieses Themenschwerpunktes nicht, auch nur eine/n einzige/n Berliner Chefarzt/Chefarztin aufzutreiben, der/die gerade einen Neuvertrag unterschrieben hat und zum anonymen Gespräch bereit war. So mussten wir auf Auswärtige zurückgreifen und auf Chefs kurz vor der Pensionierung, die uns zumindest eine vage Gesamtbeurteilung geben konnten.

Offenbar gibt es unter Ärzten im Hinblick auf die Einschätzung der neuen Verträge zwei Lager. Einige hoffen, dass durch den Wegfall von Privilegien wie dem Liquidationsrecht mehr

Gleichberechtigung und gegenseitige Anerkennung in deutsche Krankenhausabteilungen einzieht. Die anderen lehnen die neuen Verträge als untragbar ab. Sie sehen die Chefarztstätigkeit von bürokratischen und ökonomischen Zwängen überfrachtet und damit aller Möglichkeiten auf die Ausübung einer guten und humanen Patientenversorgung beraubt.

„Verträge wie beim VW-Vorstand“

Dr. Tobias Franz*, langjährig Chefarzt an einem Berliner Krankenhaus, ist mit den neuen Chefarzt-Verträgen eher unzufrieden. Einmal, weil „über die genauen Vereinbarungen zwischen Kliniken und Chefarzten öffentlich nicht gesprochen wird. Grund: Verpflichtung zur Verschwiegenheit“. Aber auch die Rahmenbedingungen seiner jüngeren Kollegen erscheinen Franz seltsam: „Wir haben in der Klinik gerade einen neuen Chefarzt bekommen. Sein Arbeitsprofil entspricht klar dem eines Industrieabteilungsleiters“, stellt Franz trocken fest und beklagt: „Chefarztverträge orientieren sich heute an denen vom VW-Vorstand. Nur, der braucht sich im Unterschied zum Chefarzt nicht in die Produktion einzuschalten.“ Chefarzt Franz ist deshalb fast erleichtert, dass er kurz vor der Pensionierung steht und sich mit den neuen Verträgen nicht mehr selbst herumschlagen muss: „Es muss furchtbar sein, heute mit so einem Vertrag seine Karriere anzufangen.“

Auch Dr. Karl Friedel*, als Chefarzt an einem Klinikum in Brandenburg tätig, hat mit den neuen Verträgen so seine Probleme: „Ein Chefarztvertrag hat 15 bis 20 Seiten. Darin stehen vor allem die Dienstpflichten und die Dienstaufgaben. Für die Pflichten sieht der Arbeitgeber 24 Stunden vor und für die Aufgaben noch mal 24 Stunden. Plötzlich beschäftigst du dich mit Dingen, die mit dem Tun als Operateur

* Alle Namen von der Redaktion geändert.

überhaupt nichts mehr zu tun haben, wie z.B. gravierender Personalmangel. Mal ehrlich, so was soll doch besser die Verwaltung machen!“

Die Anforderung, dass auch Chefärzte heute unternehmerische Fähigkeiten haben sollten, stößt hingegen bei Dr. Thomas Berg*, Chefarzt an einer Klinik in Westdeutschland, eher auf Verständnis als auf Abwehr. Berg kritisiert aber die aktuelle Umsetzung: „Keiner von uns Ärzten ist für diese Aufgabe geschult worden. Ich habe fast 20 Jahre gebraucht, um ein guter Arzt in meinem Fach zu werden. Ich konnte nebenher nicht noch Medizinökonom und Medizinjurist werden. Außerdem wäre das völlig unprofessionell, wenn ich von hier aus strategische Entscheidungen über Geld fällen müsste. Und einmal ehrlich: Wir sind doch auf Gedeih und Verderb unseren Betriebswirten ausgeliefert und dem, was die uns sagen. Kein Arzt kann

derzeit ernsthaft nachrechnen, was die Klinik der OP-Saal pro Minute nun wirklich kostet.“

Welche Auswirkungen die neuen Chefarztverträge künftig auf das Selbstverständnis des Arzt-Seins und für das Verhältnis zum Patienten haben werden, bleibt abzuwarten. Die Situation für die Chefärztinnen und Chefärzte und ihre Teams aber wird sich vermutlich nicht verbessern. Für den Arbeitsmarkt prophezeit Berg: „Für dieses Geld, das man heute in den neuen Verträgen angeboten bekommt, ohne aber ein Recht auf Privatliquidation, wird das einfach keiner lange machen. Mein Freund ist Jurist. Der lacht sich über uns Chefärzte kaputt und fragt zu Recht, warum wir unter solchen Bedingungen arbeiten und nicht einfach ins Ausland gehen.“

Ulrike Walter (Journalistin)
Ärztammer Berlin

Und was meinen Sie?

Und welche Erfahrungen haben unsere Leser mit den neuen Chefarztverträgen gemacht? Wurde Ihnen selbst ein solcher Vertrag schon einmal angeboten? Arbeiten Sie bereits unter den neuen Vertragsbedingungen? Sind Sie in einer Klinik tätig, in der schon sehr viele Chefs mit neuen Verträgen ausgestattet sind? Wie schätzen Sie deren Verbreitung ein? Wir planen zu diesem Thema ein anonymisiertes Leserbrief-Forum, in das wir Ihre Zuschriften einstellen möchten.

Schreiben Sie an die:

Ärztammer Berlin
Redaktion BERLINER ÄRZTE
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
E-Mail: s.golkowski@aekb.de

oder beteiligen Sie sich in unserem Internet-Forum:

www.aerztammer-berlin.de
Kapitel: Foren

Große Mehrheit für die neue Weiterbildungsordnung

Als zweite Landesärztkammer der Bundesrepublik hat Berlin die neue Weiterbildungsordnung verabschiedet. Nur Hamburg war mit einer bereits Mitte Dezember getroffenen Entscheidung schneller. Mit großer Mehrheit bei drei Enthaltungen stimmten die Berliner Delegierten der zu etwa 98 % mit der Musterweiterbildungsordnung textgleichen Fassung zu. Dem ging eine lebhaft und sachorientierte Debatte voraus. Mit großer Anstrengung war es im Gemeinsamen Bildungsausschuss zuvor gelungen, keine wesentlichen Partialinteressen einzelner Fachgruppen mehr durchzulassen. In jahrelangen bundesweiten Debatten unter Schmerzen geschnürte Kompromisspakete zwischen den Fächern blieben so auch in Berlin geschlossen. Noch ist die neue Weiterbildungsordnung allerdings nicht in Kraft. Jetzt muss erst einmal die Aufsichtsbehörde zustimmen.

Bericht von der Delegiertenversammlung (DV) am 18. Februar 2004

Von Sybille Golkowski

„Das ist mit europäischem Recht nicht vereinbar!“, protestierte Hans Georg Fritz. Der Chef des Berliner Berufsverbandes der Internisten war an diesem Abend Gast mit Rederecht und mit der Entscheidung der Delegierten alles andere als zufrieden. Sein Zorn rührt

an die konfliktbeladene Einzelentscheidung in der neuen Musterweiterbildungsordnung, die bereits auf zwei Deutschen Ärztetagen für reichlich „Zoff“ sorgte: das Zusammenwachsen der Allgemeinmediziner und Internisten auf der hausärztlichen Versorgungsebene zum neuen



„Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“. Künftig wird damit der Allgemein-Internist ohne Schwerpunkt zum Auslaufmodell. Es wird nur noch Schwerpunkts-Internisten geben, die nach einer gemeinsamen Basisweiterbildung mit den Hausärzten ihre Weiterbildung gleich in der Subspezialität fortsetzen (z. B. zum „Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie und Dia-

Wichtig!

Die neue Weiterbildungsordnung ist noch nicht in Kraft! Dies geschieht erst nach Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde und Veröffentlichung im Amtsblatt von Berlin. Damit ist etwa im Herbst dieses Jahres zu rechnen. Bis dahin können noch keine neuen Bezeichnungen beantragt werden. Für alle Ärztinnen und Ärzte, die ihre Weiterbildung schon begonnen haben gilt Bestandsschutz durch Übergangsbestimmungen.

Wir informieren Sie, sobald die neue Weiterbildungsordnung gilt. Die neue Musterweiterbildungsordnung können Sie aber bereits im Internet einsehen unter www.bundesaerztekammer.de.

betologie“ oder zum „Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie“).

„Sie können das jetzt nicht mehr kippen!“

Der Berliner BDI-Chef brachte noch einmal vor, dass sein Verband in der Abwicklung des Allgemein-Internisten einen Verstoß gegen geltendes EU-Recht sieht. Seiner Ansicht nach sei es nicht möglich, medizinische Gebiete, die überall sonst in Europa existieren, einfach einseitig national zu entfernen. Die deutsche Ärzteschaft riskiere mit dieser Entscheidung ein Vertragsverletzungsverfahren in Brüssel. Dem widersprach Klaus Thierse (Marburger Bund), der Vorsitzende des Gemeinsamen Weiterbildungsausschusses der Kammer. Aus Brüssel drohe keine Gefahr, das habe die Bundesärztekammer im Vorfeld genauestens rechtlich prüfen lassen. Im übrigen halte er die Debatte um Internisten und Allgemeinmediziner berufspolitisch für beendet: „In Rostock waren 80 % der Delegierten dafür, Herr Fritz. Das können Sie hier jetzt nicht mehr kippen!“

Harte Worte fand auch Hausarztinternist Ulrich Piltz (Fraktion Gesundheit). Er warf dem BDI vor, seinerzeit mit seiner Entscheidung für die fachärztliche Versorgung einen Kardinalfehler

Die wichtigsten Abweichungen von der Musterweiterbildungsordnung in Berlin*

- In Berlin werden drei ergänzende Zusatzweiterbildungen eingeführt:
 - Ernährungsmedizin
 - Suchtmedizinische Grundversorgung
 - Ärztliches Qualitätsmanagement
- Die Zusatzweiterbildung „Betriebsmedizin“ wird in Berlin nicht mehr in die Weiterbildungsordnung aufgenommen. Für Ärzte, die ihre Weiterbildung Betriebsmedizin zum Inkrafttreten der neuen Weiterbildungsordnung schon begonnen haben, gilt natürlich Bestandsschutz durch Übergangsbestimmungen.
- Bei vier Zusatzweiterbildungen wird in Berlin für eine **Übergangsfrist von zwei Jahren** nach Inkrafttreten der neuen Weiterbildungsordnung von der Grundregel abgewichen, eine mündliche Prüfung abzulegen.
 - Akupunktur
 - Diabetologie
 - Infektiologie
 - Röntgendiagnostik (fachgebunden)

Diese Übergangsbestimmung gilt nur für Ärzte, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der neuen Weiterbildungsordnung bereits die definierten Bedingungen erfüllen und Berliner Kammermitglieder sind.

- Die Schmerztherapie wird wie bisher in Berlin abweichend von der Musterweiterbildungsordnung modular aufgebaut.
- Unterbrechungen der Weiterbildung (zum Beispiel durch Krankheit), die nicht mehr als insgesamt 6 Wochen im Kalenderjahr dauern, werden in Berlin noch auf die Weiterbildungszeit angerechnet, ohne nachgearbeitet werden zu müssen.
- Eine Weiterbildung muss hauptberuflich und mit angemessener Vergütung durchgeführt werden. Abweichungen können nur dann angerechnet werden, wenn sie vorher der Ärztekammer angezeigt und von dieser als anrechnungsfähig bestätigt wurden.
- Teilzeitweiterbildungen müssen bei der Kammer zuvor angezeigt werden.
- Bei den Übergangsbestimmungen zum neuen Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin gilt in Berlin eine sehr großzügige Regelung, die auch praktische Ärzte einbezieht: Kammerangehörige, die Praktischer Arzt, Facharzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt für Innere Medizin sind, können die Anerkennung der neuen Bezeichnung beantragen, wenn sie mindestens 5 Jahre hauptberufliche hausärztliche Tätigkeit in eigener Praxis nachweisen. Allerdings müssen sie eine Facharztprüfung absolvieren. Anträge können innerhalb von 7 Jahren nach Inkrafttreten der neuen Weiterbildungsordnung gestellt werden.

In Berlin gibt es einige kleine Ergänzungen in einzelnen Zusatzweiterbildungen. Zum Beispiel

- ... wird in der Zusatzweiterbildung Diabetologie in Berlin ein zusätzlicher 40-Stunden-Kurs verlangt,
- ... müssen in der Psychotherapie in Berlin statt 20 Stunden 35 Stunden Balintgruppe absolviert werden,
- ... muss in der Notfallmedizin in Berlin ein 20-stündiger Abschlusskurs absolviert werden.

*vorbehaltlich der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde

begangen zu haben, der sich jetzt räche. „Dass jetzt relativ wenig Innere Medizin in dem neuen Hausarzt drinsteckt, habt Ihr Euch selbst zuzuschreiben. Ich fordere den BDI auf, seine fruchtlose Boykothaltung aufzugeben und nun an der Ausgestaltung der Richtlinien für den neuen Facharzt mitzuarbeiten!“ Volker Pickerodt (Fraktion Gesundheit) und Hans-Peter Hoffert (BDA) erinnerten daran, dass der jetzt gefundene Kompromiss Ergebnis eines langen Prozesses war, in dem alle Seiten haben Kröten schlucken müssen. Die Debatte mit dem BDI-Chef endete schließlich nach 20 Minuten. Der Vorschlag von Rita Kielhorn (BDA), das Kapitel 12 mit den Bestimmungen für den neuen „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ an diesem Abend noch nicht abzustimmen, fand keine Mehrheit.

Die wichtigsten Neuerungen

Klaus Thierse erläuterte noch einmal die wichtigsten Neuerungen in der neuen Weiterbildungsordnung. Ziel war es, die Weiterbildung praktikabler zu machen, die Vielzahl von Bezeichnungen deutlich zu reduzieren und die Weiterbildungsordnung wieder davon wegzuführen, eine „Abrechnungs-Abgrenzungsordnung“ zu sein. Folgende Innovationen sind besonders wichtig:

- Künftig gibt es nur noch Gebiets-, Schwerpunkt- und Zusatzweiterbildungen. Alle Bezeichnungen der Weiterbildungsordnung sind künftig „führbar“ und müssen in der Regel mit einer Prüfung beendet werden (etwa 2000 Prüfungen statt bisher 1000 pro Jahr kommen so auf die Kammer zu).
- In zwei Fällen wurden früher getrennte Fachgebiete zu einem zusammengeführt:
 - im „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ und
 - im „Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie“.
- Für etliche benachbarte Gebiete gibt es künftig eine gemeinsame Basisweiterbildung, den so genannten „common trunk“. Den haben
 - alle chirurgischen Fächer,

- HNO und „Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen“ (früher Pädaudiologie),
- Pathologie und Neuropathologie sowie
- Klinische Pharmakologie und „Pharmakologie und Toxikologie“.
- Künftig gibt es nur noch einzelne Gebietsbezeichnungen oder solche, die gleich mit Schwerpunkt geführt werden. Einen Allgemein-Facharzt, der neben den Subspezialisierungen weiterbesteht, gibt es künftig nur noch in der Gynäkologie, der Pädiatrie, der „Psychiatrie und Psychotherapie“ und in der Radiologie.
- Die Weiterbildung wird in ihrer Qualität künftig durch die Kammern wesentlich besser kontrollierbar.
- Ab Inkrafttreten muss es ein jährliches Pflicht-Weiterbildungsgespräch

zwischen Weiterbildungsbefugten und ihren Assistenten geben.

- Weiterbildungsbefugte müssen künftig einen strukturierten Weiterbildungsplan vorlegen und auch einhalten.

In der folgenden Debatte begrüßten die Delegierten, dass die neue Weiterbildungsordnung der Kammer eine Möglichkeit an die Hand gibt, schärfer auf die Qualität von Weiterbildungsgängen zu achten.

Mehrere Seiten sahen diese nämlich durch den zunehmenden ökonomischen Druck auf die Kliniken gefährdet. „Die wirtschaftliche Orientierung der Krankenhäuser gefährdet die Weiterbildung mehr und mehr. Die Kliniken betrachten eine gute Weiterbildung gar nicht mehr als ihre Aufgabe“, stellte Radiologe Dietrich Banzer (Liste Allianz) fest. „Ich freue mich jetzt schon auf die Pläne, die

Berliner Delegation für den Deutschen Ärztetag in Bremen, 18. bis 21. Mai 2004

Liste	Delegierter	Vertreter
Marburger Bund	Dr. med. Klaus Thierse Dr. med. Werner Wyrwich Dr. med. Matthias Albrecht	Dr. med. Sigrid Kemmerling Tilmann Muehlenberg Armin Belg
Hausärzte im BDA	Prof. Dr. med. Vittoria Braun Dr. med. Hans-Peter Hoffert	Dr. med. Rita Kielhorn Dr. med. Wolfgang Kreischer
„Machts Besser“	Hermann Brehme	Dr. med. Hermann Mahn
Liste Allianz/ Hartmannbund/ Ausländische Ärzte	Dr. med. Roland Urban Dr. med. Christian Handrock Prof. Dr. med. Harald Mau Helmut Mälzer PD Dr. med. Dietrich Banzer	Dr. med. Walter Goertz Dr. med. Sabine Krebs Stephan Kraft Dr. med. Dietrich Bodenstein Dr. med. Svea Keller
Fraktion Gesundheit	Dr. med. Charlotte Lutz Claudia Brendler Dr. med. Volker Pickerodt Dr. med. Constanze Jacobowski Dr. med. Maria Birnbaum	Dr. med. Carsten Belter Dr. med. Daniel Rühmkorf Dr. med. Andreas Grüneisen Dr. med. Cora Jacoby Dr. med. Ulrich Piltz

die uns einreichen werden“ sagte Internistin Maria Birnbaum (Fraktion Gesundheit). „Ich sage Ihnen jetzt schon auf den Kopf zu, dass wir da schwarz auf weiß sehen werden, wie problematisch die Weiterbildung in den Kliniken geworden ist. Das wird für uns ein gutes Instrument für die Außenarbeit sein“.

Kammerpräsident Günther Jonitz (Marburger Bund) sah das genauso. Er betonte, dass mit dem jährlichen Weiterbildungsgespräch und den strukturierten Weiterbildungsplänen eine zentrale Forderung des Berliner Arbeitskreises „Junge Ärzte“ umgesetzt wurde. Die Regelung, Mitglieder der jungen Ärzte im gemeinsamen Weiterbildungsausschuss mitarbeiten zu lassen, zahle sich absolut aus.

Krankheitszeiten bis zu 6 Wochen werden angerechnet

Die Fraktion Gesundheit konnte noch eine lockernde Detailregelung durchsetzen. Cora Jacobi, Wolfgang Albers und Andreas Grüneisen setzten sich dafür ein, dass Unterbrechungen der Weiterbildung, z.B. durch Krankheit, bis zu maximal 6 Wochen pro Jahr noch auf die Weiterbildungszeiten angerechnet werden und nicht nachgeholt werden müssen. „Alles andere wäre ärgerlich und ist für die Kollegen draußen ein Riesenstress. Bei Zeitverträgen ist es oft ungemein schwierig, eine nur wenige Wochen währende Verlängerung zu beantragen“, erläuterte Grüneisen. Klaus Thierse erinnerte allerdings daran, dass die von der

Fraktion Gesundheit gewünschte Lockerung bereits in der Bundesärztekammer mehrfach diskutiert und letztlich wieder verworfen wurde, weil eine Festschreibung der Unterbrechung EU-rechtlich nicht zulässig sei.

Dennoch folgte die Delegiertenversammlung schließlich mit 21 zu 3 Stimmen bei einigen Enthaltungen dem Vorschlag der Fraktion Gesundheit. Gegen 23.30 Uhr war alles vorüber. Mit großer Mehrheit wurde der 2 cm starke Entwurf der neuen Weiterbildungsordnung nebst Tischvorlage verabschiedet und geht nun zur Genehmigung an die Aufsichtsbehörde. SyGo

Zwei Kommentare zur neuen WBO

Ein Zug auf falschem Gleis

Kurz vor Mitternacht fiel die Entscheidung. Erschöpfte Delegierte verließen die Kammer-Sitzung im Bewusstsein, einen brüchigen Beschluss gefasst zu haben, der als Anfang einer permanenten Weiterbildungs-Diskussion gilt. Was ist passiert?

Die neue Muster-Weiterbildungsordnung (M-WBO) soll den Allgemeinarzt als eigenständige Disziplin abschaffen. Er erscheint einfach nicht mehr auf der Liste der Arztbezeichnungen, die er – noch bis heute – als Nr. 1 (vor den Anästhesisten) anführt: Statt dessen findet er sich unter Artikel 12 wieder, als „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)“. Ge-

meinsam mit den Internisten, die keinen (Organ-)Schwerpunkt erwerben.

Damit unterwarf sich die Berliner Kammer einer listigen Politik, die – koste es was es wolle – das Primärarzt-System will. Alle lehnen es ab: Patienten, Kassen, KVen und – Kammern. Wissenschaftlich urteilte das Wasem-Gutachten: mangelhaft. Nur einige Polit-Ideologen verfolgen das englische Konstrukt, das einen einheitlichen Hausarzt fordert. Wir kennen seit Jahren die Unbeständigkeit der Gesundheitspolitik. Für ein Primärarzt-Modell sind politisch keine Mehrheiten zu bekommen. Jetzt wird es von Ärzten selber angestrebt. Verkehrte Welt.



Foto: privat

Dr. med. Hans-Georg Fritz (BDI Berlin, niedergelassener Internist aus Reinickendorf)

Vor allem Internisten (und Allgemeinärzte) haben ernsthaften Widerstand angesagt. Ihre fachliche Weiterbildung soll von 5 auf 2 obligate Jahre Innere

Klinik gestützt werden. In dieser Zeit ist Innere Medizin nicht zu erlernen. Einziger Ausweg: Weiterbildung zum Schwerpunkt-Internisten. Aber wer will in Zeiten ganzheitlicher Medizin so viele Organ-Spezialisten?

Weitere Probleme sind schnell angerissen: Wie sollen internistische Stationen mit Assistenten versorgt werden, wenn die klinische Weiterbildungszeit gedrosselt wird? Woher kommen die Chefarzte für Krankenhäuser, die keine subspezialisierten Inneren Abteilungen haben? Wie den § 73 Abs. 1 a SGB V befolgen, der für die hausärztliche Versorgung ausdrücklich den Facharzt für Innere neben Allgemein- und Kinderärzten bestimmt? Wie das Europa-Recht erfüllen, das explizit nur eine allgemeinärztliche Facharztbezeichnung fordert (und dem sich die BRD bereits einmal per Erklärung „unterwerfen“ musste)? Wie die Pilot-Funktion ausfüllen, die Internisten im Ausland genießen, wo der Generalist nach unserem Beispiel vielfach gerade aufgebaut wird?

27.000 Internisten im größten Berufsverband Deutschlands stimmten einhellig gegen diesen Teil der M-WBO. Die wissenschaftliche DGIM (und viele andere

Verbände wie die DKG etc.) begehren dagegen auf. Woher nimmt die Bundesärztekammer den Mut, sich dem geballten Sach- und Fachverstand entgegenzustellen und eine solche politische Systemveränderung in die Welt zu setzen?

Und schließlich: Was ist in eine Kammerpolitik gefahren, dass sie sich rigoros über die sachlichen und fachlichen Interessen der beiden größten Facharzt-Disziplinen hinwegsetzt? Wer ist als nächstes an der Reihe?

Die Diskussion hat jetzt erst richtig begonnen. Denn die Landessärztekammern haben das – vorletzte – Wort: Sie können der M-WBO die Zustimmung versagen und werden das in mindestens vier Ländern tun. Das letzte Wort hat die Aufsichtsbehörde. Sie muss die rechtliche und die Europa-Kompatibilität der M-WBO prüfen und ggf. ihr Heilberufes-Gesetz ändern. Und dann gibt es noch ein allerletztes Wort: Die EU hat sich auf euro-weite Facharzt-Kategorien festgelegt. Ein „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)“ kommt darin nicht vor. Damit ist ein erneutes Unterlassungsverfahren aus Brüssel gegen die BRD sicher – entgegen dem

lauten Pfeifen, das man aus juristischen Abteilungen von KBV und BÄK hört.

Bis die ersten Doppel-Fachärztinnen und Ärzte dieses Projekts ihre Arbeit aufnehmen, vergehen noch 7 – 9 Jahre. Ein Zug

auf falschem Gleis vor siebenjähriger Fahrt: Es müsste noch genug Zeit sein, die Weichen vernünftig umzustellen, damit er ein gutes Ziel erreicht.

Dr. med. Hans-Georg Fritz

Es wächst zusammen, was zusammen gehört

Die Verabschiedung der Weiterbildungsordnung ist der vorläufige Schlusspunkt einer äußerst kontrovers geführten Diskussion, die seit dem Herbst 2001 nicht nur über die zukünftige Weiterbildung zum Hausarzt, sondern über die Zukunft der beiden Fächer Innere und Allgemeinmedizin, geführt wurde.

Die Inaugurierung des „Facharztes für Innere und Allgemeinmedizin“ ist aus unserer Sicht als ein Sieg gesundheitspolitischer und medizinischer Vernunft und Weitsicht zu werten. Sie geschah gegen den heftigen und anhaltenden Widerstand der Interessenverbände der medizinischen Schwerpunktfächer (BDI und DGIM), während die Hausarzt-Internisten (BHI) an der Entwicklung der Weiterbildungsinhalte und -struktur

aktiv mitgewirkt haben. Wie ist dieser Interessengegensatz im Lager der Internisten zu erklären?

Dazu muss man sich die Ausgangslage vergegenwärtigen: 1996 verabschiedete der Ärztetag – nicht zuletzt auf Betreiben des Berufsverbandes der Deutschen Internisten – das so genannte Differenzierungsmodell: es sah eine Herausnahme der Inneren Medizin aus der hausärztlichen Versorgung vor, die zukünftig allein von der Allgemeinmedizin bestritten werden sollte. Entsprechend verfügte der Gesetzgeber im Sozialgesetzbuch, dass ab 2006 nur noch Allgemeinärzte im Hausarztsektor Niederlassungsrecht bekommen sollen. Die '97 verabschiedete fünfjährige Weiterbildung zur Allgemeinmedizin sah jedoch nur eine Pflichtzeit von einem Jahr Innere Medizin vor.



Dr. med. Ulrich Piltz (BHI Berlin, niedergelassener Hausarzt-Internist aus Schöneberg)

Es drohte also auf der einen Seite eine Verarmung des Hausärztesektors an internistischer Kompetenz; auf der anderen Seite war absehbar, dass Allgemein-Internisten im Facharztsektor nur ein kleines Betätigungsfeld, damit keine

ausreichende ökonomische Basis mehr haben würden. In dieser Situation schien es uns geboten, an einem Weiterbildungsmodell mitzuwirken, das die Innere Medizin wieder verstärkt im hausärztlichen Versorgungsbereich verankert.

Es kam noch ein weiterer Aspekt hinzu: Auf der einen Seite eine Allgemeine Innere Medizin, als Fach immer weniger eine selbstständige Disziplin, sondern die Summe internistischer Schwerpunktfächer, zwar in der klinischen Versorgung verankert, in Zukunft aber ohne ambulanten Versorgungsauftrag. Auf der anderen Seite die Allgemeinmedizin mit zwar definiertem (hausärztlichem) Versorgungsauftrag, aber nicht als klinische Disziplin verankert, ohne eigentliche medizinische Identität. Folglich ergänzen sich hier zwei Fächer, die im Grunde das

gleiche Krankheitsbild und Beschwerdespektrum zum Gegenstand haben: Es wächst zusammen, was zusammen gehört.

In Hinblick auf die zukünftigen hausärztlichen Aufgaben kann man natürlich nicht mit allem zufrieden sein: Zwei Jahre Innere Medizin sind doch sehr knapp bemessen, um künftige Hausärzte auf die immer komplexer werdende Erkennung und Behandlung häufiger internistischer Krankheitsbilder vorzubereiten.

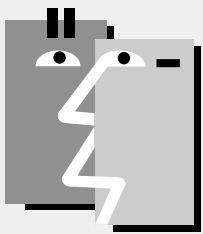
Ein 80-stündiger Kurs ist in keiner Weise ausreichend, um bei einem Weiterbildungsgang, der notwendigerweise aus verschiedenen, oft zufälligen Weiterbildungsstationen besteht, eine einheitliche, standardisierte Qualifika-

tion zu erzielen, die Basistechniken anderer Fächer, zum Beispiel orthopädische Untersuchungs- und Behandlungstechniken und die Grundlagen allgemeinmedizinischer Methodik umfassen sollte.

Immerhin hat die Berliner Weiterbildungsordnung hier Akzente gesetzt, indem sie eine strukturierte klinische Weiterbildung, also obligatorische Rotation in den Schwerpunkten der Inneren Medizin vorschreibt, sowie die Freistellung für freiwillige Weiterbildungskurse.

Betrachten wir also den neuen Facharzt als Anfang, nicht als Ende einer hoffnungsvollen Entwicklung!

Dr. med. Ulrich Piltz



Ausschreibung zum Berliner Gesundheitspreis 2004

Hausarztmedizin der Zukunft –

Wege zur innovativen Versorgungspraxis

Der „Berliner Gesundheitspreis“ ist ein bundesweiter Wettbewerb, den der AOK-Bundesverband, die AOK Berlin und die Ärztekammer Berlin gemeinsam durchführen. Der Preis wird seit 1995 alle zwei Jahre ausgelobt und zeichnet innovative Modelle und zukunftsweisende Versorgungskonzepte aus, mit denen die Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland verbessert werden kann. Dafür stehen Preisgelder von insgesamt 50.000 € zur Verfügung.

Zukunftsorientierte Hausarztmedizin

Hausarztpraxen - hierzu zählen solche von Allgemeinmedizinern, praktischen Ärzten, Kinderärzten und hausärztlich tätigen Internisten - sind im deutschen Gesundheitswesen wesentliche Stützpfiler der ambulanten Versorgung. Um die besondere Versorgungskompetenz und das Innovationspotenzial von Hausarztpraxen herausstellen zu können, geben die Initiatoren des Berliner Gesundheitspreises mit dem aktuellen Wettbewerb hierfür einen Rahmen. Darüber hinaus hat der Gesetzgeber mit dem GKV-Modernisierungsgesetz die hausärztliche Versorgung weiter aufgewertet. Deshalb sind patientenorientierte, intelligente und neue Lösungen gefragt.

Die Hausarztpraxis

Die Hausarztpraxis sieht sich vor dem Hintergrund des demografischen, medizinischen und sozialen Wandels gefordert, wenn sie ihre Bedeutung und ihre besondere Kompetenz auch in der Zukunft behalten und ausbauen will.

Im Zuge des demografischen Wandels wird die Bevölkerung nicht nur immer älter, sondern das Krankheitspanorama entwickelt sich zu einem Vorherrschen von chronischen Erkrankungen, von denen



im Alter häufig mehrere nebeneinander bestehen. Gleichzeitig ist das medizinische und pflegerische Versorgungssystem mit seiner Angebotsvielfalt - insbesondere für den Laien - immer unüberschaubarer geworden. Dazu trägt auch das ständige, fortschrittsbedingte Hinzukommen neuer diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten bei. Der Beratungsbedarf der Patienten wächst entsprechend. Mit dem sozialen Wandel nehmen Pflege- und Betreuungsmöglichkeiten durch die Familie immer mehr ab, so dass für hilfs- und pflegebedürftige Menschen Versorgungsnetze oft neu geknüpft werden müssen.

Vor dem Hintergrund dieser Gesamtsituation hat die wohnortnahe hausärztliche Versorgung mit ihrer Koordinations- und Beratungsfunktion eine herausragende Bedeutung. Ein Großteil der Bevölkerung und über 90 % der älteren Menschen sind schon heute in fester Betreuung durch einen Hausarzt. Die Kinderärzte sehen sich in ihrem Aufgabenfeld vor ähnlich komplexe Herausforderungen gestellt wie die Allgemeinmediziner und hausärztlich tätigen Internisten. Auch hier kommt es auf eine kontinuierliche, koordinierende und ganzheitliche Betreuung der Kinder und Jugendlichen an. Mit Fortbildungs-

bereitschaft in Verbindung mit einer Weiterentwicklung des Praxismanagements im Team können die Hausärzte den genannten Herausforderungen erfolgreich begegnen.

Kernmerkmale der Hausarztmedizin

- Ärztliche Primärversorgung für eine „unausgelesene“ Patientengruppe
- Erster ärztlicher Ansprechpartner für alle körperlichen und seelischen Beschwerden
- Oft langjährige Kenntnis der Patienten
- Sicherstellung einer angemessenen Stufendiagnostik und Therapie
- Reichweite der Betreuung bis in das häusliche Umfeld und den sozialen Kontext der Patienten
- Gesundheitsberatung und -förderung
- Koordinations- und Integrationsfunktion
- Federführung in der Abstimmung zwischen den Versorgungsebenen
- Zusammenführung aller medizinischen Befunde und Daten
- Vermittlung von Hilfe und Pflege im Bedarfsfall

Wer sollte sich bewerben?

Die Initiatoren des Berliner Gesundheitspreises möchten solche hausärztlichen Praxen oder ihre Verbände zur Bewerbung auffordern, die

- eine kontinuierliche und systematische Qualitätsverbesserung ihrer Arbeit anstreben,
- das Thema Patientensicherheit im Auge haben,
- sich wirksam und stetig fortbilden,
- sich der Versorgung chronisch Kranker verpflichtet fühlen,
- in der Erwachsenenmedizin besondere Kompetenz in der Versorgung geriatrischer Patienten haben,
- um eine Umsetzung evidenzbasierter und strukturierter medizinischer Leitlinien unter Berücksichtigung der spezifischen Versorgungsanforderungen in der Hausarztpraxis bemüht sind,
- ihre Arbeit in gezielter Kooperation und Koordination mit anderen Versorgungseinrichtungen und Gesundheitsberufen tun,
- eine auf Nachhaltigkeit gerichtete Patientenführung und Monitorierung erreicht haben,
- den Aspekten der Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation Rechnung tragen,
- um eine wirtschaftliche Behandlungs- und Verordnungsweise bemüht sind,
- bewusst einen Teamansatz für alle MitarbeiterInnen verfolgen,
- ein kreatives, innovatives und leistungsfähiges Praxismanagement haben,
- problemgruppenbezogene Angebote vorhalten (z.B. Schmerzprechstunde o.ä.) und
- Patientenorientierung auch mit Durchführung von Schulungen oder Self-managementprogrammen zum Ausdruck bringen.

Zielgruppen

Angesprochen sind hausärztliche Einzel- und Gruppenpraxen (Allgemeinmediziner, Kinderärzte, hausärztlich tätige Internisten) sowie projektbezogene oder dauerhafte Verbände und Netzwerke solcher Praxen.

Bewertungskriterien

Bei diesem Preis für Hausärzte rangieren Art und Originalität der Inhalte der Bewerbungen in ihrer Bedeutung eindeutig vor formaler Professionalität und Umfang.

Die Beurteilung der eingereichten Arbeiten orientiert sich allgemein an folgenden Bewertungskriterien:

- Die Beschreibung der speziellen Innovationen und Besonderheiten in der hausärztlichen Praxis ist verständlich und aussagekräftig.
- Die beschriebenen Verfahren und Praxismodelle basieren auf alltagspraktischer Erprobung oder stehen kurz vor ihrer Umsetzung.
- Die vorgestellten Praxismodelle und Methoden sind breit einsetzbar und niedrigschwellig in die hausärztliche Versorgungspraxis implementierbar.
- Die beschriebenen Maßnahmen haben ein günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis und eine realistische Finanzierungsperspektive.
- Eine verbesserte medizinische Versorgungsqualität oder Patientenzufriedenheit infolge der Praxisinnovationen kann belegt werden.
- Rein technische Innovationen (EDV, Telekommunikation, medizinische Geräte etc.) erhalten a priori keine hohe Bewertung.

Teilnahmebedingungen

- Die beschriebenen Verfahren und Praxismodelle sind Bestandteil der täglichen Versorgung oder stehen kurz vor der Einführung.
- Sofern Arbeiten auch für andere Preise eingereicht wurden bzw. schon einen Preis erhalten haben, ist dieses der Geschäftsstelle Berliner Gesundheitspreis mitzuteilen.
- Der Umfang der Wettbewerbsbeiträge sollte 20 Seiten nicht überschreiten. Anlagen können zusätzlich eingereicht werden.
- Die Arbeiten sind in dreifacher Ausfertigung und per E-Mail - inklusive einer einseitigen Zusammenfassung - mit dem Teilnahmechein **bis zum 30.09.2004** bei der **Geschäftsstelle „Berliner Gesundheitspreis“ AOK-Bundesverband Charlottenstr. 42, 10117 Berlin** einzureichen. Es gilt das Datum des Poststempels.

Auswahlverfahren

- Die Entscheidung über die Preisträger trifft eine unabhängige Jury. Für den ersten bis dritten Preis werden Preisgelder in Höhe von 15.000 €, 10.000 € und 7.500 € vergeben. Darüber hinaus werden Sonderpreise vergeben. Der Jury bleibt eine Neuaufteilung des Preisvolumens von 50.000 € vorbehalten.
- Gegen Entscheidungen der Veranstalter und der Jury ist der Rechtsweg ausgeschlossen. Mitarbeiter der Veranstalter sind von der Teilnahme ausgeschlossen. Der Teilnehmer erklärt mit seiner Unterschrift sein Einverständnis zur auszugsweisen Verwertung und Veröffentlichung der eingereichten Arbeit sowie seines Namens im Zusammenhang mit der Teilnahme am „Berliner Gesundheitspreis 2004“ durch dessen Initiatoren.



Jury

Eine Jury aus Wissenschaft, Praxis und Gesundheitspolitik entscheidet über die Vergabe des „Berliner Gesundheitspreises 2004“.

Mitglieder der Jury sind:

- **Prof. Dr. Vittoria Braun**, niedergelassene Allgemeinmedizinerin mit Lehrauftrag an der Charité
- **Dr. Hans-Georg Faust**, MdB, Mitglied des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung
- **Prof. Dr. Gisela Fischer**, Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
- **Dr. Leonard Hansen**, stellvertretender Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
- **Dr. Günther Jonitz**, Präsident der Ärztekammer Berlin
- **Klaus Kirschner**, MdB, Vorsitzender der Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung
- **Klaus Koch**, freier Wissenschaftsjournalist
- **Helga Kühn-Mengel**, MdB, Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten
- **Wolfgang Metschurat**, Vorsitzender des Verwaltungsrates der AOK Berlin
- **Gert Nachtigal**, alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrates des AOK-Bundesverbandes
- **Fritz Schösser**, Vorsitzender des Verwaltungsrates des AOK-Bundesverbandes
- **Ulrich Weigeldt**, Vorsitzender des Berufsverbandes der Allgemeinärzte in Deutschland (Hausärzterverband)

Verantwortung über die Medizin hinaus

Der wohl prominenteste Redner des Berliner Kongresses der IPPNW in Berlin (Programm siehe Seite 31) wird der weltberühmte Kardiologe Bernard Lown sein. Rosemarie Stein stellt diese außergewöhnliche Arztpersönlichkeit vor.

Passt das alles in ein einziges Leben, auch wenn es schon fast 83 Jahre währt? Ein international renommierter Forscher, der allein durch die Entwicklung der Defibrillation Hunderttausenden von Herzkranken das Leben rettete. Ein einfühlsamer Arzt, der das Zuhören für das wichtigste Element der Diagnostik hält. Ein verehrter Lehrer, der seine ärztliche Haltung auch durch sein Vorbild zahlreichen Schülern vermittelte. Und ein homo politicus, der die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens geißelt und die soziale Verantwortung seiner Zunft nicht nur erkennt, sondern in die Tat umsetzt.

Er war Initiator, Mitbegründer (zusammen mit seinem Moskauer Kollegen Evgenij Chazov) und erster Präsident der IPPNW, der „International Physicians for the Prevention of a Nuclear War“. Das war 1980, mitten im Kalten Krieg, und die ärztliche Friedensbewegung trug nicht wenig zur Erwärmung des internationalen Klimas und zur atomaren Abrüstung bei. Schon 1960 hatte Lown die Gruppe ins Leben gerufen. Sie lebte im heutigen Namen der IPPNW wieder auf: „Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges – Ärzte in sozialer Verantwortung“.

Diese Verantwortung nimmt Lown auch als Kardiologe ernst: Er schuf 1987 ein Satellitensystem, das Ärzten der Dritten Welt einen schnellen Zugang zum gerade nötigen medizinischen Wissen ermöglicht: „Satellife“, und später auch ein speziell kardiologisches Informationsprogramm: „Procor“. Und dann die globale soziale Verantwortung: Vor einem „zweiten nuklearen Zeitalter“, vor dem akuten Risiko eines von seinem Land, den USA, ausgehenden Atomkriegs, hatte Lown schon im April 2003 im IPPNW-



Bernard Lown spricht am Sonntag, 9. Mai 2004 auf dem Abschlussplenum des Kongresses. Beginn: circa 13 Uhr, Urania, Großer Saal.

Forum gewarnt. Da analysierte er die gefährlichen Planspiele des Pentagons, das in einem – öffentlich kaum beachteten – Grundsatzpapier zur militärischen Nuklearstrategie den Einsatz von Atomwaffen rechtfertigte. In Berlin wird er wieder auf dieses Thema eingehen.

Was geht das denn die Ärzte an? Lown denkt da wie einst Virchow: Politik als Medizin im Großen. Ärzte sollten sich auch um die „Gesundheit“ unseres Planeten kümmern. Ein Atomkrieg wäre das größte anzunehmende Gesundheitsrisiko für die Menschheit.

Wer ist dieser schier unheimlich vielseitige Bernard Lown? Geboren wurde

er 1921 als Sohn eines Schuhmachers in Litauen. 1935 emigrierte die Familie nach Amerika. Schon als Medizinstudent setzte er sich für die Bürgerrechte von Frauen, Juden und Farbigen ein und wurde zeitweise suspendiert, weil er „farbige“ und „weiße“ Blutkonserven nicht trennte. Nach der Promotion 1945 an der John Hopkins University arbeitete er als Assistenzarzt unter anderem in der Kardiologie des berühmten Peter Bent Brigham Hospitals in Boston, zunächst bis 1953.

Dann sollte er als Militärarzt in Korea eingesetzt werden und – es war in der Ära McCarthy – vorher angeben, welcher von 400 aufgelisteten „subversiven“ Organisationen er angehört hatte. Als er sich weigerte und die Abschaffung solcher Diskriminierungen forderte, degradierte man ihn. Strafversetzt in ein Provinzlazarett, musste er 1954 ein Jahr lang morgens die Korridore saubermachen und nachmittags als Arzt praktizieren. Sein früherer Lehrer Samuel Levine schaffte es, dass das Peter Bent Brigham Hospital den überall Abgewiesenen schließlich wieder anstellte.

Es tat gut daran, denn der kreative Kardiologe mehrte den Weltruhm der Klinik. Schon früh hatte Bernard Lown sich auf Herzrhythmusstörungen spezialisiert. Mehrere kardiologische Fachtermini beginnen mit seinem Namen. Vor allem aber entwickelte er die Elektrodefibrillation zur Behandlung des tödlichen Kammerflimmerns (1962) und die Elektrokardioversion zum Beenden des gefährlichen Vorhofflimmerns (1967).

Was ihn selbst offenbar mit mehr Stolz erfüllt: Zusammen mit Levine holte er die Infarktpatienten frühzeitig aus den Betten, in denen sie damals vier bis sechs Wochen lang regungslos ausharren mussten. Viele starben, vor allem an Lungenembolien. Lown hatte anfangs größte Mühe, für eine Studie über seine „Sesseltherapie“ genügend Patienten zu rekrutieren, denn die Kollegen warfen ihm verbrecherische Menschenversuche wie die der Nazis vor. Sie waren sehr schnell bekehrt, denn seinen Patienten ging es physisch wie psychisch

Europäischer Kongress der IPPNW

7. bis 9. Mai 2004 – Urania Berlin

**Atomwaffen & Atomenergie in einer instabilen Welt
Analysen und Auswege**

Freitag, den 7.5.2004	Samstag, den 8.5.2004	Sonntag, 9.5.2004
<p>20 Uhr Rückblick auf 6 Jahrzehnte Atomzeitalter Th. Affolter und Th. V. Fragstein lesen Texte von R. Jungk, Einstein, E. Kästner, T. Bastian, A. Roy, S. Alexijewitsch u.a. Vom atomaren und fossilen zum solaren Zeitalter Vortrag von H. Scheer Zwischentöne mit Vibratango und A. Gerhardt, Cello</p>	<p>9-13 Uhr Auftaktplenum und Forum 1-6 14.30-16.30 Uhr Workshop 1-7 17.00-18.30 Uhr Podiumsgespräch Pazifismus – Utopie oder Ausweg E. Drewermann/H.-E. Richter/ K. Wecker 20 Uhr Benefizkonzert (s. Meldung S. 6)</p>	<p>9-10 Uhr Forum 7-9 10.15-12.00 Uhr Workshop 8-14 12.30-13.30 Uhr Podiumsgespräch Vision einer Welt ohne atomare Bedrohung C. Biegert/H.-P. Dürr/J.v. Uexküll 13.30-15.00 Uhr Abschlussplenum Ideen und Mut für die Zukunft U. Gottstein/B.Lown/K. Wecker</p>

**Veranstaltungsort
Anmeldung/Kongressbüro**

Urania Berlin, An der Urania 17, 10787 Berlin-Schöneberg
IPPNW
Körtestraße 10, 10967 Berlin, Tel. 030/698 07 40, Fax 030/693 81 66,
atomkongress@ippnw.de, www.ippnw.de, www.atomkongress.de
Kongressbeitrag: Erwerbstätige 50 €, ermäßigt 25 €, Förderbeitrag 100 €;
An IPPNW e.V., Konto Nr. 600 148 59 bei der Stadtparkasse Rastatt, BLZ 665 500 70,
Stichwort: „Anmeldung Atomkongress“.

Unterstützt wird der Kongress von der Ärztekammer Berlin, Attac Deutschland, BUND, EWS-Elektrizitätswerke Schönau GmbH, Greenpeace, H & P Druck, Urania Berlin e.V.

**Das ausführliche Programm sowie die Liste der Referentinnen und Referenten finden sie im Internet unter
www.atomkongress.de.**

ganz erheblich besser. Die Methode setzte sich rasch durch, die Kliniktage der Infarktpatienten konnte halbiert werden, die Krankenhaus-Mortalität sank um ein Drittel. „Bedenkt man, dass in den USA etwa eine Million Menschen jährlich Herzinfarkte erleiden, dann konnten ungefähr einhunderttausend Menschenleben jedes Jahr durch diese einfache Strategie gerettet werden.“

Das schreibt Lown selbst in seinem gar nicht genug zu empfehlenden Buch „Die verlorene Kunst des Heilens“ (Schattauer, Stuttgart 2002), das mitreißend und unterhaltsam geschrieben und mit vielen, teils nachdenklichen, teils umwerfend komischen Patienten-

geschichten gewürzt ist. Darin weist er auf eine Paradoxie seines Lebens hin: Die kardiologische Technik, die er ja wesentlich mitbestimmte, habe die Medizin weiter depersonalisiert. Seine Forschungsarbeiten hätten „genau den Dingen Vorschub geleistet, die ich zutiefst missbillige“.

Gemeint ist jene „Reparaturmedizin“, die den Kranken als bloßes Objekt betrachtet, Techniken wie zum Beispiel den Herzkatheter übertrieben oft einsetzt und vergessen hat, dass das wirksamste diagnostische und therapeutische Gerät des Arztes das Gespräch ist. Lown hat sich bei aller Kritik nicht etwa von Wissenschaft und Technik

abgewandt, aber er sieht sie als Mittel der ärztlichen Kunst. Ein anderes Buch von ihm trägt den Titel: „Practicing the Art while Mastering the Science“.

Das Plädoyer für die Wiederbelebung der Heilkunst auf der Basis der wissenschaftlichen Medizin ist besonders überzeugend, weil es von einem Emeritus der Harvard-Universität mit 20 Ehrendoktorhüten und vielen anderen Ehrungen kommt. Eigentlich, so sagen die Fachkollegen, hätte er den Medizin-Nobelpreis verdient. Stattdessen nahm er, zusammen mit dem Kardiologen-Kollegen Chazov, 1985 den Friedensnobelpreis für die IPPNW entgegen. R. St.