

## Das Schiedsamt muss entscheiden



Foto: KV Berlin

### Dr. med. Angelika Prehn

*...ist Vorstandsvorsitzende der KV Berlin und niedergelassene Allgemeinmedizinerin in Friedrichshain*

Sicherlich haben auch Sie die aktuelle Diskussion über die drohenden finanziellen Kürzungen in der ambulanten Facharztmedizin aufmerksam verfolgt. Hintergrund ist ein Urteil des Bundessozialgerichts (BSG), nach dem ärztliche und psychologische Psychotherapeuten für zeitgebundene Leistungen Anspruch auf eine bessere Vergütung haben. Die Krankenkassen in Berlin weigern sich jedoch, einen angemessenen Preis zu zahlen, obwohl jede Therapie von ihnen genehmigt wurde. Wir haben deshalb das Landesschiedsamt angerufen und verlangen, dass der Nachvergütungsbetrag für den Zeitraum von 2000 bis 2/2004 als auch die bisherigen Stützungszahlungen der KV komplett von den Krankenkassen finanziert werden.

Beim Schiedsamt werden wir dezidiert vortragen, was von den Krankenkassen bezahlt wird und was noch offen ist. Wichtiger aber ist, dass sich jeder klar darüber wird, worum es eigentlich geht: Mit der Integration Psychologischer Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in die vertragsärztliche Versorgung 1999 haben die Berliner Krankenkassen ein Psychotherapeutenbudget bereitgestellt, das von Anfang an zu gering

bemessen war. Auch als die Zahl der Therapeuten und die Zahl der von ihnen genehmigten Therapien immer weiter stieg (seit 2000 um rund 50 Prozent), waren sie nicht bereit, die Mehrkosten zu übernehmen.

Dies hat dazu geführt, dass das von den Krankenkassen zur Verfügung gestellte Geld nicht einmal ausgereicht hat, um den alten Mindestpunktwert für psychotherapeutische Leistungen zu bezahlen. Der nämlich wurde seit 2002 von den Fachärzten gestützt – mit einem Betrag von fast 20 Millionen Euro allein bis zum 2. Quartal 2004. Weitere 66 Millionen wären es gewesen, wenn die KV hellseherisch schon im Jahr 2000 die jetzt erst feststehende neue Mindestpunktwertformel gekannt und rein vorsorglich Geld zurückgestellt hätte. Dann wären den Fachärzten rund zehn Prozent ihrer trennungsrelevanten Vergütung entzogen worden. Eine solche spekulative Rücklagenbildung wäre zu Recht auf den massiven Protest der Fachärzte gestoßen. Und den Krankenkassen hätten wir ein Argument dafür geliefert, nicht zahlen zu müssen: Das Geld für die Nachzahlung sei bei der KV ja schließlich vorhanden.

Erst seit dem 29. Oktober letzten Jahres, dem Tag, an dem der Bewertungsaus- schuss das Rechenmodell zur Umset-

zung des BSG-Urteils festlegte, steht das Ausmaß der Honorarangleichung fest: Den Berliner Psychotherapeuten steht für den Zeitraum 2000 bis zum Quartal 2/2004 eine Nachvergütung von rund 66 Millionen Euro zu. Für das 3. Quartal 2004 haben wir den neuen Mindestpunktwert vorerst aus dem Facharzttopf bedient mit der Folge, dass der Umsatz dieser Praxen um fast 10 Prozent gesunken ist. Die Auszahlung der kompletten Nachvergütungssumme, auch wenn sie über mehrere Quartale gestreckt würde, hätte für diese Praxen weit größere finanzielle Auswirkungen.

Ich möchte hier noch einmal ausdrücklich betonen, Erbringer psychotherapeutischer Leistungen haben einen berechtigten Anspruch auf eine angemessene Vergütung. Die KV hat aber auch Sorge dafür zu tragen, dass die Honorarangleichung von den Krankenkassen und nicht von den Fachärzten finanziert wird. In dieser Zielsetzung sollten sich Psychotherapeuten, Fachärzte und Hausärzte einig sein.

Ihre

*Angelika Prehn*



TITELTHEMA.....

**Der ärztliche Arbeitsmarkt – Welche Rolle spielt Berlin?**

Im Gegensatz zu fast allen anderen Berufsgruppen herrscht bei den Ärzten Vollbeschäftigung. Wer regional mobil ist, findet einen Job; allerdings nicht unbedingt in Berlin. Die für Ärzte äußerst attraktive Stadt bringt als Ausbildungsschmiede weit mehr Mediziner hervor als sie ernähren kann. Und leider gibt es auch hier in künftig besonders nachgefragten Fächern nicht mehr genug Weiterbildungsstellen.

Von Sybille Golkowski .....14

MEINUNG.....

**Das Schiedsamt muss entscheiden**

Von Angelika Prehn.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell* .....6

**Influenza-Pandemieplan veröffentlicht** Mitteilungen des RKI.....11

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK....

**Was der Fall Vioxx lehrt**

Eine Veranstaltung der Berliner Medizinischen Gesellschaft gab Anlass zu einem Resümee.

Von Rosemarie Stein .....12

**Deutscher Ärztekongress**

Programmhinweis und Veranstaltungen der Ärztekammer Berlin .....21

**Einführung einer Rente für nichteheliche Lebenspartner ?**

Im Rahmen einer Satzungsüberarbeitung der Berliner Ärzteversorgung steht im Kammerparlament eine wichtige Grundsatzfrage zur Diskussion: Sollen künftig auch Lebenspartner (eingetragene wie nicht eingetragene) eine Hinterbliebenenversorgung erhalten? Die Meinungen darüber

sind geteilt. Wir baten Carsten Belter und Elmar Wille um ein Pro und Contra..... 22

**Personalmangel wird für hilflose Patienten zum Problem**

Bericht von der Sonder-Delegiertenversammlung am 19. Januar 2005  
Von Sybille Golkowski.....24

**Wir verstehen uns doch, oder?**

Seit 2003 stehen in Berlin 74 Gemeindefolmetscher für 13 Sprachen zur Verfügung. Sie wurden von der Gesundheit Berlin e.V. eigens für die Begleitung ausländischer Patienten zum Arzt ausgebildet.

Von Antje Müller-Schubert.....27

PERSONALIEN.....

**Dieter Scheffner zum 75sten.....21**

FEUILLETON.....

**Sind Sie der Liedermacher Bomberg?**

Zu DDR-Zeiten griff der Anästhesist Karl-Heinz Bomberg aus Protest zur Gitarre – und bekam jede Menge Ärger mit der Stasi. Aufgegeben hat er indes nie. Auch nach der Wende ist der inzwischen auch zum Facharzt für Psychotherapie ausgebildete Liedermacher auf der Bühne zu sehen.

Von Rosemarie Stein .....30

**Impressum .....38**

### Vier Kliniken erhielten KTQ-Zertifikat



Foto: Klaus Mihatsch

Mit einem KTQ-Zertifikat wurden jetzt vier weitere Berliner Krankenhäuser ausgezeichnet: Das Martin-Luther-Krankenhaus, die Elisabeth-Klinik, das Evangelische Krankenhaus Hubertus und das Fachkrankenhaus für Lungenheilkunde und Thoraxchirurgie. Allesamt gehören sie zum Verein zur Errichtung evangelischer Krankenhäuser e.V.

Im Rahmen der Zertifizierung, die seit 2002 in allen vier Häusern lief, wurden zahlreiche qualitätsverbessernde Projekte auf den Weg gebracht. Hierzu gehört u. a. ein neues Aufnahme- und Entlassungsmanagement, ein Risikomanagement, ein systematischer Umgang mit Beschwerden, neue Arbeitszeitmodelle im ärztlichen Dienst, Palliativmedizin und Servicezeiten für Patienten.

Investitionen im siebenstelligen Bereich haben die Kliniken in die Qualitätsoffensive gesteckt, betonte Ulrich Metzmacher-Ritterspach, der Vorstandsvorsitzende der Trägergesellschaft bei der feierlichen Zertifikatsverleihung.

Damit tragen nun acht Berliner Krankenhäuser ein KTQ-Zertifikat. Bisher wurden das Deutsche Herzzentrum, das Paulinenkrankenhaus, die Park-Klinik Weißensee und die Schloßpark-Klinik ausgezeichnet.

Das KTQ-Zertifikat prüft Transparenz, Managementvorgaben und eine vorbildliche Qualitätsstrategie bei allen Arbeitsprozessen. Nach einem festgelegten Schema werden eine Selbstbewertung und im Anschluss eine Fremdbewertung durch externe

Visitoren aus anderen Krankenhäusern organisiert. Dies erfolgt anhand eines umfangreichen Kriterienkataloges. Entwickelt wurde das KTQ-Zertifikat (das Kürzel steht für „Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen“) von der Bundesärztekammer, den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Deutschen Pflegerat und dem Dachverband

der kirchlichen Krankenhausträger ([www.ktq.de](http://www.ktq.de)).

Unser Foto zeigt (v.l.) Bert Zeckser (Martin-Luther-Krankenhaus), Dr. Irina Taurit (Ev. Krankenhaus Hubertus), Anja Lange (Elisabeth Klinik), Beate Dräger (Fachkrankenhaus für Lungenheilkunde und Thoraxchirurgie) und Prof. Friedrich Wilhelm Kolkmann (KTQ) bei der Übergabe des Zertifikats.

### Fortbildung

#### Risikomanagement im Krankenhaus

Erstmals bietet die Ärztekammer Berlin zum Thema „Risikomanagement“ eine Fortbildungsveranstaltung für Ärzte an. Schwerpunkt des dreitägigen Kurses ist der Aufbau eines Risikomanagements und seine Umsetzung und Weiterentwicklung im stationären Bereich. Die Teilnehmer lernen, Risiken zu vermeiden bzw. zu verringern und nach eintretenden Schadensereignissen ausgewogen damit umzugehen.

Neben der Vermittlung von Kenntnissen zu Instrumenten und Methoden des Risikomanagements wird das Thema aus der Perspektive der Krankenkassen, der Patienten und der Medien mit Referenten aus den jeweiligen Bereichen dargestellt.

Die dreitägige Fortbildung richtet sich an alle in der stationären Versorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte mit mehrjähriger Berufserfahrung im Qualitätsmanagement.

**Termin: 13. bis 15. April 2005,  
ganztagig (9 bis 18 Uhr)**

**Teilnehmergebühren: 580 €.  
(inkl. Unterlagen und Verpflegung)**

Die Teilnehmerzahl ist auf 25 begrenzt. Telefonische Auskünfte werden unter 40 80 6 - 1206 erteilt, E-Mail-Anfragen und Anmeldungen richten Sie bitte an [riskmanag2005@aekb.de](mailto:riskmanag2005@aekb.de)

*Methadon-Substitution***Clearingstelle aufgelöst**

Die Clearingstelle der Ärztekammer Berlin musste Ende 2004 ihre Tätigkeit einstellen, weil die Finanzierung durch das Land Berlin nicht mehr fortgeführt wurde. Der Schritt löste bei substituierenden Ärzten wie auch bei den kooperierenden Drogenhilfeeinrichtungen Bedauern aus. Als Koordinationsstelle für die Methadon-Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Patientinnen und Patienten in Berlin war die Einrichtung im Jahr 1990 eröffnet worden.

Zu jener Zeit steckte die Substitutionsbehandlung in Deutschland noch in den Anfängen; die Behandlungsmethode war außerordentlich umstritten, die rechtliche Situation unklar und eine Infrastruktur (Kassenfinanzierung, kooperierende Krankenhäuser, Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Drogenberatungsstelle) noch in weiter Ferne. Weder Ärzte noch Mitarbeiter der Drogenhilfe hat-

ten Erfahrung mit der Methode. Die Zusammenarbeit zwischen Ärztekammer und Senat in der Drogenhilfe kam Mitte der 80er Jahre zustande. Seinerzeit hatte die Kammer aufgrund der Anfragen von Ärzten Position zum Thema „Substitution von Opiatabhängigen“ bezogen und eine Kooperation mit dem Drogenreferat aufgenommen. Als der Senat sich nach einer Expertenanhörung 1989 entschied, die Substitution als ein offizielles Standbein der Drogenhilfe zu etablieren, fiel die Entscheidung zur Gründung einer Clearingstelle bei der Kammer.

Die ärztlich geleitete Einrichtung in der Moabiter Stephanstraße hatte die Aufgabe, Ärztinnen und Ärzte für die Substitutionsbehandlung adäquat vorzubereiten und fortzubilden und die Zusammenarbeit des ärztlichen Bereichs mit der Drogenhilfe zu koordinieren. Ein Arbeitsausschuss der Ethik-Kommission wurde eingerichtet, der den Ärzten auf Antrag als fachkundiges Gremium beratend und unterstützend zur Seite stand und Rechtssicherheit gab.

Dass die Finanzierung gefährdet ist, zeichnete sich schon länger ab. Das Land Berlin signalisierte dies bereits im Jahr 2003. Zum Ende des Jahres 2004 wurden die Zuwendungsmittel schließlich gänzlich gestrichen. Hintergrund ist die Haushaltslage, die auch dem Drogenhaushalt drastische Einsparungen auferlegt hat. Angesichts dieser Situation sah man sich gezwungen, künftig auf die koordinierende und supervidierende Tätigkeit der Clearingstelle zu verzichten. Zeitgleich mit der Schließung wurde auch der Ausschuss „S“ der Ethik-Kommission aufgelöst. In Zukunft werden einige der bisherigen Tätigkeiten der Clearingstelle ersatzlos wegfallen müssen, andere werden von anderen Einrichtungen übernommen:

- So wird die Abteilung Qualitätssicherung der Kassenärztlichen Vereinigung in Zukunft

die Hilfepläne der Drogenberatungsstellen als Ergänzung zu den Arztanträgen überprüfen. Auch Fragen nach Ärzten mit Behandlungskapazität können dort beantwortet werden (Tel. 31 003 439).

- Fragen zur psycho-sozialen Betreuung können an alle Drogenberatungsstellen gerichtet werden. Auskunft über die regional zuständige Stelle kann das Drogenreferat des Senats von Berlin geben (Tel. 90 28 16 62).

- Der Drogennotdienst, der 24 Stunden erreichbar ist, kann viele Fragen zu aktuellen Problemen im Zusammenhang mit Drogenabhängigkeit beantworten (Tel. 19 237).

- Die Kurse für die „Suchtmedizinische Grundversorgung“ werden von der Ärztekammer Berlin organisiert, hier können sich Interessenten auch anmelden (Tel. 40 80 61 -301/-303).



## NATURHEILTAGE BERLIN FRÜHJAHRSKONGRESS 2005 – Kurs I

An zwei aufeinander folgende Wochenenden:  
Freitag bis Sonntag, 08.-10.04. und 22.-24.04.2005

**Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“  
oder zertifizierte Fortbildung zu Spezialgebieten der Naturheilverfahren**

### Demenz

## Neue Therapieempfehlungen



Eine überarbeitete 3. Auflage ihrer Therapieempfehlungen zur Demenz hat die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft gerade veröffentlicht. Auf der Grundlage strenger Evidenzkriterien wurden alle Therapieoptionen nach dem neuesten Forschungsstand bewertet. Von allen deutschsprachigen Leitlinien zu diesem Thema weisen die Therapieempfehlungen nach Aussagen der Verfasser die höchste Übereinstimmung mit führenden internationalen Empfehlungen auf, wie z. B. der American Society of Neurology, der New Zealand Guidelindes Group oder der Canadian Conference of Demencia. Mit eingeflossen sind auch neuere Publikationen zur Pharmakotherapie, so unter anderem auch die Ergebnisse der kontrovers diskutierten AD2000-Studie.

Die Therapieempfehlungen „Demenz“ können gegen eine Schutzgebühr in einer Lang-

<b>Veranstalter:</b>	Ärztegesellschaft für Naturheilverfahren (Physiotherapie) Berlin-Brandenburg e.V.		
<b>Inhalte:</b>	<b>Phytotherapie:</b> (09.04.)	Einführung, bei Magen-/Darm erkrankungen Leber-/Gallenerkrankungen, rheumatischen Erkrankungen	8 P
	<b>Mikrobiol. Therapie:</b> (24.04.)	Mikroökologie des Darmes; Praxis der mikrobiologischen Therapie	4 P
	<b>Ordnungstherapie:</b> (22.04.)	Meditation, Kontemplation; NLP-Übung für die Praxis	4 P
	<b>Ernährungstherapie:</b> (23.04. vorm.)	Zusatz- und Schadstoffe in Lebensmitteln; Konzeption der Vollwerternährung	4 P
	<b>Schwerpunktthema:</b> (23.04. nachm.)	Bewegung als Naturheilverfahren	4 P
<b>Anmeldung:</b>	Vitanas Krankenhaus für Geriatrie, Senftenberger Ring 51, 13435 Berlin, Tel. 030/ 4020-9794, Fax -9795, E-Mail: r.heinzler@vitanas.de		
<b>Veranstaltungsort:</b>	St. Gertrauden Krankenhaus, Paretzer Str. 12, 10713 Berlin-Wilmersdorf		
<b>Gebühren:</b>	300 € für den gesamten Kurs I. Programm unter: <a href="http://www.naturheiltage-berlin.de">www.naturheiltage-berlin.de</a>		

und einer Kurzversion bei der Arzneimittelkommission bestellt werden. Ein Formular finden Sie im Internet unter [www.akdae.de](http://www.akdae.de) unter dem Pfad „Therapieempfehlungen“, „Aktuelle Hefte“. In Kürze werden sie auch im Internet als pdf-Dateien verfügbar sein.

Die Arzneimittelkommission ist eine Einrichtung der Bundesärztekammer. Sie bietet Ärzten den Service einer industrieunabhängigen evidenzbasierten Information zu Arzneitherapien und anderen Behandlungskonzepten.

### Veranlagungserklärung

## Hilfestellung im Internet

Mitglieder, die Fragen zur Veranlagungserklärung haben, bekommen jetzt Hilfe im Internet. Die Ärztekammer Berlin hat auf ihrer Homepage ein Musterformular eingestellt, auf dem man an der jeweils richtigen Stelle Fenster anklicken kann, die einem Detailfragen erläutern. Die Texte gehen noch weit über das schriftliche Begleitmaterial zur Beitragsveranlagung hinaus. Eingeflossen ist die Erfahrung des Referats Beiträge mit be-



sonders häufig am Telefon gestellten Rückfragen. Zu finden ist das Hilfe-Formular unter [www.aerztekammer-berlin.de](http://www.aerztekammer-berlin.de) über den Pfad Kammer/ Mitgliedschaft/ Der Beitrag der Ärztekammer Berlin.

### Arzthelferinnen-Prüfung

## 87,8 % bestanden

Die Winterprüfung der Arzthelferinnen bei der Ärztekammer Berlin wurde erfolgreich abgeschlossen. Die Durchführung der Prüfung in den Räumen des Fort- und Weiterbildungszentrums der Ärztekammer Berlin bewährt sich. Insgesamt haben 205 Prüflinge an der Prüfung teilgenommen, von denen 25 Auszubildende, das heißt 12,2 Prozent, nicht bestanden haben. Die erfreulich niedrige Durchfaller-Quote bestätigt einen neuen Trend – die Prüfungsergebnisse werden wieder besser.

### Deklaration

## Arzneimittelskandalen vorbeugen

...will die „Berliner Deklaration zur Pharmakovigilanz“. Medikamente müssten weit besser als bisher auf unerwünschte Wirkungen überwacht werden, die vor der Zulassung entweder heruntergespielt wurden oder bei den ersten klinischen Prüfungen noch gar nicht entdeckt werden konnten.

Die Zahl schwerer Nebenwirkungen werde zunehmen, weil durch die Globalisierung des Marktes Tausende von Patienten überall auf der Welt

zugleich betroffen sind – wie bei Vioxx. Zur Prävention von Arzneykatastrophen wird Transparenz der Studiendaten, Wachsamkeit aller Beteiligten, aktive Fahndung nach Arzneimittelschäden gefordert, schließlich ein gut und schnell arbeitendes Frühwarnsystem.

Die Deklaration wurde von der europäischen Sektion der „International Society of Drug Bulletins (ISDB)“ verabschiedet. Das ist die Vereinigung von 81 industrieunabhängigen

Pharma-Informationsblättern aus 34 Ländern. Federführend für den 32-seitigen Text waren die vier deutschen unabhängigen Blätter (drei davon mit Sitz in Berlin) „ARZNEIMITTELBRIEF“, „Arznei-Telegramm“, „Pharma-Brief“ sowie die von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft herausgegebene „Arzneiverordnung in der Praxis“. Auf die Deklaration wird BERLINER ÄRZTE in einer späteren Ausgabe ausführlich eingehen.

R.St.

Polen

## Erster Austausch mit Ärztekammer Warschau

Die polnische Hauptstadt Warschau war Anfang Februar Reiseziel einer Delegation der Ärztekammer Berlin. Präsident Dr. med. Günther Jonitz, Geschäftsführer Dr. med. Gerhard Andersen und die fließend polnisch sprechende Dr. med. Rita Kielhorn-Haas, DV-Mitglied und langjährige Vizevorsitzende der KV-Berlin, trafen sich auf Einladung der Ärztekammer Warschau/Mazowieckie zu einem ersten Austausch mit Vertretern der dortigen Kammer. Der Besuch gab Gelegenheit zum Einblick in die Arbeitsbedingungen der Kollegen jenseits der Oder.

Im noch überwiegend über staatliche Einrichtungen organisierten Gesundheitssystem sind

die Löhne sehr niedrig. Deshalb haben die meisten polnischen Fachärzte parallel zwei oder drei verschiedene Jobs gleichzeitig. Denn mit dem Durchschnittsgehalt von 1300 Zloty (etwa 300 €) im Monat kommen sie nicht über die Runden. So wundert es kaum, dass 50 % der polnischen Ärzte noch eine Zulassung zur ambulanten Versorgung besitzen und nach getaner Kassensprechstunde oder Krankenhausdienst privatärztlich tätig sind. Die Gesundheitsversorgung erfolgt über eine Einheitskrankenkasse, mit der niedergelassene Ärzte Einzelverträge abschließen müssen; eine KV kennen die polnischen Nachbarn nicht. Weit besser als in Deutschland ist die Facharztweiterbildung



Foto: Archiv

organisiert. Die Weiterbildungsstellen „gehören“ nicht den Kliniken, sondern werden über die Ärztekammern vergeben. Die Ausbildung erfolgt über klare Ausbildungspläne und in Rotation.

Breiten Raum nahmen auch die Gespräche über Fortbildung, Qualitätssicherung und Berufsrecht ein. Der Austausch

beider Kammern soll in Zukunft weiter intensiviert werden. Mit großer Herzlichkeit betreuten Präsident Dr. med. Andrzej Wodarczyk, Dr. med. Krzysztof Schreyer und Dr. med. Anna Swiecicka von der Ärztekammer Warschau sowie Dr. med. Krzysztof Makuch von der nationalen Ärztekammer die Gäste aus Berlin. Ein Gegenbesuch soll noch in diesem Jahr stattfinden.

Klage

## Kammerauffassung bestätigt, Vergleich rechtskräftig

Der Vergleich zwischen der Senatsverwaltung und der Ärztekammer Berlin, der die Übernahme der Haftung für die Arbeit der Ethik-Kommission nach dem Arzneimittelgesetz regelt, ist seit Ende Januar rechtskräftig, da keine der Parteien den Widerruf erklärt hat (wir berichteten). Damit gibt die Senatsverwaltung auch zu erkennen, dass die gegenwärtigen landesrechtlichen Regelungen für die

Begutachtung von Klinischen Prüfungen nach dem Arzneimittelgesetz nicht ausreichen. Inzwischen wurde bekannt, dass der Senat dem Beispiel Bremens folgen wird und eine Landesethikkommission in eigener Trägerschaft einrichten will, die nicht einer ärztlichen Organisation oder dem Wissenschaftsbetrieb angegliedert wird. Das dazu benötigte Landesgesetz wird vorbereitet.

Berlin

## Gesundheitsbericht erschienen

Die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz stellte Ende Januar den Gesundheitsbericht Berlin für die Jahre 2003 und 2004 vor.

Der Basisbericht gibt einen umfassenden Überblick über den Gesundheitszustand und die soziale Lage der Bevölkerung in Berlin sowie über das Gesundheitswesen der Stadt. Er erlaubt nicht nur die Bewertung der Berliner Situation und der Bezirke seit 1991 sondern auch den na-

tionalen und internationalen Vergleich mit Daten anderer Länder und Großstädte.

Weitere Informationen finden Sie auf der Seite der Senatsverwaltung: <http://www.berlin.de/sengessozv/statistik/index.html>.

Dort können Sie eine Kurzfassung als pdf-Datei herunterladen, sowie den gesamten Basisbericht (pdf) bestellen, der dann per Mail verschickt wird. Für eine gedruckte Fassung wird eine Gebühr erhoben. bue

## Influenza-Pandemieplan veröffentlicht

Das Robert-Koch-Institut hat den gemeinsam von Bund und Ländern getragenen Nationalen Influenza-Pandemieplan veröffentlicht. Der Plan enthält gemeinsame Empfehlungen des Bundes und der Länder zur Vorbereitung auf eine Influenzapandemie und für Maßnahmen im Pandemiefall. Das Ziel des Pandemieplans ist letztlich, Morbiditäts- und Mortalitätsraten zu senken.

Teil I umfasst die gemeinsamen Empfehlungen des Bundes und der Länder, Teil II „Analysen und Konzepte für Deutschland“ stellt den wissenschaftlichen Bericht der Expertengruppe ‚Influenza-Pandemieplanung‘ am Robert-Koch-Institut dar. In diesem Bericht werden die notwendigen Maßnahmen in Vorbereitung auf eine Pandemie, unter anderem für die Entwicklung von geeigneten Impfstoffen, Medikamentenbevorratung und Schutzmaßnahmen in Krankenhäusern und im ambulanten Bereich ausführlich beschrieben. Ein Aktionsplan, der die einzelnen Maßnahmen für die jeweiligen Vorbereitungsstufen und Phasen einer Pandemie detailliert zusammenfasst, wird derzeit zwischen Bund und Ländern abgestimmt und soll als Teil III zu einem späteren Zeitpunkt veröffentlicht werden.

Die Veröffentlichung des Pandemieplans soll dazu beitragen, die notwendigen Vorbereitungs- und Schutzmaßnahmen aufzuzeigen sowie eine breite Diskussion über die Fachkreise hinaus zu ermöglichen. Bund und Länder halten insbesondere die möglichst frühzeitige Verfügbarkeit eines Impfstoffs im Falle einer Pandemie für vordringlich. Bei einer Pandemie sollte auch eine ausreichende Menge an antiviralen Arzneimitteln zur Therapie aller Erkrankten zur Verfügung stehen. Jedes Bundesland und jeder Stadt- oder Landkreis soll seine Planung hinsichtlich

der Anforderungen durch eine Pandemie überprüfen; auch Krankenhäuser sollen vorbereitet sein.

Für Krankenhäuser, Länder und Gemeinden ist es wichtig, eine Vorstellung zu bekommen, mit wie vielen Erkrankten sie rechnen müssen. Um im Pandemiefall rasch Bettenkapazitäten verfügbar zu haben, sollte in den Landkreisen und Städten mindestens ein geeignetes Hospital zur Behandlung von Influenza-Erkrankten vorgesehen werden. Auch die Ausstattung der Krankenhäuser und die Abläufe bei der Krankenversorgung bei den niedergelassenen Ärzten und im Krankenhausbereich sind zu überprüfen.



Ein Impfstoff ist die kosteneffektivste und wirksamste Maßnahme zur Prävention. Im günstigsten Fall, wenn alle Vorarbeiten gemacht wären, würden nach drei bis sechs Monaten die ersten Impfstoffdosen verfügbar sein. Die Menge, die dann produziert werden kann, hängt auch davon ab, wie viel Impfstoff die Hersteller während der saisonalen Influenzawellen absetzen und damit von der bestehenden Produktionskapazität. Eine hohe Impfquote gegen die jährlich auftretende Grippewelle, die für alle über 60-Jährigen und für chronisch Kranke empfohlen ist, nützt daher indirekt auch im Pandemiefall. Der Pandemieplan soll kontinuierlich fortgeschrieben werden.

### Weitere Informationen:

<http://www.rki.de/INFEKT/INFEKT.HTM>  
Influenza-Seiten des Robert-Koch-Instituts, unter anderem mit dem Influenza-Pandemieplan, einem Beitrag im Epidemiologischen Bulletin und Antworten auf häufig gestellte Fragen.

<http://www.who.int/csr/disease/influenza/pan/pandemic/en/> (Internet-Seiten der Weltgesundheitsorganisation zu „Pandemic preparedness“)

ANZEIGENSCHLUSS  
April-Ausgabe: 7. März 2005

## Was der Fall Vioxx lehrt

**Plötzlich und unerwartet – so schied das Mittel keineswegs dahin. Die Liste der Nebenwirkungen war wohlbekannt und allgemein zugänglich. Was also ist das Skandalöse an diesem „Skandal“ und wie kann man künftig Arzneischäden von ähnlichen Ausmaßen vermeiden?**

Das Leporello-Register der Gegenanzeigen, Nebenwirkungen und Anwendungsbeschränkungen zu Rofecoxib (Vioxx) ist in der Roten Liste 2004 noch nachzulesen. Kaum ein Organsystem fehlt, auch nicht das gastrointestinale und das kardiovaskuläre. Bei den anderen Cox-2-Hemmern, Celecoxib (Celebrex) und Valdecoxib (Bextra) sieht es ähnlich aus. Kleine Auswahl unerwünschter Wirkungen:

„Herzinsuffizienz, Palpitationen, Lungenödem, Myocardinfarkt, Hypertonie, zerebrovaskulärer Insult, Magen-Darm-Perforationen, -ulzera und -Blutungen...“ – alles zu weiland Vioxx. Oder: „Duodenal-, Magen- und Oesophagusulzera, Arthralgie (?!), Herzinfarkt, akutes Nierenversagen“ und noch viel mehr steht unter Celebrex. Auch Bextra kann konkurrieren, zum Beispiel mit „Hypertonie, Synkope, Herzinsuffizienz, Gastroduodenalulzera, Darmverschluss...“.

Kein Trost, dass es bei den konventionellen NSAR auch nicht viel anders aussieht (vom Herzen vielleicht abgesehen), denn die Coxibe sollten ja besser sein. Dass ihre viel gerühmte Magenverträglichkeit Grenzen

hat, stellte sich erst nach und nach heraus. Kein Trost auch, dass bei manchen UAW „selten“, „sehr selten“ oder „Einzelfälle“ steht. Denn das summiert sich. Im Jahre 2003 bekamen 80 Millionen Menschen Vioxx.

Wie viele Herzinfarkte aufs Konto der Coxibe gehen, ist ungewiss; die Zahl 88.000 bis 139.000, die David Graham, Mitarbeiter der amerikanischen Zulassungsbehörde FDA hochrechnete, ist anfechtbar. Vom Umsatz – zweieinhalb Milliarden Dollar – wurden hundert Millionen Peanuts für Werbung abgezweigt, auch Laienwerbung. Die ist in Amerika erlaubt, während in Deutschland das Verbot gerade bei Vioxx massiv missachtet wurde. Und natürlich wurden die Ärzte mit Werbung und Marketing zugeschüttet. Wegen „falscher, unausgewogener oder irreführender“ Behauptungen, wegen „Herunterspielen potenzieller Risiken und unzureichender Angaben zum Sicherheitsprofil von Vioxx“ wurde der Hersteller von der US-Zulassungsbehörde (nicht aber bei uns) schon 2001 abgemahnt, berichtete seinerzeit das Arznei-Telegramm.

### Wann Coxibe und wann besser nicht

Was soll man den schmerzgeplagten Arthrose-Patienten nun verordnen? Coxibe als erste Wahl sicher nicht mehr, solange es keine Langzeitstudien gibt; zumal im wirklichen Leben (nicht in der Selektion für klinische Studien) fast die Hälfte zugleich kardiovaskuläre Risiken hat. Verschiedene Empfehlungen wurden bei der erwähnten Veranstaltung vorgestellt. Der Charité-Rheumatologe Gerd Burmester wies auf eine Consensus-Konferenz von 2001 hin. Da empfahl man zwar noch für Patienten ohne kardiovaskuläre Risiken Cox-2-Hemmer bei gastrointestinaler Anamnese, aber auch sie mit Magenschutz.

Dass auch die traditionellen NSAR Ödeme und Hypertonie verursachen könnten, also ebenfalls kardiovaskuläre Risiken mit sich bringen, sagte O. Stichtenoth, Klinischer Pharmakologe an der Medizinischen Hochschule Hannover. Er empfahl eine strenge Indikationsstellung für sämtliche sauren Schmerz- und Rheumamittel, nicht nur die Coxibe, und das Ausweichen auf Paracetamol oder die kleinen Opioide. Bei hohem gastrointestinalen Risiko riet er, NSAR mit Magenschutz oder Coxibe zu verordnen, bei hohem kardialen Risiko Cox-2-Hemmer plus ASS plus Protonenpumpenhemmer.

Um eine Faustregel bat BERLINER ÄRZTE den Kardiologen Walter Thimme: Magenempfindlichen Jüngeren ohne Arteriosklerose könne man Coxibe geben, Älteren mit Arteriosklerose keinesfalls; dafür, wenn sie Magenprobleme haben, lieber NSAR plus ASS plus Magenschutzmittel. Vielfach wird geraten, möglichst kurz wirkende NSAR zu wählen, etwa Diclofenac oder Ibuprofen. Auch sollten NSAR einschließlich der Cox-2-Hemmer nicht zu lange genommen werden. Wenn die Schmerzen es erlauben, empfiehlt sich eine Pause, damit Magenschleimhaut und Herzkranzgefäße sich regenerieren können.

### Man hätte es wissen können

Wer sich wirklich informieren wollte, musste nicht die Originalstudien lesen, aus denen sich das erhöhte Herzkrisiko und die Überschätzung der Magen-Darm-Verträglichkeit ergibt. Ein Teil dieser Ergebnisse war leicht zugänglich, im Deutschen Ärz-

teblatt zum Beispiel oder im Bundesgesundheitsblatt, dessen Antirheumatika-Schwerpunkt-Heft (9/2002) auf die Coxibestudien, das thromboembolische Potenzial, die enttäuschend geringen gastrointestinalen Vorteile gegenüber den anderen NSAR und die sich häufenden Hinweise auf das kardiovaskuläre Risiko einging.

Und dann sind da natürlich die pharmaunabhängigen Arzneimittel-Informationsblätter.

„Alle haben sie von Anfang an auf die Brüchigkeit der Argumentation bei der Zulassung hingewiesen“, sagt Walter Thimme, Mitherausgeber des ARZNEIMITTELBRIEFS. Sogar das „Handbuch Medikamente“ der Stiftung Warentest (Redaktionsschluss Anfang 2004), das nicht nur für Fachkreise, sondern auch für mündige Patienten geschrieben ist, zitiert die Europäische Zulassungsbehörde mit ihrer (bei Redaktionsschluss noch in Revision befindlichen) Bewertung der Cox-2-Hemmer: Ihr Vorteil sei geringer als erwartet, auch sie hätten gastrointestinale Nebenwirkungen und das Risiko für Herz-Kreislauf-Krankheiten sei noch nicht ganz geklärt.

Aber Studien mit dem Ziel, es zu klären (wie von amerikanischen Kardiologen schon 2001 gefordert), gab es nicht. Jene Langzeitstudie (APPROOVE), die abgebrochen wurde, weil nach 18 Monaten die Zahl der Herzinfarkte und Schlaganfälle

unter Rofecoxib fast doppelt so hoch war wie unter Placebo, sollte nur die Indikation erweitern.

Kurz darauf nahm die Herstellerfirma Vioxx vom Markt. Im ARZNEIMITTELBRIEF (10/2004) heißt es dazu: „In ihrem Rote-Hand-Brief macht sie aber bereits auf ein anderes Coxib (Etoricoxib=Arconia) aufmerksam, dessen Zulassung sie in mehreren Ländern anstrebt“, obwohl über die kardialen Nebenwirkungen bei Langzeiteinnahme wenig bekannt ist. Insider fragen sich, ob Vioxx zu diesem Zeitpunkt vielleicht vom Markt genommen wurde, um nach Ablauf des Patenschutzes ein neues Mittel in der Hand zu haben, das durch massives Marketing dann wieder zum Bestseller werden soll.

### Wie wird man Marketing-resistent?

Nachdem sich nun zeigt, dass die Coxibe kaum besser, nur viel teurer sind als die konventionellen NSAR, wie Thimme

feststellt, fragen sich viele selbstkritische Ärzte, warum sie sich von diesem übermäßigen Marketing derart beeinflussen ließen und wie sie dagegen resistent werden. Damit man besser auf die Chancen und Risiken unerprobter Mittel achten kann, sollten neue Medikamente als solche gekennzeichnet werden müssen, wie neuerdings in England, sagte der Berliner Kammerpräsident Günther Jonitz auf einer Fort-

bildungsveranstaltung der Berliner Medizinischen Gesellschaft.

Der renommierte amerikanische Kardiologe Eric J. Topol schreibt in JAMA (2005; 293:366-368): „Künftig kann es nicht mehr toleriert werden, ein Medikament mit unbekanntem und verdächtigem Sicherheitsprofil so massiv zu propagieren.“

Rosemarie Stein

### Veranstaltungstipp

Auf dem Deutschen Ärztekongress veranstaltet die Ärztekammer Berlin zu diesem Thema eine eigene Fortbildungsveranstaltung:

**Kritischer Umgang mit Pharmaka**  
**Montag, 9. Mai 2005, 9.00 – 12.30 Uhr, Raum Ao4,**

Leitung: Prof. Dr. W. Niebling, Titisee-Neustadt

Die Verordnung von Medikamenten ist keineswegs so rational, wie wir glauben. In der Werbung wird häufig mit Studienergebnissen die Unverzichtbarkeit von Präparaten begründet. Was ist richtig, was ist falsch? In einem interaktiven Seminar soll anhand von aktuellen Beispielen trainiert werden, Fallstricke der angegebenen Literatur zu erkennen und den tatsächlichen Nutzen des beworbenen Medikaments richtig einschätzen zu können.

# Der ärztliche Arbeitsmarkt



*Um seinen Bedarf an Fachärzten zu decken, muss die Bundesrepublik mehr und mehr Fachärzte aus dem Ausland „importieren“; vor allem in den dünn besiedelten Regionen Ostdeutschlands ist das Realität. Berlin bleibt hier Ausnahme. Die Stadt ist eine wichtige Ausbildungsschmiede und so attraktiv, dass sich genug heimische Fachärzte um offene Stellen bewerben. Bei den jüngeren Berufseinsteigern „produziert“ die Hauptstadt durch ihre hohen universitären Kapazitäten sogar weit mehr Ärzte, als sie selbst braucht. Wer regional mobil ist, kommt aber gut unter. Doch in einigen Fächern schrumpfen offenbar die Weiterbildungskapazitäten. Auch Berlin bringt in einigen am bundesweiten Markt gut nachgefragten ärztlichen Fachgebieten nicht mehr genug Nachwuchs hervor.*

*Von Sybille Golkowski*

# – Welche Rolle spielt Berlin?

Eigentlich können die Ärzte sich freuen. Sie sind derzeit eine der wenigen Berufsgruppen in Deutschland, bei der nahezu Vollbeschäftigung herrscht. Eine komfortable Situation in diesen Zeiten. Das liegt daran, dass nicht im gleichen Maße junge Ärzte nachwachsen wie ältere Kollegen in den Ruhestand gehen (siehe Kasten 1), in vielen Regionen ist bereits heute eine Mangelsituation spürbar.

Arbeitslos waren Mitte 2004 bundesweit gerade mal 6367 Mediziner. Das entspricht einer Quote von 2 %, bei den Fachärzten sind es sogar nur 1 %. „Bei einem Mindestmaß an regionaler Mobilität hatten Ärzte nur geringe Schwierigkeiten beim Berufseinstieg“, heißt es denn auch in der aktuellen Analyse der Bundesagentur für Arbeit zum Ärzte-Arbeitsmarkt (siehe Kasten 2). Während tausendfach Arbeitsplätze in Produktion, Handel und Verwaltung abgebaut werden, herrscht an Ärzten noch immer händeringend Bedarf.

Aber Vorsicht, „bundesweit“ heißt nicht Berlin! Zudem hat „sich der Markt der offenen (Arzt-) Stellen, der bundesweit bis 2003 noch jährlich um bis zu 6 % wuchs, gerade wieder um ein Viertel reduziert“, so Martin Bausch, der bei der Zentralstelle für Arbeitsvermittlung in Frankfurt am Main die Arbeitsmarktanalyse für Ärzte erstellte. In Berlin bestätigt sich dieser Trend. Hier reduzierte sich 2004 die Zahl der dem Arbeitsamt bekannten Stellenangebote gegenüber dem Vorjahr um 38 % auf nur noch 523 Offerten. Mehr Stellenangebote als 2003 gab es 2004 nur noch in Sachsen-Anhalt (+ 15,3 %), dem Saarland (+ 17,8 %) und Hamburg (+ 78,8 %).

Gesucht werden bundesweit vor allem Fachärzte mit bereits abgeschlossener Weiterbildung (hier sank die Arbeitslosigkeit seit 2003 um 13 %). Der Fachärztemarkt ist nach den Worten der Bundesagentur für Arbeit „praktisch leergefegt“. Das führt dazu, dass er in unattraktiveren Regionen, abseits der großen Ballungsgebiete, kaum mehr mit heimischem Personal gedeckt werden kann. „Vakante Stellen in den Krankenhäusern der neuen Bundesländer können fast nur noch mit Fachärzten aus Polen, der Ukraine, Tschechien und der Slowakei besetzt werden. Die Zahl der ausländischen Ärzte, die in den Krankenhäusern der neuen Bundesländer arbeiten, ist im Jahr 2003 um 56,4 % gestiegen, die Zahl der osteuropäischen Ärzte in diesen Krankenhäusern sogar um 90,6“, so die Arbeitsmarktanalyse 2004.

Das liegt daran, dass sich der gefragte heimische Nachwuchs statt in die neuen Länder (in denen immer noch

vergleichsweise schlecht bezahlt wird) lieber nach Süd- und Westdeutschland bewirbt. So verzeichnen die Bundesländer Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Bayern und Hessen bei den angestellten Ärzten Beschäftigungsgewinne. Und auch die frisch angeworbenen ausländischen Kollegen folgen diesem Trend. Erst kürzlich beklagte das Brandenburger Ärztekammer-Parlament, dass die Mark zu einer Art Durchlauferhitzer für polnische Berufskollegen mutiert. Diese blieben gerade mal so lange, bis sie die Sprache gut können, um sich dann Richtung Westen zu bewerben.

## *In Berlin ist alles anders*

Von einem Fachärztemangel, wie ihn Sachsen, Brandenburg oder Mecklenburg-Vorpommern kennen, ist Berlin jedoch noch meilenweit entfernt.

Kasten 1

### ***Es droht ein Ärztemangel***

Nicht in Berlin, aber bundesweit sinkt die Zahl der Absolventen in der Medizin. Macht man 1994 in Deutschland noch 11.978 Medizinstudenten ihr Drittes Staatsexamen, waren es nach einer Untersuchung der KBV im Jahr 2001 nur noch 8955. Geht man von einem Anhalten dieses Trends aus, wachsen nicht genug junge Ärzte nach, um das Ausscheiden älterer zu kompensieren.

In einem unterversorgten Markt wandern die Ärzte in die Regionen ab, in denen am besten bezahlt wird und das Umfeld attraktiv ist. In dünn besiedelten Landesteilen kommt es deshalb heute schon in vielen Fächern zu einem schmerzhaften Ärztemangel. Zudem wird im Zuge der noch ausstehenden Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes bundesweit ein Mehrbedarf von 7700 (Schätzung der Deutschen Krankenhausgesellschaft) bzw. 15.000 (Schätzung Marburger Bund) an ärztlichen Vollstellen erwartet. Er wird die Mangelsituation weiter verschärfen.

Im Gegenteil: die Hauptstadt ist eine der größten Mediziner-Schmieden der Republik und „produziert“ jedes Jahr etwa 500 Ärzte mehr als sie ernähren kann\*. Das führt dazu, dass bundesweite Mangel-Trends - die in dünn besiedelten Flächen-Regionen besonders schmerzhaft wirken - an der Spree nicht recht zu spüren sind.

Unabhängig von Studienplatzwechslern und Studienabbrechern erhalten nämlich in Berlin jedes Jahr zuverlässig um die 1000 Jungärztinnen und -ärzte ihre Vollapprobation. Da die meisten von ihnen die Stadt am liebsten nicht mehr verlassen möchten, besteht ein Überangebot an jungen, klinisch jedoch noch weitgehend unerfahrenen Bewerbern um eine Assistentenstelle.

Die AiP-Abschaffung im Oktober 2004 hat das Phänomen vorübergehend verschärft, da nur rund 600 der etwa 660 früheren AiP-Stellen (die Zahl ermittelte die Ärztekammer Berlin im Herbst 2004 in Zusammenarbeit mit den Betriebsräten der Berliner Krankenhäuser) in Assistentenstellen umgewandelt wurden. Da völlig unsicher ist, ob die Kassen diese Stellen dauerhaft finanzieren, dürfte sich die Zahl der insgesamt für den Mediziner Nachwuchsbereitbaren Stellen in Berlin langfristig reduzieren. Um wieviel, lässt sich leider nicht abschätzen.

Ein Blick in die Statistik der Facharztprüfungen bei der Ärztekammer Berlin (Kasten 6) zeigt, dass Berlin neben seinen 1000 Neuapprobierten jährlich zwischen 500 bis 700 neue Fachärzte hervorbringt. Selbst wenn diese Ärzte nach der Prüfung über Nacht vom Berliner Arbeitsmarkt verschwinden und ihre Stellen räumen würden (was ja in dieser Form nicht geschieht), wäre der Platz, den sie schaffen, nicht groß genug, um für 1000 Neuapprobierte ausreichend Assistentenstellen bereitzustellen. Somit herrscht am Berliner Arbeitsmarkt ein Überangebot an potenziellen Assistenzärzten, was wahrscheinlich macht, dass sich die Kliniken vor allem solche herausuchen, die bereits ein wenig Kli-

Kasten 2

**Broschüre**

Jährlich gibt die Bundesagentur für Arbeit eine Arbeitsmarkt-Information für wichtige Akademiker-Märkte, so auch für „Ärztinnen und Ärzte“ heraus.

Bestellung über Tel. 0180-5- 003866 oder über E-Mail: [arbeitsagentur@ibro.de](mailto:arbeitsagentur@ibro.de)

Der Bericht ist auch auf der Homepage der Bundesagentur für Arbeit zu finden unter: [www.arbeitsagentur.de](http://www.arbeitsagentur.de) unter dem Pfad: Arbeitnehmer-Informationen, Bestimmte Personengruppen, AkademikerInnen, Link und Dateiliste.



nikerfahrung haben und deshalb „besonders nützlich sind“. Schlechte Karten für alle, die sich direkt nach dem 3. Staatsexamen um eine Stelle bemühen.

**Jeder Zweite kommt nicht unter**

Trotzdem bleibt die Hauptstadt für viele Ex-Studenten das Traumziel. Die meisten wollen unbedingt bleiben, lieben die Stadt und ihre Möglichkeiten und wollen nicht mehr weg. Ein solches Kleben an der Scholle mögen sich fertig ausgebildete Fachärzte noch leisten können, Weiterbildungsassistenten können es nicht. Zumindest jeder Zweite wird gezwungen sein, woanders sein Glück zu suchen und möglicherweise mit Spezialwissen im

Gepäck später wieder an die Spree zurückzukehren. „Wer sich bewegt, kommt unter“, sagen jedenfalls Arbeitsmarkt-Experten unisono und verweisen nach wie vor auch auf die neuen Bundesländer, die mit längeren Verträgen und offenen Armen winken. Aber auch woanders sieht es gut aus. „Wenn ich bereit gewesen wäre, nach Nordrhein-Westfalen zu gehen, hätte ich jetzt schon was“, sagt eine junge Bewerberin, die wegen familiärer Bindungen hier bleiben möchte.

Angesichts der Marktlage wundert es nicht, dass Assistentenstellen auf dem offenen Markt in der Regel kaum ausgeschrieben werden. Weder im Deutschen Ärzteblatt, noch in anderen Zeitungen oder in Onlinebörsen tauchen sie auf; sie

Kasten 3 Zahl der erteilten Vollapprobationen in Berlin

Jahr	1999	2000	2003
Vollapprobationen in Berlin	945 (515 m, 430 w)	1049 (546 m, 503 w)	947 (507 m, 440 w)

Quelle: Landesamt für Gesundheit und Soziales /Approbationsbehörde  
m = männlich, w = weiblich

\*) Die Zahl 500 resultiert aus einer Gegenüberstellung der Zahl der Vollapprobierten mit der Zahl der Facharztanerkennungen. Leider ist die Zahl der am Berliner Arbeitsmarkt insgesamt verfügbaren Arzt-Vollstellen (sowohl für Weiterbildungsassistenten wie für Fachärzte) nicht bekannt. Sie müsste in einer aufwändigen Erhebung in allen Kliniken und Arztpraxen eigens ermittelt werden, deren uneingeschränkte Kooperation übrigens vorausgesetzt. Eine solche Untersuchung gibt es bislang noch nicht.

gehen in der Regel unter der Hand weg. Die Abschaffung des AiP hat eine zusätzliche Marktsättigung an Weiterbildungsassistenten bewirkt. Entsprechend sehen die persönlichen Erfahrungen junger Ärzte aus, die sich trotz aller Widrigkeiten auf dem Berliner Markt um eine Assistentenstelle bewerben. Sie berichten der Redaktion BERLINER ÄRZTE von zähen und papierintensiven Bemühungen. 20 bis 30 Bewerbungen ohne jede Resonanz zu verschicken ist völlig normal. Da so gut wie nichts ausgeschrieben wird, ist die Initiativbewerbung die Regel. Nach Einschätzung unserer Gesprächspartner sind ein gutes Netzwerk, ein guter Leumund bei früheren Arbeitgebern und – neuerdings wieder der Dr.-Titel – günstige Voraussetzungen im Run auf die knappen Stellen.

### Hartes Pflaster mit Kurzzeitverträgen

Wer es in Berlin versucht, muss sich zudem auf eine Phase schneller Wechsel und hoher wirtschaftlicher Unsicherheit einstellen, die in der Regel über die gesamte Facharztweiterbildung anhält. Denn den Bewerbern auf Assistentenstellen werden in Berlins Kliniken, die unter immensem Spardruck stehen, besonders kurze Vertragslaufzeiten angeboten. „Unterhalb der Oberarztebene wird im ärztlichen Bereich mittlerweile fast ausschließlich mit Zeitverträgen gearbeitet“, sagt ein junger Arzt auf Jobsuche. Für Weiterbildungsassistenten haben sie eine Laufzeit von oft nur 3 oder 6 Monaten oder einem Jahr.

Verschärfend wirkt, dass die klammen Kliniken mit Tricks die Wiederbesetzung von Weiterbildungsstellen hinauszögern, um Geld zu sparen. Diese Stellen werden durch kurze Vertragslaufzeiten oft frei

Kasten 4 Arbeitslose Ärztinnen und Ärzte in Berlin (Stichmonat 9/2004)

Gebiet	Gesamt	davon Männlich	davon Weiblich	davon Ausländer
Alle	675	265	410	93
Ohne Gebietsbezeichnung	545	210	335	keine Angaben
Allgemeinmedizin	39	12	27	
Chirurgen/Orthopäden	14	10	4	
HNO	5	3	2	
Augenärzte	7	1	6	
Gynäkologen	10	4	6	
Radiologen	4	4	-	
ÄiP*	18	8	10	
Neurologen, Psychiater, Psychotherapeuten	11	5	6	
Andere Fachärzte	22	8	14	

Quelle: Bundesagentur für Arbeit/ Ffm. \*) die Zahl der ÄiP muss seit dem 1.10.2004 (Abschaffung des AiP-Status), den Ärzten ohne Gebietsbezeichnung hinzugerechnet werden

und so entsteht „Spielmasse“, mit der die Kliniken Personalkosten sparen. So ist unter anderem an der Charité nach Freierwerden eine so genannte „Vakanzhaltung“ für etwa 3 Monate üblich, wie uns Insider berichteten; eine Maßnahme zur Kostenreduktion, die wenigstens die Beibehaltung des Stellenschlüssels erlaubt.

### Arbeitslosenstatistik als Wartekarussell

Kurzverträge, die den Kliniken Luft verschaffen, nehmen den Assistenten jedoch jede Investitionsperspektive, verbieten private Planungen und zerren an den Nerven der Jungmediziner. „Bis zum letzten Tag weiß man nicht, woran man ist“,

schildert ein Bewerber die Situation. „Da lohnt es sich, sich schon vor Ende der Vertragslaufzeit beim Arbeitsamt zu melden, damit es im Falle eines Falles keine Übergangsprobleme gibt“. So gerät die Arbeitslosenstatistik für viele junge Ärzte in Berlin zu einer Art Warte-Karussell, das sie zwischen mehreren Kurzarbeitsverträgen immer mal wieder für ein paar Monate besteigen müssen. Die Situation erinnert an die Baubranche. „Starke Bewegung in der Statistik“, bestätigt auch Dr. Joachim Jahny, der bei der Berliner Agentur für Arbeit auch Ärzte berät.

Von den 675 arbeitslos gemeldeten Berliner Ärzten befinden sich 545 noch in der Facharztweiterbildung. Nur etwa 150 davon sind nach Jahny's Beobachtungen

schwer vermittelbare Dauerkandidaten, die über Jahre in der Statistik hängenblieben. (Zu dieser Gruppe gehören oft Ärzte mit mangelhaften Deutschkenntnissen oder solche im Alter von über 50 Jahren mit Kindern, wenig regionaler

Mobilität und nicht abgeschlossener Weiterbildung.) Der Rest – übrigens zu 60 % weiblich – diffundiert in schnellem Wechsel aus der Statistik hinaus und wieder hinein (siehe Kasten 4).

Frankfurt/M. wertet seit Jahren den bundesweiten Stellenmarkt im Deutschen Ärzteblatt nach Fachgebieten aus \*\*.

Kasten 5 Nachfrageindex für Ärzte 2004

*Für jedes Fachgebiet wurde ein Nachfrageindex ermittelt, indem die Zahl der angestellten Fachärztinnen und -ärzte (Statistik der Bundesärztekammer, Stichtag: 31.12.2003) zur Zahl der im Jahr 2004 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Stellenanzeigen ins Verhältnis gesetzt wurde. Je kleiner der Indexwert, um so günstiger die Nachfragesituation, d.h. desto weniger Fachärztinnen und -ärzte konkurrieren rein rechnerisch um eine ausgeschriebene Fachposition.*

Position	Fach	Nachfrage-Index
1.	Kinderchirurgie	9,1
2.	Orthopädie	11,8
3.	Psychotherapeutische Medizin	12,8
4.	Neurologie	13,1
5.	Kinder- und Jugendpsychiatrie	13,4
6.	Psychiatrie	14,4
7.	Arbeitsmedizin	14,5
8.	Gynäkologie/ Geburtshilfe	15,0
9.	Radiologie	16,1
10.	Innere Medizin	21,9
11.	Pädiatrie	24,2
12.	Chirurgie	25,0
13.	Pathologie	26,3
14..	Urologie	28,6
15.	Dermatologie	35,4
16.	Anästhesiologie	47,5
17.	Allgemeinmedizin	67,5

Quelle: mainmedico/Ffm. 1/2005

### **Kaum ausländische Ärzte benötigt**

Damit ist klar, dass das Problem „Arbeitslosigkeit“ zumindest als Langzeitphänomen bei Berlins Ärzten so gut wie nicht existiert. Bestätigt wird die Marktsättigung auch dadurch, dass – anders als in einigen der neuen Bundesländer – auf dem Berliner Ärztearbeitsmarkt kein eindeutiger Wanderungsgewinn aus dem Ausland zu verzeichnen ist. 807 ausländische Ärzte waren im Januar 2004 bei der Ärztekammer Berlin gemeldet. Von diesen sind jedoch nur etwa 58 % ärztlich tätig, 93 sind arbeitslos gemeldet, der Rest arbeitet in anderen Berufen. Bei 355 im Krankenhaus und 118 in der Niederlassung tätigen ausländischen Ärzten (die meisten von ihnen kommen übrigens aus Griechenland, Österreich und Russland) kann in Berlin also nicht von einem realen „Wanderungsgewinn“ gesprochen werden. Der Markt ist auch bei hiesigen Bewerbern zu beliebt, als dass eine regelrechte Anwerbung ausländischer Kollegen wie in den neuen Bundesländern nötig wäre. Ausnahme mögen einige Subspezialisierungen in der Forschung sein, für die gern auch international nach Bewerbern gesucht wird.

### **Welche Fachärzte werden bundesweit gesucht?**

Wie alle Arbeitsmärkte funktioniert auch der ärztliche nicht zu 100 % über offene Stellenausschreibungen. Doch nur der offene Anzeigenmarkt ist klar beobachtbar, nur hier lassen sich überhaupt Trends feststellen. Der auf den ärztlichen Bereich spezialisierte Personaldienstleister mainmedico aus

Eine Kurzanalyse des Unternehmens (einsehbar in der Internet-Version dieses Beitrags) zeigt: Bundesweit sieht es für fertig weitergebildete Fachärzte aller Disziplinen gut aus, Neurologen und Radiologen konnten sich 2004 sogar über einen Zuwachs an Ausschreibungen freuen. Einen wahren Nachfrageboom erlebten die Gastroenterologen und Visceralchirurgen. Noch interessanter als die Zahl der Ausschreibungen ist die Index-Kennzahl, mit der die Ausschreibungen zu den im jeweiligen Fach bundesweit am Markt überhaupt verfügbaren Fachärzten ins Verhältnis gesetzt werden. Wie in Kasten 5 zu sehen, hatten 2004 die Kinderchirurgen, die Orthopäden, die Psychotherapeuten und die Neurologen die wenigsten Konkurrenten am Markt.

### **Ambulanter Bedarf**

Interessant für eine mittelfristige Prognose im ambulanten Bereich ist eine Berechnung der KBV von 2001. In ihrer Analyse „Gehen dem deutschen Gesundheitswesen die Ärzte aus?“, rechnete sie bundesweit hoch, in welchem Jahr in den großen Fächern die Zahl der potenziellen Bruttozugänge kleiner sein wird als die der Bruttoabgänger jenseits der 68. Schon 2004 war es bei den Augenärzten soweit, 2005 folgten die Radiologen, ab 2006 sinkt dann die Zahl der Allgemeinmediziner, Frauenärzte und Kinderärzte, 2007 betrifft es die HNO-Ärzte, Urologen und Internisten und im Jahr 2008 werden die Chirurgen, Hautärzte und Orthopäden im ambulanten Bereich Mangelware sein. Die Trends sind aber auf dem Regionalmarkt Berlin nicht gültig, denn durch die Zusammenlegung zu einer Planungsregion ist die Stadt auf Jahre „dicht“. Wer sich niederlassen will, muss deshalb in Bundesdimensionen denken.

\*\*) Leider sind über den offenen Berliner Regional-Arbeitsmarkt für Ärzte keine Zahlen verfügbar (abgesehen vom kleinen Ausschnitt der dem Arbeitsamt gemeldeten Stellen – 2003 waren es 523 Offerten in Berlin), deshalb müssen wir uns bei dieser Fragestellung bundesweit orientieren.

**Weiterbildungsmarkt hinkt dem Bedarf hinterher**

Es liegt auf der Hand, dass gerade in den heute und künftig besonders gefragten Fächern viele neue Fachärzte ausgebildet werden müssen; gerade hier darf die Zahl der Weiterbildungsstellen keinesfalls sinken, um einen ausreichenden Fluss an Nachwuchskräften sicherzustellen. Sieht man sich die Prüfungsstatistik der Ärztekammer Berlin an, so bleibt zwar der Fachärzte-Output Berlins in toto bei gut 500/Jahr konstant, indes gibt es deutliche Einbrüche in einzelnen, oft kleinen Fächern. So verzeichnen die Fachärzte mit dem größten „Markt“, die Kinderchirurgen, die Orthopäden und die Psychotherapeuten gerade 2004 wieder rückläufige Prüfungszahlen. Auffällig ist auch ein regelrechter „Einbruch“ der Facharztprüfungen bei den Radiologen, den Chirurgen, den Dermatologen und den Urologen. Das deutet auf einen Verlust an Weiterbildungskapazitäten hin, der sich über Jahre aufgebaut hat. Dr. med. Michael Peglau, Referatsleiter Weiterbildung in der Ärztekammer Berlin, bestätigt das. „In der Dermatologie gibt es einen echten Engpass, es gibt kaum Stellen, das Fach wird mehr und mehr aus der Klinik ausgelagert. Auch bei den Neurochirurgen und den Kinderchirurgen fehlt es in der

Kasten 6 Facharztanerkennungen in der Ärztekammer Berlin

Gebiet	2000	2001	2002	2003	2004
Allgemeinmedizin	68	72	99	121	68
Anästhesiologie	42	55	55	72	56
Anatomie			1	0	1
Arbeitsmedizin	10	5	11	5	9
Augenheilkunde	12	6	14	18	8
Biochemie			0	0	0
Chirurgie	55	42	50	47	40
Diagnostische Radiologie	30	17	18	25	14
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	36	34	34	47	36
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	9	14	14	12	8
Haut- und Geschlechtskrankheiten	18	13	15	19	11
Herzchirurgie	2	2	5	4	3
Humangenetik		1	2	1	1
Hygiene und Umweltmedizin	1	1	1	1	1
Innere Medizin	118	101	108	119	114
Kinder- und Jugendmedizin	35	36	30	44	26
Kinder- und Jugendpsychiatrie (und –psychotherapie)	3	4	4	9	6
Kinderchirurgie	4	3	0	3	1
Klinische Pharmakologie	5	5	0	7	4
Laboratoriumsmedizin	4	7	3	2	4
Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie	5		0	5	0
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	3	4	0	4	3
Nervenheilkunde	2	3	4	3	2
Neurochirurgie	4	2	6	7	3
Neurologie	22	29	31	37	21
Neuropathologie	1	1	0	0	0
Nuklearmedizin	5	4	3	3	1
Öffentliches Gesundheitswesen					0
Orthopädie	14	14	17	19	12
Pathologie	3	7	3	6	7
Pharmakologie und Toxikologie	1		2	0	3
Phoniatrie und Pädaudiologie		1	3	0	0
Physikalische und Rehabilitative Medizin		3	1	2	0
Physiologie	2	1	1	0	0
Plastische Chirurgie	3	1	2	2	2
Praktischer Arzt					76
Psychiatrie (und Psychotherapie)	38	37	37	60	21
Psychotherapeutische Medizin		5	8	9	5
Rechtsmedizin			1	2	0
Strahlentherapie	6	5	1	3	6
Transfusionsmedizin	4	3	6	3	0
Urologie	16	13	6	8	8
<b>Insgesamt:</b>	<b>581</b>	<b>551</b>	<b>596</b>	<b>729</b>	<b>581</b>

Stadt an Weiterbildungskapazitäten“. Nicht besser sieht es in der Allgemeinmedizin, vor allem beim Abschnitt „Kinderheilkunde“, in der Augenheilkunde, der HNO, der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Radiologie, der Urologie und der Neurologie aus. Der Weiterbildungsbedarf übersteigt derzeit offensichtlich die klinischen Stellen-Kapazitäten dieser Disziplinen. Selbst in der Inneren Medizin haben manche Subspezialitäten ein echtes Problem: zum Beispiel die Rheumatologie, für die es deutschlandweit kaum Weiterbildungsstätten gibt.

### „Krumme Geschäfte“ in den Kleinen Fächern ?

Gerade in den Fächern mit Stellenmangel ist deshalb die Versuchung für den Nachwuchs groß, sich auf „krumme Deals“ einzulassen. So bekommt die Kammer immer mal wieder Wind davon, dass Chefs dem Nachwuchs anbieten, unter der Hand zum halben Preis zu arbeiten, obwohl ihnen offiziell die volle Bezahlung bescheinigt wird.

Für Dr. med. Klaus Thierse, den Vorsitzenden des Gemeinsamen Weiterbildungsausschusses der Ärztekammer Berlin, ist das ein unhaltbarer Missstand. „Tätigkeit ohne angemessene Vergütung ist laut Weiterbildungsordnung keine Weiterbildung. Solche Zeiten können den Assistenten nicht anerkannt werden und führen ggfs. zu Konsequenzen für den Weiterbilder“, so Thierse. Eine Lösung sieht er in Verbundweiterbildungen und vernünftigen, auch häuserübergreifenden Rotationssystemen. Auch die Idee des Common Trunk in der neuen Weiterbildungsordnung, bei dem Assistenten der Subspezialitäten zunächst eine gemeinsame Basis-Weiterbildung durchlaufen, bevor sie in hochspezialisierten Einheiten arbeiten, folgt dieser Überlegung. Die Kliniken sehen wohl, dass sie in der Pflicht sind: „Unser Ärzteschlüssel am Krankenbett wird nicht verändert und ich sehe uns auch - wie alle Kliniken - in der Verantwortung, für eine umfangreiche Facharztweiterbildung zu sorgen!“, sagt zum Beispiel Prof. Dr. med. Bodo Paul, Geschäftsführer

Kasten 7

### Brain-drain ins Ausland? Ein Randphänomen

Wie gezeigt, ist es vor allem für Jungärzte schwer, in den Markt einzusteigen. Je erfahrener und mobiler ein Arzt ist, umso besser sind seine Chancen in der Bundesrepublik einen guten Job zu finden. Man sollte also meinen, dass vor allem die ganz jungen Ärzte mit noch wenig klinischer Erfahrung deshalb ihre Chance im Ausland suchen, um überhaupt einsteigen zu können. Ein näherer Blick auf die Statistik zeigt jedoch, dass

- a) der Gang ins Ausland eher ein Randphänomen ist und
- b) vor allem Ärzte aus den mittleren Jahrgängen – also fertig ausgebildeter Fachärzte – im Ausland tätig sind.

633 der berufstätigen Berliner Kammermitglieder arbeiten derzeit im Ausland, das ist ein Anteil von 3,9 % aller ärztlich berufstätigen Kammermitglieder, eine relativ geringe Quote. Interessant ist allerdings die Altersstruktur derer, die derzeit anderswo ihr Glück suchen. 66 % der im Ausland tätigen Berliner Ärzte sind älter als 35 Jahre, verfügen also bereits über eine Facharztqualifikation oder stehen zumindest kurz vor der Prüfung. Nur 34 % der Auslandstätigen befinden sich in der Assistenzarztphase.

Auch die KBV sagt in ihrer Analyse „Gehen dem deutschen Gesundheitswesen die Ärzte aus? (2001): „Es gibt keine messbare Zahl an Auswanderungen. (...) Ein Massenexodus hat nicht eingesetzt und ist auch nicht zu erwarten, die Auswanderung deutscher Ärzte wird ein Randphänomen bleiben und nur Einzelfälle betreffen. Vielmehr verhält es sich so, dass mehr Ärzte nach Deutschland einwandern als (approbierte) deutsche Ärzte auswandern.“

der Park-Klinik Weißensee und der Schlosspark-Klinik. Ähnlich sieht man das bei der Charité. „Die Zahl der Ärzte am Krankenbett soll nicht nach unten korrigiert werden, auch wenn der Spardruck noch so groß ist“, sagt Personalchefin Jutta Geringhoff-Seckler auf entsprechende Rückfrage. Man darf gespannt sein, ob die Charité Wort hält. Immerhin muss sie, wie jüngst gemeldet, bis 2010 rund 2300 Vollstellen abbauen.

### Ergo

Dass die Gesamt-Weiterbildungskapazitäten für Ärzte also erhalten bleiben, ist wichtig. Doch wie gesehen, kommt es auch auf den richtigen Fächer-Mix bei der Ärzte-Weiterbildung an. Hier fällt den in Abteilungsstrukturen denkenden (und rechnenden) Kliniken Kreativität noch schwer. Das differenzierte und möglicherweise sogar abteilungs- oder häuserübergreifende Ausarbeiten kniffliger Rotationspläne und klar strukturierter Weiterbildungsgänge ist ihre Sache bislang nicht. Und vor allem dadurch lässt sich dem

drohenden Fachärzte-Engpass begegnen. Der Vorstand der Ärztekammer Berlin ist gerade dabei, in dieser Richtung Initiativen der Kliniken auf den Weg zu helfen. Denn der Nachwuchs ist da. Motiviert steht er vor der Tür, er schreibt zentnerweise Initiativbewerbungen, er wandert nur in geringen Teilen ins Ausland ab (siehe Kasten 7) und guckt sich auch nicht mehr in dem Maße wie noch vor einigen Jahren nach alternativen Berufsfeldern um, wie Dr. Joachim Jahny aus seinen Gesprächen mit Berliner Jungmedizinerinnen bestätigt. Der Nachwuchs möchte also einsteigen und auf vernünftige Weise ausgebildet werden und er hat Lust auf die Arbeit am Patienten. Sowie das neue Arbeitszeitgesetz greift, wird er auch gebraucht wie nie zuvor. In den Kliniken muss deshalb nach Lösungen gesucht werden, zu sparen, ohne der neuen Ärztegeneration in wichtigen Fächern das Wasser abzugraben. Das führt an Kooperation - vielleicht sogar unter konkurrierenden Kliniken – vermutlich nicht vorbei.

SyGo

# Deutscher Ärztekongress

## Die Kurse der Ärztekammer Berlin

Vom Montag, 9. Mai bis zum Mittwoch, 11. Mai 2005 findet auch in diesem Jahr wieder der Deutsche Ärztekongress in Berlin statt, eine der größten interdisziplinären medizinischen Fortbildungsveranstaltungen in Deutschland. Vier eigene Seminare hat die Ärztekammer Berlin für den Kongress organisiert, auf die wir Sie an dieser Stelle besonders hinweisen möchten:

### Kritischer Umgang mit Pharmaka 5P

Montag, 9. Mai 2005,  
9.00 – 12.30 Uhr, Raum A04,  
Leitung: Prof. Dr. W. Niebling,  
Titisee-Neustadt

Das Ordnungsverhalten von Medikamenten ist keineswegs so rational, wie wir glauben. In der Werbung wird häufig mit Studienergebnissen die Unverzichtbarkeit von Präparaten begründet. Was ist richtig, was ist falsch? In einem interaktiven Seminar soll anhand von aktuellen Beispielen trainiert werden, Fallstricke der angege-

benen Literatur zu erkennen und den tatsächlichen Nutzen des beworbenen Medikaments richtig einschätzen zu können.

### Workshop „Practical skills“ Kleine Chirurgie in der Praxis 5P

Dienstag, 10. Mai 2005,  
9.00 – 12.30 Uhr, Raum A04  
Leitung: Dr. Reinhold Klein, Egenburg,  
Dr. Gabriele Klein, Egenburg

Begrenzte Teilnehmerzahl  
(25 Personen).  
Zusätzliche Kursgebühr: 20 €

### Schwierige Patienten? Gesundheitsorientierte Gesprächsführung in Klinik u. Praxis (mit Praktischen Übungen) 5P

Dienstag, 10. Mai 2005,  
14.00 – 17.30 Uhr, Raum Co4  
Leitung: Prof. Dr. U. Schwantes, Berlin,  
Dr. M. Kampmann, Berlin

### Impfungen in der Praxis 5P (Refresher-Kurs)

Mittwoch, 11. Mai 2005,  
9.00 – 12.30 Uhr, Raum A01  
Leitung: Prof. Dr. B. Stück, Berlin

Standardimpfungen im Kindes- und Jugendalter, Impfaufklärung und Komplikationen, Dr. W. Singendonk/Berlin Masern-, Mumps-, Rötelimpfung und jetzt auch eine generelle Varizellenimpfung? Prof. Dr. B. Stück/Berlin Pneumokokken- und Influenzaimpfungen – Impfungen nur im Alter? Prof. Dr. T. Weinke/Potsdam

Weitere Hinweise und das Programm des Deutschen Ärztekongresses finden Sie auf der Rückseite dieses Heftes.

## P E R S O N A L I E N

# Dieter Scheffner zum 75sten



Foto: privat

Im März dieses Jahres vollendet Prof. Dr. med. Dr. hc. Dieter Scheffner sein 75. Lebensjahr. Dieses Jubiläum trifft ihn nicht im Ruhe-

stand, sondern in kontinuierlicher Arbeit für ein Thema, das ihm besonders am Herzen liegt, nämlich die medizinische Ausbildung.

Als Neuropädiater mit den Schwerpunkten Epileptologie und Entwicklungsneurologie leitete er viele Jahre neuropädiatrische Abteilungen in Homburg Saar, Heidelberg und Berlin sowie langjährig das Diagnose- und Behandlungszentrum für behinderte Kinder (Max-Bürger-Zentrum) in Berlin. Als Dekan des Klinikums Rudolf Virchow über drei

Amtsperioden hatte er wesentlichen Anteil an der Gestaltung der Fusion mit der „alten“ Charité und den Übergang von der FU zur Humboldt Universität. In diese Zeit fiel der große UNIMUT Streik an den deutschen Universitäten, aus der sich an der FU-Berlin die Idee zu einer grundlegenden Reform des Medizinstudiums entwickelte, die Dieter Scheffner sofort aufgriff. Zusammen mit den Studierenden sah er darin die Chance, orientiert an internationalen Vorbildern, einen Weg aus der zunehmenden Zersplitterung der medizinischen Ausbildung in Deutschland zu finden.

Mit großer Energie und Beharrlichkeit organisierte er Mittel von Bund, Land und Universität sowie verschiedenen Sponsoren und Stiftungen und etablierte damit gegen manche Widerstände eine Arbeitsgruppe für die Planung und

Umsetzung eines interdisziplinären, problemorientierten Reformstudiengangs.

Mittlerweile haben die ersten Studierenden dieses inzwischen national und international hoch anerkannten Modellprojekts ihr Studium erfolgreich abgeschlossen. Dieter Scheffners Ideen, seine große Erfahrung sowie seine vielfältigen, langjährig gewachsenen persönlichen Kontakte sind noch heute wesentliche Garantien für Sicherung und Weiterentwicklung dieses Projektes. Sein langfristiges Engagement für die Reform der medizinischen Ausbildung über Berlin hinaus, wurde durch die Verleihung der Ehrendoktorwürde der Universität Witten/Herdecke gewürdigt. Alle, die die Freude haben, mit Dieter Scheffner zusammenzuarbeiten wünschen ihm – keineswegs ohne Eigennutz – noch viele weitere aktive Jahre.

Prof. Dr. med. Walter Burger

Heiß diskutiert

# Einführung einer Rente für nichteheliche Lebenspartner?

Seit Anfang 2004 beschäftigt sich eine Gruppe von Berliner Ärztinnen und Ärzten mit dem Problem der Ungleichbehandlung ehelicher und nichtehelicher Lebensgemeinschaften in der Berliner Ärzteversorgung. Mit einer Briefaktion forderten die Absender eine Satzungsänderung, die es möglich machen soll, künftig nicht nur Ehepartnern, sondern darüber hinaus auch Partnern aus eingetragenen Lebenspartnerschaften oder aus anderen Lebensgemeinschaften (sei es homosexueller oder heterosexueller Orientierung) eine Hinterbliebenenversorgung zu sichern. Auf Antrag der Fraktion Gesundheit beschäftigte sich die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin am 29. September 2004 erstmals mit dem Thema. Auf dieser Sitzung wurde jedoch noch keine Entscheidung getroffen. Am 2. März kommt das Thema erneut auf die Agenda. Zu diesem Termin wird die Delegiertenversammlung eine umfangreiche Neufassung der Satzung beraten, die auch aus europarechtlichen Gründen notwendig wurde. Auch um das Thema „Hinterbliebenenrenten für nichteheliche Lebensgemeinschaften“ wird es dann gehen. Wir baten Vertreter der Pro und Contra-Positionen, ihre Argumente für BERLINER ÄRZTE darzustellen.

## PRO

### Die Ungleichbehandlung atmet den Geist des 19. Jahrhunderts!

Unser Versorgungswerk regelt in seiner Satzung die Leistungen und definiert auch den Leistungsanspruch der Mitglieder. Hierzu gehört auch der Anspruch auf Hinterbliebenenrente im Todesfall des Mitglieds und zwar – im Gegensatz zur gesetzlichen Rentenversicherung (RV) – unabhängig vom Einkommen der Hinterbliebenen. Lebt ein Mitglied der Ärzteversorgung jedoch in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft, so hat ein langjähriger Lebenspartner keinen Anspruch auf Leistungen, obwohl von seinem verstorbenen Partner in der Regel die gleichen Aufwendungen für die Ärzteversorgung erbracht worden sind wie von einem verheirateten Mitglied.

Nun mag man einwenden, die Altersversorgung von Partnern und Hinterbliebenen werde in den gesetzlichen Rentenversicherungen schließlich ebenso restriktiv gehandhabt. Doch dadurch wird eine Ungerechtigkeit nicht ge-

rechter. Die Richtlinien der gesetzlichen Rentenversorgung spiegeln die gesellschaftlichen Traditionen des ausgehenden 19. Jahrhunderts wider, einer Zeit, in der einzig eheliche Lebensgemeinschaften als solche anerkannt wurden. Alternative Formen des gemeinsamen Lebens waren damals die Ausnahme.

Mit dem Lebenspartnerschaftsgesetz hat der Gesetzgeber einen Schritt in Richtung Anerkennung gesellschaftlicher Realitäten getan – zumindest für die eingetragene Lebenspartnerschaft, der hiermit im Sinne einer Gleichstellung zur ehelichen Partnerschaft ein gesetzlicher Rahmen geschaffen wurde. Dadurch haben die Hinterbliebenen einer eingetragenen Lebenspartnerschaft ab



Carsten Belter

Foto: privat

1.1.2005 in der gesetzlichen RV einen Anspruch auf Hinterbliebenenrente. Ich denke, unser berufsständisches Versorgungswerk sollte dem Rechnung tragen und in gleicher Weise nachziehen. Es wäre damit in guter Gesellschaft. Die Berliner Rechtsanwälte und Architekten haben diese Entwicklung schon längst durch entsprechende Satzungsänderungen ihrer Versorgungswerke nachvollzogen. Warum sollten das nicht auch die Ärzte tun?

Zumal der betroffene Personenkreis so klein ist, dass dadurch in nächster Zukunft keine größeren Leistungsänderungen zu erwarten sind. Aus vergleichbaren Versorgungswerken, die schon jetzt die Hinterbliebenen eingetragener Lebenspartnerschaften als leistungsberechtigt anerkennen (z.B. Berliner Rechtsanwälte und Hamburger Notare) ist bekannt, dass nur wenige Mitglieder als eingetragene Lebenspartnerschaften registriert sind und nur in einigen Fällen (weniger als zehn!) entsprechende Leistungsansprüche ausgezahlt werden mussten.

Doch auch dies würde nichts daran ändern, dass weiterhin alle Formen nicht-ehelicher Partnerschaften und nicht eingetragener Lebenspartnerschaften bei der Versorgung von Hinterbliebenen ausgeschlossen sind. Das umfasst sowohl heterosexuell als auch homosexuell orientierte alternative Lebensformen. Die Größenordnung dieser Gruppe ist nicht unerheblich. Als durchaus repräsentativ für eine Großstadt wie Berlin könnte man Daten der Berliner Architektenkammer heranziehen. Danach geben

circa 18 % der Mitglieder an, in eheähnlicher Beziehung zu leben. Und bei gleichzeitigem Ledigenanteil von circa 30 % ist die Summe dieser Anteile vergleichbar mit den 48 % Ledigenanteil in der Ärzteversorgung. (Die Definition der

eheähnlichen Gemeinschaft im Satzungswerk der Berliner Architektenversorgung ist übrigens rein formal geregelt: es reicht eine Nennung des Partners beim Versorgungswerk drei Jahre vor Eintritt des Leistungsfalls.)

Wie könnte diesem Personenkreis eine Hinterbliebenenversorgung gewährt werden? Nun, es gab bisher die Möglichkeit einer so genannten Kapitalabfindung. Allerdings ist es durch die Änderung des Alterseinkünftegesetzes zum 1.1.2005 einem berufsständischen Versorgungswerk nicht mehr möglich, diese zu gewähren, so dass ein Nachdenken darüber nicht mehr sinnvoll erscheint.

Zur Diskussion verbleibt allerdings noch das Prinzip des Ledigenzuschlags: Hierbei wird allen „ledigen“ Mitgliedern zu Lebzeiten eine Erhöhung der Altersrente zugestanden, unter anderem in der Vorstellung, dass aus dieser Erhöhung im Todesfall die Hinterbliebenen alternativer Lebensgemeinschaften versorgt werden könnten.

Allerdings birgt die Forderung nach Einführung eines Ledigenzuschlags weiterführend erhebliche Brisanz, weil damit Zweifel an der Beitragsgerechtigkeit unseres Versorgungswerks formuliert werden: Warum ist die Beitragshöhe zu unserer Altersversorgung unabhängig vom Familienstand des Mitglieds und die Hinterbliebenenrente unabhängig vom Einkommen der Hinterbliebenen?

Es sollte umgehend eine Satzungsänderung initiiert werden, die der geänderten Rechtslage folgt und die Versorgung von Hinterbliebenen eingetragener Lebenspartnerschaften sicherstellt. Da die aktuelle Gesetzeslage lediglich die Versorgung von Hinterbliebenen juristisch definierter Partnerschaften vorsieht, ist allen Mitgliedern um der Hinterbliebenenversorgung willen der Schritt in die jeweils passende juristische Form zu empfehlen. Zudem sollte über die Frage der Beitragsgerechtigkeit unseres Versorgungswerks bzw. über die Einführung eines Ledigenzuschlags eine breit angelegte Diskussion innerhalb der Berliner Ärzteschaft geführt

werden. Die Delegiertenversammlung und BERLINER ÄRZTE bieten sich als Foren an.

Dr.-Ing. Carsten Belter  
(Fraktion Gesundheit)  
Mitglied der Delegiertenversammlung  
der Ärztekammer Berlin

## CONTRA

### Die Ausweitung von Rentenansprüchen bedeutet für andere Leistungskürzung

Bei den Vorarbeiten zur Neufassung der Satzung hat der Verwaltungsausschuss der Berliner Ärzteversorgung auch über Hinterbliebenenrenten für Lebenspartner ausführlich diskutiert; nach Prüfung der juristischen und versicherungsmathematischen Aspekte versteht sich. Das Thema „nicht eingetragene Partnerschaft“ (homo- oder heterosexuell) wurde wegen der rechtlichen Unbestimmtheit zunächst nicht weiter verfolgt. Ein gewichtiger Grund war, dass die Kosten – nach Schätzung des betreuenden Versicherungsmathematikers (um 350 Mio. €) – nur über Leistungskürzungen für alle anderen Mitglieder auszugleichen wären. Die in Berlin sicherlich häufige heterosexuelle nicht eingetragene Partnerschaft wird gewiss noch ausführlich in der Delegiertenversammlung diskutiert werden. Unter anderem auch deshalb, weil viele der in den Organen der Berliner Ärzteversorgung tätigen Kollegen persönlich davon betroffen sind.

Von diesem Fall klar abzutrennen ist die im Forderungskatalog der Briefschreiber enthaltene „eingetragene homosexuelle Partnerschaft“. Denn hier haben die gegenwärtige Bundesregierung und die sie tragenden Parteien eine neue Rechtslage geschaffen. Seit dem 15. Dezember 2004 existiert ein Gesetz zur Überarbeitung des Lebenspartnerschaftsrechts (Bundesgesetzblatt I 3396), durch das ein § 46 Abs. 4 in das Sozialgesetzbuch VI eingefügt wurde, dass nunmehr auch Hinterbliebene einer eingetragenen

Lebenspartnerschaft einen Anspruch auf Hinterbliebenenrente in der gesetzlichen Rentenversicherung (BfA, LVA) haben. Wenn man zudem das Urteil des Bundesarbeitsgerichtes zum Ortszuschlag im Öffentlichen Dienst aus dem Jahr 2004 anschaut, ist klar, dass die Satzung der Berliner Ärzteversorgung bezüglich Hinterbliebenenrente auf ihre Rechtllichkeit (und dann ggf. auch Finanzierbarkeit) geprüft werden muss.

Wenn höherrangiges Recht gebietet, die Satzung der Berliner Ärzteversorgung zugunsten der Gruppe der eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspart-

ner zu ändern, und zwar im Sinne der Gleichbehandlung mit traditionellen Eheleuten, dann entfällt



Foto: Lange

Dr. med. Elmar Wille

das Entscheidungsrecht der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin und wir können uns die sicher ausgiebige und eventuell emotionale Debatte ersparen. Aber wie so oft in dieser Republik der paar „handwerklichen Fehler“ (Bundeskanzler Schröder): es ist juristisch nicht unstrittig, ob die berufsständischen Versorgungswerke analog der Änderung des Sozialgesetzbuches VI § 46 Abs. 4 Hinterbliebenenrente an homosexuelle eingetragene Lebenspartner zahlen müssen. Denn diverse Urteile des Bundesverwaltungsgerichtes erlauben (trotz des allgemeinen Gleichheitssatzes des Art. 3, Abs. 1 Grundgesetz) ein Abweichen von Vor-

schriften der gesetzlichen Rentenversicherung. Ein gewichtiges Argument ist zudem Artikel 6 des Grundgesetzes, der dem Gesetzgeber die Privilegierung von Ehe und Familie ermöglicht.

Ein mit der gesetzlichen Rentenversicherung identisches Leistungsangebot ist nicht zwingend. Wie bekannt, ist zum Beispiel in unserem Versorgungswerk der Berufsunfähigkeitsbegriff ein anderer als in der gesetzlichen Rentenversicherung. Diesen Definitionsunterschied möchte sicher niemand zum Nachteil der Kollegen beseitigen. Ferner gibt es in der Berliner Ärzteversorgung keine Wartezeiten (wie in der gesetzlichen Rentenversicherung), es werden Witwenrenten ebenso wie Witwenrenten gewährt und es erfolgt auch keine Aufrechnung von Renten gegen- oder miteinander. Kurzum: die Rechtsprechung hat zahlreiche Unterschiede zwischen gesetzlicher Rentenversicherung und berufsständischer Versorgung bestätigt. Meist sind die Leistungen der Versorgungswerke deutlich höher und besser, teilweise aber auch geringer oder gar nicht vorgesehen: zum Beispiel Reha, Kur, Mutterschaftsregelungen. Die Neuregelung mit Leistungsausweitung innerhalb der gesetzlichen Rentenver-

sicherung ist wirklich überraschend. Vor allem angesichts der Tatsache, dass seit der Blüm'schen Rentenreform von 1984 die Witwenrente konsequent gemindert, dafür aber die Mutterschaft inklusive der Kinderzahl, wenn auch nur gering, im Leistungsrecht berücksichtigt wurde.

Die Einführung der so genannten „Homo-Rente“, das heißt einer weiteren Variante von Hinterbliebenenrente, ist auch erstaunlich, wenn man das wenig bekannte Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 18.2.1998 heranzieht, demzufolge anders als Versichertenrenten „Ansprüche von Versicherten in der gesetzlichen Rentenversicherung auf Versorgung ihrer Hinterbliebenen (...) nicht dem Eigentumsschutz des Artikels 14 Abs. 1 GG unterliegen“. Platt gesprochen: Hinterbliebenenrenten können begrenzt oder abgeschafft werden, ist doch ihre soziale Funktion (anders als bei der Waisenrente) bei der meist vorliegenden „Doppelverdienerehe“ vor dem Hintergrund einer ruinierten Rentenversicherung einem Großteil der Bevölkerung schwer vermittelbar.

Der Verwaltungsausschuss wird die neue Rechtslage prüfen lassen. Die Delegiertenversammlung muss wissen, ob sie in

diesem Punkt überhaupt die Entscheidungshoheit hat, wenn die neue Satzung zur Abstimmung kommt. Ferner wird geprüft, ob ggf. eine Mitgliederbefragung durchgeführt wird, handelt es sich doch um einen grundsätzlichen Wechsel in der Historie der deutschen Alterssicherungssysteme und auch des einschlägigen Paragraphen der Satzung der Berliner Ärzteversorgung.

Hier darf und soll nicht verschwiegen werden, dass die in der Tat relativ geringe Heiratswahrscheinlichkeit in der Berliner Ärzteversorgung die Leistungshöhe in der Vergangenheit sehr positiv beeinflusst hat. Was eine Steigerung der Ehen um fünf oder zehn Prozent für die Bilanz bedeutet – und zwar sofort im Jahr der Einführung – wird derzeit berechnet. So wie der Bundesgesetzgeber – der die Last heutiger Entscheidungen einfach an die nächste Generation weiterreicht – wird es ein sauber kapitalgedecktes Versorgungswerk wie die Berliner Ärzteversorgung jedenfalls nicht machen.

Dr. med. Elmar Wille (Liste Allianz)  
Vorsitzender des Verwaltungsausschusses  
der Berliner Ärzteversorgung und  
Vizepräsident der Ärztekammer Berlin

## Personalmangel wird für hilflose Patienten zum Problem

Bericht von der Sonder-Delegiertenversammlung am 19.1.2005

**Stelleneinsparungen am Krankenbett können für Patienten gefährlich werden. In einer Sondersitzung beschäftigte sich das Parlament der Ärztekammer Berlin mit den Folgen des Spardrucks in Berliner Kliniken.**

Von Sybille Golkowski

Da sind sich die Delegierten der Ärztekammer Berlin einig: Wenn's irgend geht, wollen die Ärztinnen und Ärzte möglichst nicht selbst als Patienten in einem Berliner Krankenhaus liegen. Der ökonomische Druck zwingt die Kliniken, mehr und mehr an der Personalschraube zu drehen. Eine Entwicklung, die zunehmend auch unmittelbar in der Patienten-

versorgung arbeitende Ärzte und Pflegekräfte betrifft. Auf Antrag der Fraktion Gesundheit traf sich die Delegiertenversammlung deshalb Mitte Januar zu einer Sondersitzung, auf der die Folgen des Vormarsches ökonomischer Zwänge kritisch diskutiert wurden. Vor allem hilflose und hoch betagte Menschen sind die Leidtragenden



dieser Entwicklung, so die Delegierten. Außer den Klinikärzten, die auf dieses Problem immer häufiger hinweisen, haben auch viele der niedergelassenen Parlamentarier diese Erfahrung selbst an den eigenen Familienangehörigen

oder bei Patientenbesuchen machen müssen. Patienten, die gefüttert werden müssen und besonders pflegeintensiv sind, geraten unter der abgespeckten Personalsituation in vielen Kliniken offenbar in ernste Schwierigkeiten. „Ein alter hilfloser Mensch wird ohne die Hilfe von Angehörigen oder Freunden in einem Akutkrankenhaus verhungern oder verdursten“ brachte es Volker Pickerodt (Fraktion Gesundheit) auf den Punkt. Gerade liegt seine 89-jährige Mutter in einem Akutkrankenhaus, die Familie ist im pausenlosen Pflegeeinsatz und sieht auch, wie es anderen Patienten geht, die mit weniger Unterstützung auskommen müssen. „Leider interessiert sich die Öffentlichkeit immer erst dann für das Thema, wenn es zu Todesfällen kommt, dabei erfolgt der Qualitätsverlust schleichend“, so seine Fraktionskollegin Cora Jacoby.

Die Internistin berichtete, dass mit der zunehmenden Personalreduktion die verfügbare ärztliche Arbeitszeit auf jene Tätigkeiten konzentriert werden muss, die direkt am Patienten erfolgen. Als Folge der Zeitverknappung werden Anamnesen als „Kurzanamnesen“, erhoben, Angehörigengespräche finden zwischen Tür und Angel auf dem Flur statt und nachbehandelnde Niedergelassene erhalten „Kurzberichte“, mit denen sie nichts anfangen können. Diese Entwicklung wurde auch von Ärzten anderer Kliniken bestätigt. Bei diesen Problemen handelt es sich offenbar um ein Phänomen, das mittlerweile in allen Kliniken zu beobachten ist.

Besonders kritisch sehen die Delegierten die langen Wartezeiten auf abklärende Diagnostik wie CT und MRT. „Gerade bei Krebspatienten ist es nicht akzeptabel, mit weiterführender Diagnostik noch sechs bis acht Wochen zu warten, nur weil kein CT gemacht werden kann. Hier wird wertvolle Zeit verschenkt“, so Antje Blankau (Fraktion Gesundheit), niedergelassene Gynäkologin aus Friedenau. Oft führen auch innerhalb der Kliniken Unterbesetzungen wichtiger Funktionsbereiche zu Warteschleifen. „Tut mir leid, wir haben heute keinen Arzt, da müssen Sie warten“, sei ein oft gehörter Satz, wenn

dringend Spezialuntersuchungen benötigt würden.

Durch die Sparzwänge in den Kliniken werden Patienten früher entlassen, wodurch ein bisher nie dagewesener Anteil der Nachsorge in den ambulanten Bereich verlagert wird. Davon konnten die niedergelassenen Ärzte im Kammerparlament ein Liedchen singen. Auch hier seien durch Engpässe unter den Fachärzten lange Wartezeiten in Kauf zu nehmen. Ärztekammerpräsident Günther Jonitz (Marburger Bund) betonte, dass die Ärzteschaft auf die Folgen der neuen Pauschalfinanzierung in Kliniken bereits seit 1993 hinweist. „Es kann also keiner sagen, er habe es nicht gewusst“, so Jonitz.

Mit Sorge sehen die Delegierten den mit diesen Umständen einhergehenden Qualitätsverlust bei der Weiterbildung des Mediziner Nachwuchses. Oft fänden

die jungen Ärzte es gar nicht mehr schlimm, wenn ein Patient nicht gut informiert oder unterversorgt in der Klinik liegt, sie lernen es gar nicht mehr anders kennen. „Die Ausbildung kommt zu kurz, wenn nur noch die Schnitt-Naht-Zeit wichtig ist“ so auch Andreas Grüneisen, Listensprecher der Fraktion Gesundheit. Einige Delegierte führten aus, dass die Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern stark demotivierend seien und man sich nicht wundern müsse, wenn dies bei den Mitarbeitern zu Gleichgültigkeit gegenüber den Patienten führe.

Hier gab es allerdings auch Einspruch. „Gleichgültigkeit gegenüber Hilfsbedürftigen ist keine Frage des Personal-mangels“, so Unfallchirurg Werner Wyrwich (Marburger Bund). Er plädierte dafür, trotzdem sensibel und einfühlsam mit den Patienten umzugehen,

auch wenn noch so wenig Zeit dafür sei. Dieser Meinung schloss sich auch Vittoria Braun (BDA) an. Die Professorin für Allgemeinmedizin mit Praxis in Köpenick erinnerte daran, wie wichtig es sei, dem Nachwuchs auch die schönen Seiten des Arztberufes näher zu bringen. „Bei all dem dürfen wir nicht vergessen, das Ideal des guten Arztes zu vermitteln. Wenn wir dem Patienten helfen können, da kommt so viel rüber, das finden Sie in kaum einem anderen Beruf in dieser Weise wieder“. Hier liege auch ein ethischer Ausbildungsauftrag, der in der Facharztweiterbildung nicht verloren gehen dürfe.

Vor dem Hintergrund, dass neben der Arbeitsverdichtung in den Kliniken durch Personalabbau zusätzliche Lohnkürzungen vorgenommen werden, sehen die Delegierten aus den Krankenhäusern auch die Frage problematisch, wie eine angemessene Vergütung ärztlicher Tätigkeit langfristig sicherzustellen sei. Uneinigkeit herrschte bei der Frage, wie eine angemessene Vergütung ärztlicher Arbeit langfristig sicherzustellen sei. Ob man weiterhin für ein Verbleiben in BAT-Strukturen kämpfen solle, oder ob Haustarifverträge für die Ärzteschaft besser seien, darüber waren die Meinungen geteilt. Wolfgang Albers (Fraktion Gesundheit) sieht mit Sorge eine „Restauration von Unrechtsverhältnissen“ auf Klinikärzte zukommen. Aus seiner Sicht lässt die „Kampfkraft der mit immer kürzeren Verträgen ausgestatteten Ärzte zu wünschen übrig“. Da sei man mit Flächentarifverträgen, die auch mit anderen Berufsgruppen gemeinsam erstritten werden könnten, auf der sichereren Seite. Dem widersprach mb-Chef Matthias Albrecht. „Wir können nicht immer bedingungslos mit Ver.di an einem Strang ziehen, weil wir zum Teil unterschiedliche Ziele haben“. Der mb verhandele deshalb gerade mit der Charité und dem Deutschen Herzzentrum über eigene Haustarifverträge. „Wir müssen das nur vernünftig aushandeln, dann werden unsere Vertragsbedingungen auch besser werden.“

Nach einer lebhaften Diskussion verständigten sich die Delegierten schließlich auf die nebenstehende Resolution.

Eine kurz nach der Delegiertenversammlung von der Kammer verbreitete Presseerklärung sorgte übrigens für gehörigen Wirbel. Ein Zeichen dafür, dass die Sorgen der Ärzte auch in der Öffentlichkeit einen wichtigen Nerv trafen. Daran konnte auch die Reaktion der Senatsverwaltung für Gesundheit,

Soziales und Verbraucherschutz nichts ändern. Den Vorwurf, alte Patienten würden ohne Hilfe ihrer Angehörigen in einem Akutkrankenhaus verwahrlösen, bezeichnete die Behörde als „Unverschämtheit“. In vielen Kliniken ist diese Unverschämtheit leider längst Realität.

SyGo

## Zur Situation der Berliner Krankenhäuser

### Beschlusstext der Sonder-Delegiertenversammlung am 19.1.2005

In Sorge um unsere Patienten in den Berliner Krankenhäusern, in denen sich die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten dramatisch verschlechtern – worunter die Versorgung der Patienten leidet –, fordert die Ärztekammer Berlin von den Krankenhausbetreibern und den Krankenkassen für alle Ärztinnen und Ärzte:

- Die Versorgungsqualität für die Patienten muss garantiert sein: Deswegen darf es keinen weiteren Abbau von Arztstellen in den Berliner Krankenhäusern geben. Das Ziel ärztlicher Zuwendung ist primär das Wohl des Patienten.
- Deshalb muss der Arzt von nichtärztlichen Tätigkeiten, insbesondere von redundanten Dokumentationsarbeiten und Verwaltungstätigkeit, entlastet werden.
- Aktuelles Wissen ist die Basis für die Qualität der Behandlung. Deshalb muss Fort- und Weiterbildung durch entsprechende Dienstbefreiung und durch entsprechende interne Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen des Krankenhausbetreibers sichergestellt werden.
- Bereichsspezifische Fachkenntnisse können nicht ubiquitär vorhanden sein! Deshalb ist die Einführung fachübergreifender Dienste konsequent abzulehnen. Haupt- und Fachabteilungen müssen eigene Bereitschaftsdienste vorhalten. Insbesondere in dieser Angelegenheit fordert die Ärztekammer die Gesundheitssenatorin auf, tätig zu werden und fachübergreifende Dienste zu untersagen.
- Gleichermaßen muss die Existenzsicherung der Ärzte garantiert sein, durch:
  - unbefristete Arbeitsverträge für Ärztinnen und Ärzte sowohl in der Weiterbildung, als auch für Fachärzte,
  - die Einhaltung des Flächentarifvertrages und die Wiederherstellung tariflich gesicherter Arbeitsbedingungen mindestens auf erreichtem BAT-Niveau.
- Alle Arbeitsleistungen müssen Vergütung finden.
- Menschliche Arbeitszeiten für Ärzte müssen Realität werden: Neben den o. g. Adressaten wird auch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz aufgefordert, die notwendigen Bedingungen für die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes einschließlich der EuGH-Richtlinie herzustellen.

## „Wir verstehen uns doch, oder?“

Seit 2003 stehen in Berlin 74 Gemeindedolmetscher für 13 Sprachen zur Verfügung. Sie wurden über eine mehrmonatige Qualifizierungsmaßnahme von der Gesundheit Berlin e.V. zur Sprachvermittlung in gesundheitlichen und sozialen Versorgungseinrichtungen ausgebildet. Auf diese Weise werden sprachliche und kulturelle Barrieren bei der Versorgung von nichtdeutschsprachigen Patienten/innen überwunden. Eine adäquate Versorgung von Migranten/innen wird ermöglicht. Die Gemeindedolmetscher verfügen neben der Fähigkeit des Übersetzens medizinischer Zusammenhänge auch über psychologische Kenntnisse und sind erfahren in der Anwendung verschiedener Kommunikationstechniken.

Von Antje Müller-Schubert

Herr Türkan und seine Tochter blicken den Arzt ratlos an. Der Vater, weil er kaum ein Wort deutsch spricht, seine Tochter Yasmin, weil sie mit ihren neun Jahren nicht weiß, ob sie die Worte des deutschen Arztes richtig übersetzt hat und nicht alle Fragen des Vaters versteht. Der Arzt weiß nicht so recht, ob seine Gegenüber wirklich begriffen haben, was es bedeutet, wenn er dringend zur Einhaltung der medikamentösen Behandlung und zu einer Diät rät. Immerhin hat Herr Türkan Diabetes und einen massiven Hypertonus. Er legt seine ganze Überzeugung rein in die entscheidende Frage: „Wir verstehen uns doch, oder?“ Das heftige Nicken seines Patienten beruhigt ihn zunächst. Wie gut und nachhaltig es ihm gelingen wird, die Therapie und das Ernährungsverhalten wirklich zu beeinflussen, ist ihm allerdings schon jetzt ein Rätsel. Dass Ausländer „anders krank“ werden, ist nicht neu. Ihr Weg der Integration in die Gesellschaft ist oft lang und beschwerlich. Noch beschwerlicher aber scheint der Weg des kranken Migranten: Er steht immer noch nicht genügend im Fokus. Denn neben den kulturellen

Barrieren, die in zahlreichen Fällen die Integration allein bereits zu einem nur schleppend vonstatten gehenden Prozess machen, hat die Heimatkultur auch das Verständnis von Körper,

Krankheit und ihrer Bedeutung für das Leben des Einzelnen stark geprägt. Am deutlichsten sind die Integrationshindernisse anhand der Sprachbarrieren zu erkennen. Aber was kulturelle Hintergründe auch im Hinblick auf Gesundheit oder im Falle von Krankheit überhaupt für den Einzelnen bedeuten, ist nach wie vor kaum beleuchtet worden. Wie aber sehen die Chancen für den Patienten aus, wenn es keine gemeinsame Sprache gibt?

### Da fischt der Arzt schon mal im Trüben

Für genau diese Lücken der Verständigung bietet in Berlin seit mehr als einem Jahr der Gemeindedolmetscherdienst seine Dienste an. Derzeit stehen



In ihrem Heimatland waren sie Krankenschwestern, Pflegerinnen, Krankengymnastinnen. Angehende Gemeindedolmetscher in den Unterrichtsräumen der Gesundheit Berlin e.V.

Fotos: Dobler



nach Beendigung des dritten Ausbildungsdurchgangs 75 Dolmetscher für 13 Sprachen zur Verfügung, die in Kliniken, Arztpraxen und Ämtern vermitteln.

Eine ihrer wesentlichen Aufgaben ist die Überbrückung der Sprachbarrieren. Darüber hinaus sieht Raimund Geene, Geschäftsführer von Gesundheit Berlin e.V., der Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, „den Schwerpunkt des Gemeindedolmetscherdienstes in der Übermittlung von Diagnosen und Fallbesprechungen.“ Das ist aus Sicht des Gesundheitssystems sicher ein besonders brisanter Bereich. Denn wenn eine Diagnose oder Therapie nicht klar vermittelt werden kann, entstehen in der Gesundheitsversorgung Lücken. „Gerade in diesen Situationen sollte man mit großer Sorgfalt arbeiten. Eine Vermittlung über eine Reinigungskraft oder über Verwandte, wie das oft leider immer noch üblich ist, kann problematisch werden.“ Am deutlichsten sei dies in der Gynäkologie und Psychia-

trie zu beobachten. Welche Kosten dem Gesundheitssystem durch Fehldiagnosen oder jahrelange Fehlbehandlungen letztendlich entstehen, sei schwer zu beziffern, so Geene.

Letztendlich bedeutet das Verständigungsproblem für den behandelnden Arzt enormen Druck, da dieser aufgrund unzureichender Anamnesemöglichkeiten nur vage Behandlungsstrategien entwickeln kann. „Es gibt Situationen, da fischt man einfach im Trüben und greift auf seinen Erfahrungsschatz durch andere Patienten mit vergleichbaren Symptomen und möglicherweise aus ähnlichem kulturellen Hintergrund zurück“, so ein niedergelassener Allgemeinarzt aus Kreuzberg. „Andere Kulturen – anderes Leiden“, fasst es treffend ein kurdischer Kollege zusammen und meint damit auch die in anderen Kulturkreisen unterschiedlich ausgeprägte Art, Symptome oder Beschwerden zu äußern. Schließlich ist auch die rechtliche Situation für

## Wo bekommt man einen Dolmetscher?

Gemeindedolmetschdienst Berlin  
Mühlenhoffstraße 17, 10967 Berlin  
Tel.: 030/443 190-90  
Fax: 030/44 3 190 93  
www.gemeindedolmetschdienst-berlin.de

*Sprechzeiten:*  
Montag bis Freitag  
von 10.00 bis 16.00 Uhr

Patienteninfo Berlin,  
c/o Gesundheit Berlin e.V.  
Friedrichstraße 231  
10969 Berlin  
Tel.: 030/44 31 90 -66 /-71  
Fax: 030/44 31 90 -63  
E-Mail: post@patienteninfo-berlin.de

den Arzt heikel: Eine Behandlungseinwilligung und Risikoaufklärung zum Beispiel für eine Operation kann auf keinen Fall den Gesetzesnormen entsprechen, wenn diese von jemandem vorgenommen wird, der die medizinischen Begriffe nicht kennt, die Auswirkungen der Behandlung nicht überschaut und auch den Risiken keine Wertung beizumessen in der Lage ist.

Im Bereich Public Health widmet man sich seit langem diesem Thema. Untersuchungen zur Integration von Migranten in das deutsche Gesundheitssystem förderten wichtige Grunddaten zutage, die schließlich in Berlin zur Einführung des Gemeindedolmetschprogramms führten. Nutznießer dieser Vermittlung sind sowohl der Arzt als auch der Patient, darüber hinaus der Kostenträger, da über eine exakte Vermittlung und eine gute Kommunikation schon ein ganz erheblicher Teil der Therapie auch sichergestellt wird.

### Und was kostet das?

Der Regelsatz des Gemeindedolmetschers liegt bei 25 Euro für den Einsatz von einer Stunde. Im Vergleich: Die Kosten für staatlich geprüfte Dolmetscher, die zum Beispiel vor Gericht oft eingesetzt werden müssen, liegen etwa doppelt so hoch. In Krankenhäusern existieren jeweils Sonderetats, die für einen Gemeindedolmetscher verwendet werden können. Der Bedarf ist groß, und es gelingt auch fast allen Häusern, die Interesse an barrierefreien Gesprächen zwischen medizinischem Personal und Patienten haben, dieses über ihren Sonderetat zu bestreiten. Aber für den niedergelassenen Arzt ist das natürlich ein großes Problem. Einen Kostenträger für diese Sonderleistungen gibt es nicht. Hier würde man sich wünschen, dass eine Gesamtlösung gefunden wird, weil es vielen ausländischen Patienten nicht möglich ist, den Dolmetscher aus eigener Tasche zu bezahlen. Und dass der niedergelassene Arzt diese Extraleistung spendiert, kann ebenfalls kaum erwartet werden.

### Schon im Heimatland gut ausgebildet

Die Sprachmittler kennen meist aus eigenen Erfahrungen die Lebenssituationen ihrer Klienten. Sie sind selbst Migranten, die durch die siebenmonatige Ausbildung zum Gemeindedolmetscher die Chance ergriffen haben, den Sozialhilfestatus zu verlassen. In ihren Heimatländern waren viele von ihnen bereits im Gesundheitsbereich tätig.

Hier in Deutschland konnten sie aufgrund mangelnder Nachweise oder fehlender Ausbildungsstandards in ihren Berufen nur schwer oder gar nicht mehr Fuß fassen. Weil aber Vorkenntnisse auch in Anbetracht der zeitlich nur kurzen Ausbildung wichtig sind, war für die Zulassung zur Ausbildung die soziale Herkunft ein wesentliches Kriterium. Sie stellte eine der Grundvoraussetzungen für die Finanzierungsform durch das Programm „Equal“ dar. „Alle, die wir ausgewählt haben“, resümierte Geene, „verfügten durchweg über einen akademischen Abschluss. Alle haben Berufserfahrungen im Gesundheitswesen. Viele verfügen über eine Grundqualifikation oder einen Abschluss in einem Heilberuf, den sie in ihren Herkunftsländern auch ausgeübt hatten“.

Der Gemeindedolmetschdienst kommt einer langjährigen politischen Forderung nach. Dr. Heidi Knake-Werner, Berlins Senatorin für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, sieht darin eine konkrete Verbesserung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung von Migranten. Dabei ist Berlin kein Vorreiter: In Europa existieren zahlreiche Projekte dieser Art, unter anderem in den Niederlanden und in Italien.

### Ein bisschen Starthilfe muss sein

Der Gemeindedolmetscherdienst befindet sich nach eigenen Angaben nach wie vor in der Aufbauphase. Gebraucht wird er auf jeden Fall. Darüber sind sich die betroffenen Patienten und die mit den Verständigungsproblemen konfrontierten Ärzte einig. In dieser sensiblen

### Wer fördert das Projekt?

Der Gemeindedolmetschdienst Berlin ist ein Modellprojekt von Gesundheit Berlin e.V., der Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, in enger Zusammenarbeit mit dem Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg und der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, dem Beauftragten für Integration und Migration. Das Projekt wird gefördert durch das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds (Equal).

Phase des Projekts hilft vor allem der mutige Schritt nach vorn. Und der kann eigentlich nur lauten: Einerseits den frisch verabschiedeten Gemeindedolmetschern praktische Erfahrung zukommen zu lassen und andererseits Ärzten und Pflegeeinrichtungen zu zeigen, wie durch die geschulte Übersetzerleistung ihre Arbeit und deren Resultate effektiver werden. Und das wiederum kann sich nur darin äußern, dass Behandlungsmaßnahmen auch ihre gewünschten Resultate zeigen. In diesem Zusammenhang denke man für die erste Phase auch über gebührenfreie Vermittlung nach. „Denn“, formuliert der Geschäftsführer von Gesundheit e.V., „nur in der Routine des Einsatzes bildet der einzelne Gemeindedolmetscher Qualität und Erfahrung aus. Und wenn sich die herumspricht, wird er auch häufiger angefordert“.

Dr. med. Antje Müller-Schubert  
(Medizinjournalistin)

# „Sind Sie der Liedermacher Bomberg?!“

Der singende Arzt mit der Gitarre

**S**tädtisches Krankenhaus Berlin Pankow, Morgen des 29. Februar 1984. Der junge Anästhesie-Assistenzarzt will gerade zur ersten Operation des Tages eilen – da wird er in die Kaderabteilung zitiert. Dort warten drei Herren, die sich als Mitarbeiter der Kriminalpolizei vorstellen. „Zur Klärung eines Sachverhalts“ wird er von ihnen „zugeführt“: zum Polizeipräsidium am Alexanderplatz.

Der „Sachverhalt“, der dem Arzt und Liedermacher nach langer Vernehmung Handschellen, drei Monate Untersuchungshaft im Stasi-Gefängnis Pankow und eine Bewährungsstrafe einbrachte: Ein Tonband mit eigenen Protestliedern war statt „im Westen“ bei der Stasi gelandet. Was waren das für Lieder? In seiner Prenzlauer-Berg-Praxis für Psychotherapie, wo Dr. Bomberg auch spättraumatisierte DDR-Regimeopfer behandelt, beginnt der doppelte Facharzt (Anästhesie und Psychotherapie) jetzt, zwei Jahrzehnte später, zu erzählen: Was die Staatsicherheit besonders ärgerte, waren ironische Zeilen wie „Friede, Freude, Eierkuchen,/Jedermann

sollt es versuchen,/allen nach dem Munde reden,/in der Menge mitzutreten.“ Oder der Song vom „Staatsbesuch“, für den, wie einst im Zarenreich, auch in der DDR Potemkinsche Dörfer errichtet wurden; Lieder also, die Lüge und Heuchelei beim Namen nennen. Auch aus der Vernehmung entstand ein Lied: „Sind Sie der Liedermacher Bomberg?/ Ich sage ja uns setz mich hin./Wir hätten da mal ein paar Fragen/zu Ihren Liedern, Zweck und Sinn.“

Der „stationären Abklärung“ im Knast folgte die „ambulante Betreuung“, berichtet Dr. Bomberg. Der operative Vorgang „Sänger“ (Stasi-Name des 1955 in Thüringen geborenen Karl-Heinz Bomberg) bestätigt, dass er laufend bespitzelt wurde, nicht nur „präwendisch“, selbst „intrawendisch“ noch. Der Stasi trotzend, hatte er nämlich die schon in der Leipziger Studentenzeit beginnende Liedermacherei und die öffentlichen Konzerte (mehr als tausend) nicht aufgegeben. Nur trat er mehr und mehr im kirchlichen „Schutzraum“ auf. Im Sommer '89 zum erstenmal „drüben“, sang

er auf dem West-Berliner Kirchentag, im Herbst vor über hunderttausend Leuten in Dresden und auf dem Alex.

Vorbei – nicht zuletzt dank mutiger, ermutigender Protestlieder. „Der Sänger bringt die Wahrheit ohne Scheu“, zitierte Marianne Birthler aus einem Bomberg-Lied. „Die Wirkung solcher Lieder war ungeheuer. Man kniff sich in den Arm, kaum glaubend, dass diese Lieder in manchen Kirchen gesungen werden konnten; aber mit solchen leisen Tönen kommen wir heute nicht mehr durch, sagte sie an einem Tag der offenen Tür samt Erinnerungsabend mit Bomberg, auf der „wahrscheinlich einzigen Kleinkunstbühne einer Bundesbehörde“. Da sang er wieder – schmale Figur, heller Tenor (schwarz gewandet) – die einfachen, den Text eindrucksvoll herausarbeitenden Melodien und begleitete sich virtuos auf der Gitarre, griff auch zwischendurch zur Trompete, ursprünglich sein Lieblingsinstrument.

Und nun? „Worüber soll ich heut´ noch singen?“ heißt ein Bomberg-Lied und eine CD. Aber er ist weiter produktiv, auch wenn er seine Aufgabe als ärztlicher Psychotherapeut so ernst nimmt, dass er sich in Psychoanalyse weitergebildet hat. Er will „hinter die Dinge steigen“, in Medizin wie Kunst. „Sing mein neualtes Lied“ heißt ein Büchlein von 1996, „Autor ohne Lenker“ (denn lenken ließ er sich nie) eine 2002 erschienene Sammlung von Liedern, Versen und Prosatexten ganz verschiedener Art, leider ohne Entstehungsdaten.

Themen hat Bomberg genug: Die Wendehäule, die Herrschaft des Geldes, das die Ideologie ablöste, das ewigjunge, ewigalte Zwischenmenschliche. Selbstkritisch lautet ein Titel „Wenn ein Vers mal nicht gelingt“. Das kommt vor, aber vieles ist gelungen. Es gibt auch hinreißende Kindergedichte (und sogar zwei kleine Kinderbücher) vom Vater Bomberg. Auch wenn er heute nur noch etwa fünfzehnmal und nicht mehr fünfzigmal im Jahr auftritt: Der Arzt und Liedermacher will den zwei Seelen in seiner Brust auch künftig gerecht werden.

Rosemarie Stein



Foto: privat

# BERLINER ÄRZTE

3 / 2005 42. JAHRGANG

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

**Herausgeber:**

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

**Redaktion:**

Dipl. pol. Sybille Golkowski (v.i.S.d.P.)  
Eveline Piotter (Redaktionsassistentin)

**Redaktionsbeirat:**

Dr. med. Günther Jonitz  
Dr. med. Elmar Wille  
LMD Dr. sc. med. Manfred Dückert  
Daniel Sagebiel

**Anschrift der Redaktion:**

Friedrichstraße 16, 10969 Berlin  
Telefon 030 40806-1600/-1601, FAX -1699  
Titelgestaltung: Sehstern/Berlin

Für die Richtigkeit der Darstellung der auf den vorstehenden Seiten veröffentlichten Zuschriften wissenschaftlicher und standespolitischer Art kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die darin geäußerten Ansichten decken sich nicht immer mit denen der Herausgeber der Zeitschrift. Sie dienen dem freien Meinungsaustausch unter der Ärzteschaft und ihr nahestehender Kreise. Nachdruck nur mit Genehmigung. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zulässigen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar.

**Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:**

Leipziger Verlagsanstalt GmbH  
Paul-Gruner-Straße 62,  
04107 Leipzig  
Telefon 0341 710039-90, FAX -99  
Internet: [www.leipziger-verlagsanstalt.de](http://www.leipziger-verlagsanstalt.de)  
E-Mail: [info@leipziger-verlagsanstalt.de](mailto:info@leipziger-verlagsanstalt.de)

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe  
Anzeigendisposition: Melanie Bölsdorff, Silke El Gendy  
Anzeigenverwaltung Berlin/Brandenburg:  
Götz & Klaus Kneiseler, Uhlandstraße 161, 10719 Berlin  
Telefon 030 88682873, Telefax 030 88682874  
Druck und Weiterverarbeitung: Druckhaus Dresden GmbH,  
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Die Zeitschrift erscheint 12mal im Jahr jeweils am 1. des Monats. Sie wird von allen Berliner Ärzten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft zur Ärztekammer bezogen. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedspreis abgegolten. Nichtmitglieder können die Zeitschrift beim Verlag abonnieren. Der Jahresbezugspreis (12 Ausgaben) beträgt im Inland € 61,40 (einschließlich Versand), Patenschaftsabonnement Berlin-Brandenburg € 40,90 (einschließlich Versand). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 4,20 zzgl. € 2,50 Versandkosten.  
*Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 5 vom 01.01.2005.*

Die Leipziger Verlagsanstalt GmbH ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranlyse Medizinischer Zeitschriften e.V.

ISSN: 0939-5784