

Gemeinsamkeit macht stark



Foto: Stiebitz

Dr. med. Kilian Tegethoff

ist Vorsitzender des Marburger Bundes Landesverband Berlin-Brandenburg

Ärzte und Streik – wie passt das zusammen? Diese Frage wird immer wieder gestellt, wenn Tarifverhandlungen für Ärzte nicht ohne einen Arbeitskampf zu Ende gebracht werden können. Die Ärztinnen und Ärzte der DRK-Kliniken in Berlin haben im September wieder einmal gezeigt, wie Ärzte streiken. Mit fantasievollen Aktionen (zum Beispiel „DRK-Kliniken gehen baden“ Ärztebad in der Müggelspree, „Wir drehen uns im Kreis“ Fahrradrundung des Ernst-Reuter-Platzes, offene Sprechstunde am Alexanderplatz ...) haben die Kolleginnen und Kollegen die Öffentlichkeit auf ihr Anliegen aufmerksam gemacht, ohne Patienten zu gefährden. In Selbstorganisation und Absprache waren immer genügend Ärzte in den Kliniken vor Ort, um Notfallpatienten zu versorgen. Die Schwierigkeiten der Definition des „Notfalls“ möchte ich hier nicht weiter ausführen.

Erfreulicherweise erhielten die streikenden Kolleginnen von vielen Seiten Unterstützung. Der Verband der Honorarärzte erklärte, dass er mit seinen Mitgliedern nicht den Streik unterlaufen wolle und riet diesen davon ab, während des Streiks in den DRK-Klinken Dienste zu übernehmen. Die Delegiertenversammlung der ÄKB verabschiedete spontan auf Antrag eines niedergelassenen Kollegen einstimmig eine Solidaritätserklärung mit den streikenden

Ärzten. Weitere Unterstützungsangebote der niedergelassenen Kollegen konnten gar nicht mehr aufgegriffen werden, denn der Streik zeigte Wirkung und der Tarifkompromiss war schnell vereinbart. Somit hat ein weiterer Klinikkonzern in Berlin arzt spezifische Tarifregelungen mit dem Marburger Bund abgeschlossen. Die seit längerer Zeit laufenden und am gleichen Tag abgeschlossenen Tarifverhandlungen des Marburger Bund mit der Charité passen in diesen Zusammenhang.

Die Ärzte und ihre gewerkschaftliche Vertretung der Marburger Bund sind sich der Gesamtverantwortung im Gesundheitssystem bewusst. Zum einen sind Ärzte immer auch Anwälte der Patienten. Zum anderen sehen wir uns als Vorreiter für eine gerechte Bezahlung aller Beschäftigten im Gesundheitswesen. Insbesondere die Pflegeberufe leiden bis heute unter der gesellschaftlichen Einordnung als „weiblicher“ Beruf und der damit verbundenen schlechteren Bezahlung als technische „männliche“ Berufe. Eine einheitliche Bewertung der verschiedenen Berufe in der Schweiz hat zu deutlichen Einkommenserhöhungen in den Pflegeberufen geführt. Hier hat Deutschland erheblichen Nachholbedarf.

Bei aller Solidarität mit anderen Berufsgruppen bleibt ein innerärztliches Problem tariflich bis heute ungelöst: die Bezahlung medizinischer Wissenschaft-

ler. Zwar haben wir in Berlin seit 2006 im Gegensatz zum Rest der deutschen Universitätskliniken alle Ärzte an der Charité in einem Tarifvertrag des Marburger Bund erfasst, doch erhalten ausschließlich wissenschaftlich oder in vor-klinischen Fächern tätige Kollegen, da sie offiziell weniger Wochenarbeitszeit haben, auch weniger Gehalt. Die Nachwuchsgewinnung ärztlicher Lehrer und Forscher ist damit finanziell unattraktiv. Langfristig können wir Ärzte kein Interesse daran haben, den medizinischen Fortschritt und die Ausbildung in theoretischen medizinischen Fächern nichtärztlichen Wissenschaftlern zu überlassen.

Weitere Themen für gemeinsame Arbeit stehen an: zum Beispiel familienfreundliche Arbeitszeiten, demografische Entwicklung, Feminisierung der Medizin. Nur durch Verbesserung der Arbeitsbedingungen mit arzt spezifischen Tarifverträgen unter Beachtung der genannten Themen kann die Attraktivität des Arztberufs für den Nachwuchs gesteigert werden. Diese Aufgabe fordert uns gemeinsam heraus.



Naturheiltage Berlin Herbstkongress 2009 – Kurs II

Freitag bis Sonntag, 13.–15.11. und 27.–29.11.2009

Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ mit Zertifizierung (38 Punkte)

VERANSTALTER:	Ärztegesellschaft für Naturheilverfahren (Physiotherapie) Berlin-Brandenburg e.V.	Schwerpunktthema:	Fallbesprechungen
INHALTE:		28.11. nachm.	
Physikalische Therapie:	Thermotherapie, Elektrotherapie, Komplexe physikalische Entstauungstherapie;	Neuraltherapie:	Ursprünge, Einführung in die Praxis, Anwendung mit Falldarstellung
13. u. 14.11.		29.11.	
Phytotherapie:	bei endokrinen Erkrankungen, bei Herz-/Kreislaufkrankungen, bei Atemwegserkrankungen, bei HNO-Erkrankungen;	ANMELDUNG:	Vitanas Krankenhaus für Geriatrie, Senftenberger Ring 51, 13435 Berlin, Tel. 030-40057 484, Fax 030-40057 494 e-mail: r.heinzler@vitanas.de
14.11.			
Ordnungsth.:	Chronobiologie, Autogenes Training, Entspannungsverfahren, das ärztliche Gespräch;	Veranstaltungsort:	St. Gertrauden Krankenhaus, Paretzer Str. 12, 10713 Berlin-Wilmersdorf
27.11.		Kursgebühren:	360,00 Euro für den gesamten Kurs II. Ermäßigungen unter bestimmten Voraussetzungen und bei entsprechendem Nachweis.
Ernährungsth.:	Vegetarische: vegan versus ovo-lacto-vegetabil, Nahrungsergänzungsmittel, Makrobiot. Ernährung		
28.11. vorm.			

Ausführliches Programm unter: www.naturheiltage-berlin.de

ANZEIGE



TITELTHEMA

Reform des Medizinstudiums in Berlin – eine unendliche Geschichte

Der Reformstudiengang Medizin in Berlin startete einst als Vorzeigeprojekt der Charité. Doch was ist davon geblieben? Auch die angekündigte Reform aller Medizin-Studiengänge wurde bis heute nicht umgesetzt. BERLINER ÄRZTE beleuchtet die Hintergründe.

Von Rosemarie Stein 14

Voraussetzungen für die Reform 19



EDITORIAL

Gemeinsamkeit macht stark

Von Kilian Tegethoff..... 3

NACHRICHTEN

Aktuelles..... 6

Neue Influenza – Was passiert in Herbst und Winter?

Informationen des Robert Koch-Instituts..... 11

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK

Finanzkrise lässt Rentenerhöhung nicht zu

Bericht von der Delegiertenversammlung am 23. September 2009
Von Sascha Rudat..... 22

Modellprojekt CIRS-Berlin erfolgreich gestartet

Von Sascha Rudat..... 28

Die Ärzte und die Wende oder: Müssen Ärzte Opportunisten sein?

Interview mit Professor Dr. med. Harald Mau..... 33

FORTBILDUNG

Sicherer verordnen..... 10

Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin..... 26

PERSONALIEN

Ruth Mattheis wird go!..... 21

Bestandene Facharztprüfungen Juli bis September 2009..... 30

FEUILLETON



Ein Berliner Kinderarzt als Impresario

Von Rosemarie Stein..... 36

Studie zur Niereninsuffizienz



Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels in Deutschland wird zum Winter die Berliner Initiative Studie (BIS), eine epidemiologische Bevölkerungsstudie der Charité, starten. Ziel ist die Erfassung von Prävalenz und Inzidenz chronischer Niereninsuffizienz sowie assoziierter Risikofaktoren bei 70-Jährigen. Die Nierenfunktion im Alter genauer zu erfassen und besser zu verstehen, ist Voraussetzung, um in der Praxis die richtigen Medikamente auszuwählen, diese adäquat zu dosieren, über Röntgen-Kontrast-

mittel zu entscheiden, Nierentransplantierte gut zu monitorieren und über potentielle Spender zu entscheiden. Die Studie wird in Zusammenarbeit mit der Berliner AOK und 12 internistisch-/ nephrologischen Praxen Berlins sowie der nephrologischen Ambulanz des Krankenhauses im Friedrichshain durchgeführt. Die BIS umfasst zwei methodische Teile:

LÄNGSSCHNITTSTUDIE (Gesamt-Kohorte)

Die Berliner AOK lädt eine Zufallsstichprobe von 70-Jährigen, AOK-

versicherten Berliner Bürgerinnen und Bürgern zu einer kostenlosen Nierenuntersuchung ein. Die Probanden wählen selbst aus 13 über Berlin verteilten Standorten den für sie günstigsten aus. Die Studienvisite beinhaltet ein standardisiertes Interview, eine kurze Untersuchung sowie Blut- und Urinproben. Es erfolgt eine datenschutzkonforme Pseudonymisierung. Zwei Jahre später erfolgt eine identische zweite Studienvisite, um den Verlauf der Nierenfunktion zu beurteilen. Ziel ist es, insgesamt 2000 Teilnehmer zu gewinnen.

INGEBETTETE QUERSCHNITTSTUDIE (Subpopulation)

Aus 2000 Teilnehmern werden 600 ausgewählt und an einen der drei Charité-Standorte (CVK, CCM, CBF) zu einer Goldstandard-Nierenfunktionsmessung (nicht-radioaktive Iohexol-Clearance)

gebeten, um die individuelle Nierenfunktion exakt zu bestimmen. Diese exakt gemessene Nierenfunktion wird dann mit der geschätzten verglichen. Ziel ist es, somit eine neue, genauere Formel zur Einschätzung der Nierenfunktion in dieser Altersklasse zu entwickeln, um diese in der Praxis valide und verlässlich zu bestimmen.

Sollten sich Patienten, die ein AOK-Schreiben erhalten haben, fragend an Sie wenden, bittet die BIS alle niedergelassenen Ärzte Berlins sehr herzlich um Unterstützung! Für Rückfragen steht Ihnen die Studienleiterin gerne zur Verfügung: Priv. Doz. Dr. Elke Schaeffner, Charité, Virchow Klinikum, Tel. 450-665517, bis@charite.de Nähere Informationen unter: <http://nephrologie.charite.de/BIS/Home/Home.php>

Online-Befragung

Erstmals Studie zur Situation von Honorarärzten

Um Personalengpässe auf Grund von Fachkräftemangel zu überbrücken, greifen immer mehr Kliniken auf so genannte Honorarärzte zurück. Momentan gibt es in Deutschland jedoch keinerlei valide Daten über den Umfang und den Charakter der honorarärztlichen Tätigkeit. Dies will eine Studie zur Situation der Honorarärzte in Deutschland ändern. Diese Online-Befragung wird im Rahmen der Dissertation von Alexander Teske aus Homburg/Saar durchgeführt. Wissenschaftlich betreut wird die Studie von Professor Dr. Dr. med.

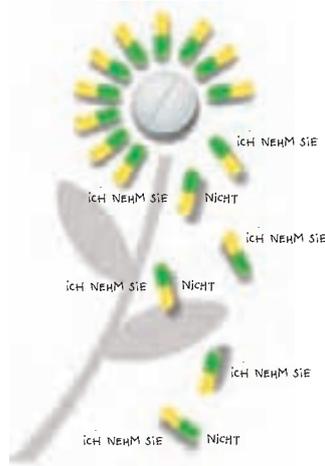
Günter Ollenschläger, Leiter des ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ). Die Studie wird von acht Landesärztekammern unterstützt, u.a. von der Ärztekammer Berlin. Die erhobenen Daten dienen den Angaben zufolge allein wissenschaftlichen Zwecken im Rahmen der Dissertation. Alle Antworten werden absolut anonym und streng vertraulich behandelt. Die Beantwortung des Fragebogens wird circa 20 bis 30 Minuten in Anspruch nehmen. Die Studie ist zu finden unter www.honorararztstudie.de

ANZEIGE

Fachtagung „Adherence“ in der Ärztekammer Berlin

Im Nachgang des Berliner Gesundheitspreises 2008 veranstaltet die Ärztekammer Berlin gemeinsam mit dem AOK Bundesverband und der AOK Berlin einen Fachworkshop zum Thema „Adherence“.

Hinter diesem Begriff (wir berichteten) verbirgt sich ein anspruchsvolles Kommunikationskonzept. Es betont die gemeinsame Verantwortung von Arzt und Patient im Therapieprozess. Zentrales Element ist die partnerschaftliche Kommunikation mit dem Ziel, den Patienten umfassend über seine Situation und mögliche Therapiestrategien aufzuklären und im Dialog zu einer gemeinsa-



men Therapieentscheidung zu kommen. Dabei geht es darum, den Patienten so weit wie möglich in die Verantwortung für seinen Umgang mit der Krank-

heit zu führen. Das wirkt präventiv und fördert die Therapietreue und damit die Effizienz von Behandlungspfaden. Die Fachtagung wendet sich an Ärzte und Multiplikatoren aller Bereiche des Gesundheitswesens.

Nach einer umfassenden Einführung wird ein Überblick über den Forschungsstand zu den Effekten des Shared-Decision-Making gegeben. Ausgewählte Adherence-fördernde Instrumente stellen sich in Werkstattberichten vor und werden auf ihre Praxistauglichkeit untersucht (Arriba, Epivista, Pflegeunterstützte Kurzinterventionen). Eine abschließende Podiumsdiskussion nimmt eine Bewertung

der Nutzungsmöglichkeiten, Chancen und Grenzen Adhärenz-fördernder Strategien vor.

Ein ausführliches Programm finden Sie bei der Ankündigung der Veranstaltung auf der Homepage der Ärztekammer Berlin (www.aerztekammer-berlin.de)

Fachtagung „Adherence“
Freitag, den 11. Dezember 2009
11.00 bis 16.30 Uhr
in der Ärztekammer Berlin
Friedrichstr. 16
Konferenzsaal
10969 Berlin

Anmeldungen erbeten unter:
s.golkowski@aekb.de
 Tel. 030/ 40 80 6 -4102 (- 4101)

Tarifstreit

Delegiertenversammlung stellt sich hinter streikende Ärzte

Die Ärztekammer Berlin begrüßt die Tarifeinigungen an der Charité und den DRK Kliniken Berlin. „Wir freuen uns über die klugen und einvernehmlichen Abschlüsse. Die konsequente Haltung des Marburger Bundes hat

zu diesem für die betroffenen Klinikärzte sehr erfreulichen Ergebnis geführt“, sagte Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz und fügte hinzu: „Die Geschäftsführungen der Charité und der DRK Kliniken haben

offenbar verstanden, dass es dauerhaft nicht möglich ist, ihre Ärztinnen und Ärzte von den angemessenen Gehaltsentwicklungen an anderen Krankenhäusern abzukoppeln.“ Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin hatte sich in ihrer Sitzung am 23. September hinter die streikenden Ärztinnen und Ärzte an den DRK Kliniken Berlin gestellt und einstimmig eine Proklamation verabschiedet (s. DV-Bericht). Darin

wurde unter anderem „die Geschäftsführung der DRK Kliniken aufgefordert, zu einem angemessenen und dem ärztlichen Stande würdigen Verhalten zurückzukehren“. Die Tarifkompromisse sehen an der Charité und an den DRK Kliniken unter anderem durchschnittliche Gehaltssteigerungen von 11 Prozent vor. (Lesen Sie auch das Editorial mit dem MB-Landesvorsitzenden Dr. med. Kilian Tegethoff.

ANZEIGE

Interview

»Viele Studien zeigen, dass Ärzte beeinflussbar sind«

Interview mit Prof. Dr. med. Bruno Müller-Oerlinghausen zum Thema Einfluss der Pharmaindustrie auf Ärzte und Patienten.

BERLINER ÄRZTE: Ärzte sind mündig genug und können sich doch bei eventuell tendenziellen Fortbildungen ihr eigenes Urteil bilden, oder?

MÜLLER-OERLINGHAUSEN: Das ist ein Glaube, den viele Ärzte und Ärztinnen haben. Ich selber habe früher auch angenommen, dass wir Ärzte nicht beeinflussbar sind. Aber viele Studien zeigen, dass dies sehr wohl der Fall ist.

Sei es in den Fortbildungsveranstaltungen oder durch Publikationen von Studienergebnissen in irgendwelchen Gratiszeitschriften, die dem Arzt täglich ins Haus flattern und die häufig in enger Kooperation mit Pharmaherstellern geschrieben worden sind.

Der Arzt bekommt eine Sicht der Dinge – man muss schon fast sagen – aufoktroziert, die eben nicht unabhängig ist und deren Einfluss er sich kaum entziehen kann. Ich habe vor kurzem gerade wieder in einer Studie gelesen, dass die Einflussnahme schon bei Medizinstudierenden anfängt. Dabei kommt es gar nicht auf die Höhe der Geschenke an.

Man hat festgestellt, dass auch kleine Zuwendungen wie Kugelschreiber bei Medizinstudenten schon dazu führen, dass sie die Produkte des Herstellers, von dem die Kugelschreiber kommen, positiver bewerten.

Das vollständige Interview von Ulrike Hempel mit Bruno Müller-Oerlinghausen lesen Sie auf der Homepage der Ärztekammer unter www.aerztekammer-berlin.de

Sachkunde zur Aufbereitung von Medizinprodukten in der Arztpraxis



Foto: Orkhan Aslanov-Fotolia.com

Die Implementierung des Sachkundekurses in das Qualitätssicherungssystem des niedergelassenen Arztes hilft mit, das Gefahrenpotential durch Hygienemängel auf das für den Patienten und das Personal unvermeidbare Restrisiko zu vermindern.

Bundesweit und auch in Berlin werden in zunehmendem Maße Praxisbegehungen durch staatliche Behörden (LAGeSi, Gesundheitsämter) durchgeführt. Es geht um die Kontrolle der Einhaltung der Qualitätsstandards. Ziel ist und muss immer die Minimierung von Gefahrenpotential (Infektionsrisiko) für Patienten und Personal sein.

Der Kurs vermittelt Kenntnisse zu folgenden Themen:

- der praxisrelevanten rechtlichen Rahmenbedingungen
- Arbeitsschutz für medizinisches Personal
- Grundlagen der Mikrobiologie
- Grundlagen der Hygiene in Arztpraxen (u.a. Hygieneplan)
- Aufbereitung von Medizinprodukten auf der Basis der gesetzlichen Verordnungen (Medizinproduktegesetz, Medizinproduktebetriebsverordnung, RKI/BfArMRichtlinien)

Lehrgangsteilnehmer, die den abschließenden Test erfolgreich bestehen, erhalten ein Zertifikat.

Der nächste Lehrgang findet am **21. November 2009** statt. Bitte beachten Sie die Termine für den Anmeldeschluss (16. November 2009). Weitere Informationen finden Sie auf: www.mut-gesundheit.de/fo_aufbereitung.htm.

Für auftretende Fragen steht Ihnen gerne Michael Biertümpel zur Verfügung:

Telefon: 030/293302-25
E-Mail: michael.biertuempel@mut-gesundheit.de
E-Mail: regina.pischel@mut-gesundheit.de

Michael Biertümpel
MUT Gesellschaft für Gesundheit mbH

ANZEIGE

Allopurinol

Schwere Hautreaktionen

Die AkdÄ informiert über Ergebnisse einer multinationalen Fall-Kontrollstudie zu schweren Arzneimittelreaktionen an der Haut (Stevens-Johnson-Syndrom, SJS, und toxische epidermale Nekrolyse, TEN). Am häufigsten wurde Allopurinol (Zyloric®, viele Generika) mit diesen, mit einer hohen Letalität verbundenen unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) in Zusammenhang gebracht (66 Fälle). Danach folgten Carbamazepin (Tegretal®, viele Generika), Cotrimoxazol (Eusaprim®, viele Generika), Nevirapin (Viramune®), Phenytoin (Phenydan®, Generika) und Lamotrigin (viele Generika).

Die Autoren und die AkdÄ leiten aus erhöhten Verordnungszahlen eine Tendenz zu unkritischer Behandlung mit diesem Arzneistoff ab. Sofern eine Diät nicht ausreicht, wird derzeit eine medikamentöse Therapie bei asymptomatischer Hyperurikämie ab Serum-Harnsäurewerten von 9 mg/dl empfohlen sowie möglichst niedrige Dosierungen von Allopurinol (SJS/TEN treten dosisabhängig auf). Patienten sollten über mögliche Symptome einer beginnenden schweren Hautreaktion aufgeklärt werden (Fieber, Augenbrennen, Schluckbeschwerden, Hautläsionen am Stamm).

Zusätzlich sei darauf hingewiesen, dass sich unter den am häufigsten genannten Arzneistoffen drei derzeit eingesetzte Antiepileptika (und ein nur noch selten angewandtes) befinden.

Quelle: Dt. Ärztebl. 2009; 106 (36): C 1477

Erfunden

Verschwunden

In einer Übersicht wird ein Resümee über alle in einer anzeigenfreien Zeitschrift ausführlich besprochenen neuen Arzneimittel gezogen, die zwischen 1998 und 2008 in der Schweiz eingeführt und dann wieder zurückgezogen wurden. Davon sind 59 Arzneistoffe betroffen, an erster Stelle Antirheuma-

matika, es folgen am ZNS angreifende Stoffe (z.B. Schmerzmittel, Antidepressiva), Herz-Kreislaufmittel und Antiinfektiva. Die Gründe hierfür waren – neben kommerziellen Gründen der Hersteller – u.a.

- kardiovaskuläre Toxizität (z.B. Rofecoxib)
- Hepatoxizität (z.B. Ximelagatran/Melagatran)
- gastro-intestinale Toxizität (z.B. Ampicillin/Sulbactam)
- Hautprobleme (z.B. Valdecoxib)
- mehrere Organsysteme betreffende UAW (z.B. Ticlopidin, in Deutschland noch im Handel)
- Interaktionen (z.B. Cerivastatin in Kombination mit Gemfibrozil).

Da die Situation in Deutschland grundsätzlich vergleichbar erscheint, seien nachfolgend die erwägenswerten Empfehlungen der Autoren zitiert (leicht verändert):

1. Das Nutzen-Risiko-Profil bei neuen Arzneistoffen ist ungenügend bekannt, der therapeutische Stellenwert zunächst nicht bestimmbar, daher äußerst zurückhaltende Verordnung zu empfehlen.
2. „Signale“ (z.B. Fallberichte aufmerksamer Ärzte) über auftretende bedeutsame UAW müssen besonders überwacht werden, gleichzeitig wird eine noch zurückhaltendere Anwendung empfohlen.
3. Unabhängige Informationsquellen (z.B. aufmerksame Ärzte, anzeigenfreie medizinische Zeitschriften) haben bei der Vermutung neuer UAW einen unschätzbaren Wert. Weder Herstellerfirmen noch die Behörden weisen frühzeitig auf mögliche Probleme hin.

Quelle: pharma-kritik 2009; 30: 65

Anregungen, Vorschläge und insbesondere kritische Anmerkungen aus der Praxis und Klinik zu den Artikeln dieser Serie sind ausdrücklich erwünscht.
Telefon: 0211/4302-1560, Fax: 0211/4302-1588, E-Mail: dr.hopf@aeckno.de
Dr. Günter Hopf, ÄK Nordrhein, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf

ANZEIGE

Neue Influenza – was passiert in Herbst und Winter?

Bislang gab es in Deutschland vorwiegend milde oder moderate Verläufe der Neuen Influenza, wobei – vermutlich v. a. durch die sommerlichen Klimabedingungen – im Vergleich zu den Ländern der Südhalbkugel wenige Personen erkrankten. Eine Wiederkehr des Virus im Herbst und Winter wird daher auf eine nach wie vor nicht immune Bevölkerung treffen.

Selbst vergleichsweise geringe Anteile schwerer Erkrankungen könnten sich zu einer großen Zahl schwerer Erkrankungen summieren, wenn viele Menschen erkranken. Im Unterschied zur saisonalen Influenza, bei der in der Regel ältere multimorbide Patienten ins Krankenhaus eingewiesen werden oder sterben, verlagert sich die Altersverteilung für diese schweren Verläufe hin zu den jüngeren Altersgruppen. Die Erfahrungen auf der Südhalbkugel zeigen, dass regional die Auswirkungen sehr unterschiedlich sein können, daher kann es in einzelnen Gebieten zu deutlichen Engpässen vor allem auf Intensivstationen und Beatmungsgeräten kommen.

Zu den Risikogruppen für schwere Verläufe zählen Personen mit chronischen Grunderkrankungen (zum Beispiel chronische Krankheiten der Atmungsorgane, chronische Herz-Kreislauf-, Leber- und Nierenkrankheiten, Malignome oder Diabetes) sowie Schwangere, insbesondere in fortgeschrittenen Schwangerschaftsstadien. Daher empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO) zunächst diesen Gruppen die Impfung. Schwere Erkrankungen und Todesfälle können aber auch ohne bekannte Vorerkrankungen auftreten. Dies wurde in den stärker von der Neuen Influenza betroffenen Ländern bei etwa 20% der bisher beobachteten Todesfälle beobachtet.

Alle bisherigen Daten und Analogieschlüsse sprechen gegen eine besondere Nebenwirkungsträchtigkeit der neuen Impfstoffe. Aber wie vor anderen Imp-

fungen auch sollte auch bei der neuen Impfung grundsätzlich eine individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung vorgenommen werden. Daher wird empfohlen, Schwangere bis zum Vorliegen weiterer Daten möglichst mit einem nicht-adjuvantierten Spalt-Impfstoff zu impfen.

Auch für das medizinische Personal und andere Berufsgruppen mit Patientenkontakt ist die Impfung wichtig, weil sie aufgrund ihrer Tätigkeit einem höheren Infektionsrisiko ausgesetzt sind und engen Kontakt zu gefährdeten Gruppen haben. Auch die Schutzimpfung gegen die saisonale Influenza sollte wahrgenommen werden, da eine, auch deutliche Zirkulation saisonaler Viren möglich ist.

Die Einhaltung der Arbeitsschutzmaßnahmen ist insbesondere bis zur Ausbildung eines Impfschutzes wichtig, damit sich das medizinische Personal nicht selbst gefährdet oder die Infektion in die eigene Familie oder auf vulnerable Gruppen weiter überträgt. Die Arbeitsschutzmaßnahmen sind die gleichen wie bei der saisonalen Influenza. Wenn die Arbeitsschutzvorgaben eingehalten werden, ist davon auszugehen, dass das Medizinpersonal effektiv geschützt ist und nach Behandlung eines Erkrankungsfalls keine Tätigkeitseinschränkungen für das betroffene Medizinpersonal erforderlich sind.

Wie bei der saisonalen Influenza auch, gilt die Regel, dass bei klinisch möglicher Influenza und einem gegebenen Risiko für einen schweren Verlauf oder schon eingetretenem schweren Krankheitsbild eine Therapie, auch vor dem Vorliegen der Labordiagnose, eingeleitet werden sollte, um keine Zeit zu verlieren. Unter Umständen ist auch eine Therapieeinleitung nach Ablauf der empfohlenen 48 Stunden nach Symptombeginn sinnvoll.

Ärzte sind besonders gefordert sich zu informieren und vorzubereiten.

Hinweise unter www.rki.de/influenza



Klinik-Fachärzte: Stichtag für das Fortbildungszertifikat ist der 31. Dezember 2010

Gerade erst berichteten wir, dass in Berlin 95 Prozent der vor dem 1. Juli 2004 niedergelassenen Ärzte ihr Fortbildungszertifikat fristgerecht zum Stichtag 30.06.2009 erworben haben. Nun kommen die Fachärzte in den Kliniken in den Blick. Am 31.12.2010 endet die Frist für den gesetzlich vorgeschriebenen erstmaligen Fortbildungsnachweis der Fachärzte im Krankenhaus – und zwar für all jene, die ihre fachärztliche Tätigkeit vor

- Verwenden Sie immer Ihre Barcode-Etiketten, wenn Sie an Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen und kleben Sie diese in die ausliegenden Teilnehmerlisten ein. Auf diese Weise ist die Erfassung der Fortbildungsaktivitäten schnell und unkompliziert möglich.
- Lassen Sie sich immer eine Teilnahmebescheinigung vom Veranstalter geben; diese dient Ihnen als anerkannter Nach-

weisen Erfassung der Fortbildungsaktivitäten beruht auf dem Einlesen der in die Teilnehmerlisten eingeklebten Barcode-Etiketten per Scan-Verfahren. Vorteilhaft ist dabei für alle Beteiligten, dass es sich im Vergleich zur aufwändigen manuellen Pflege der Fortbildungspunktekonto um ein elegantes und effizientes Verfahren handelt, das eine zeitnahe Abbildung

erworbener Fortbildungspunkte in den Konten ermöglicht.

Wenn Sie die oben erwähnten Regeln beachten, werden Sie von einem aktuellen und bedienerfreundlichen Fortbildungspunktekonto profitieren, und die Ärztekammer Berlin wird allen 26.600 Berliner Ärztinnen und Ärzten einen geeigneten Service bieten können.

Tödliche Behandlung

Warnung vor der Einnahme von Drogen im Rahmen der Psychotherapie

Nach dem tragischen Tod zweier Patienten im Rahmen einer so genannten „psycholytischen Therapie“ Ende September warnt die Ärztekammer Berlin Patienten eindringlich davor, im Rahmen von psychotherapeutischen Behandlungen Drogen zu nehmen. „Alle schulmedizinischen Verfahren – einschließlich aller in Deutschland offiziell zugelassenen Psychotherapien – zielen darauf ab, die Selbststeuerung des Patienten zu aktivieren und nicht durch Drogen auszuschalten“, betonte Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz. Die Verabreichung von Drogen wie LSD, Heroin oder Ecstasy im Rahmen der Psychotherapie ist klar rechtswidrig. Im Bereich der Psychotherapie hat der Gesetzgeber bewusst sehr enge Grenzen gesetzt, so dass nur sehr wenige Verfahren vom Gemeinsamen Bundesausschuss als Kassenleistung zugelassen sind.

„Unabhängig davon hat der einzelne Arzt immer die Letztverantwortung für das Wohl seiner Patienten“, unterstrich Jonitz und wies darauf hin, dass ärztliche Psychotherapeuten in der Regel mit dieser hohen Verantwortung sehr sorgfältig umgingen.

Gleichzeitig weist die Kammer anderslautende falsche Aussagen zurück, die Psycholytische Therapie sei in Deutschland per se illegal. Der ärztliche Psychotherapeut handelt nur dann von vorn herein rechtswidrig, wenn er während der Therapie illegale Drogen wie LSD, Heroin oder Ecstasy einsetzt. Der betroffene Arzt hatte jedoch gegenüber der Ärztekammer Berlin glaubhaft angegeben, keine illegalen Stoffe in seinen Therapien zu verwenden.

Die Ärztekammer hatte zu keiner Zeit Hinweise auf illegale Behandlungsmethoden. Wenn diese vorgelegen hätten, wäre sie umgehend tätig geworden. Bei dem betroffenen Arzt hat das Landesamt für Gesundheit und Soziales zwischenzeitlich das Ruhen der Approbation angeordnet. Zum Redaktionsschluss saß der Arzt noch in Untersuchungshaft.



dem 01.01.2006 aufgenommen haben. In Berlin steht so die Ausstellung von Fortbildungszertifikaten für rund 4.000 Kammermitglieder bevor. Damit das Sammeln von Fortbildungspunkten und die Ausstellung der Fortbildungszertifikate reibungslos verläuft, bittet die Kammer alle von der Stichtagsregelung betroffenen Kollegen, Folgendes zu beherzigen und damit die gute Zusammenarbeit und die Pflege der Fortbildungspunktekonto weiter zu verbessern:

- Nutzen Sie bitte das elektronische Fortbildungspunktekonto, im Frühsommer 2008 hat die Ärztekammer Berlin jedem Kammermitglied die Möglichkeit eröffnet, über das so genannte Mitgliederportal auf der Homepage der Ärztekammer Berlin (siehe www.aerztekammer-berlin.de / Menüpunkt „Ärzte“, weiter: „Zugang zum Mitgliederportal“) auf das individuelle Fortbildungspunktekonto zuzugreifen.

weis, falls es einmal Probleme mit der Punkteerfassung geben sollte.

- Senden Sie der Ärztekammer Berlin Ihre Teilnahmebescheinigungen lediglich im Ausnahmefall zu. Sollten Sie bei der Überprüfung Ihres Online-Fortbildungspunktekonto bemerken, dass Fortbildungsaktivitäten nicht berücksichtigt wurden, senden Sie der Ärztekammer die betreffenden Teilnahmebescheinigungen (und nur diese) an folgende Adresse: Ärztekammer Berlin, Abteilung Fortbildung/Servicebereich FB-Punktekonto, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin.

Bitte versenden Sie diese Unterlagen

- nur einmal pro Jahr
- nur in Kopie
- chronologisch sortiert und abgeheftet sowie
- mit einem Anschreiben versehen, aus dem Ihr Anliegen klar ersichtlich ist.

Die von der Ärztekammer Berlin vertretene konsequente Umstellung zugunsten der elektroni-

Infoveranstaltung zur Neuen Grippe A/H1N1

Sportlicher Zeitplan mit vielen Unbekannten

Fragen hatten sie in Hülle und Fülle, die rund 350 Teilnehmer der großen Informationsveranstaltung zur Neuen Grippe A/H1N1, die sich am 13. Oktober in den Großen Hörsaal der Charité/Mitte aufgemacht hatten. Ärztekammer, Senatsgesundheitsverwaltung und KV Berlin boten dort eine Plattform, auf der sich Ärzte rund um das Thema „Praxismanagement“ und „Impfen“ im Zusammenhang mit der so genannten „Schweinegrippe“ informieren konnten. Die Gelegenheit, die Experten auf dem Podium mit Fragen zu löchern, wurde denn auch ausgiebig genutzt.



Foto: Rudert

Schnell war klar: Die meisten Ärzte bewegte die Frage, warum eine derzeit äußerst harmlos verlaufende Grippe-Epidemie mit einem derart aufwändigen und teuren Instrumentarium bekämpft werden muss. Zumal bei der Risikoabwägung zu Buche schlägt, dass mit den derzeit zur Verfügung stehenden Impfstoffen im Masseneinsatz noch wenig Erfahrung vorliegt. Wirklich befriedigend konnte die Frage aber weder vom Vertreter des RKI noch von der Vertreterin der Senatsgesundheitsverwaltung beantwortet werden. Unisono betonten die Experten, dass zunächst einmal neben dem medizinischen Schlüsselpersonal chronisch Kranke die Gelegenheit bekommen sollen, sich impfen zu lassen. Gerade hier seien die Krankheitsverläufe nach den bislang vorliegenden Erfahrungen deutlich schwerer als bei Menschen ohne Vorer-

krankungen, die Todesfälle rekrutierten sich zu 75 % aus dieser Gruppe.

Risikogruppe „Schwangere“

Fragen zum sensiblen Thema „Impfen von Schwangeren“, die ja zu den von der STIKO genannten Risikogruppen gehören, wurde vor allem schriftlich eingereicht. Auf Rückfrage der Redaktion bestätigte das Zentrum für Embryonaltoxikologie, gerade an einem dreiteiligen Stufenschema zur Beratung schwangerer Patientinnen zu arbeiten. Es ist geplant, es nach Fertigstellung auf der Homepage: www.embryotox.de einzustellen.

Durchimpfung Schlüsselpersonal möglich?

Wie es mit der prioritären Impfung des medizinischen Schlüsselpersonals vorangehen soll,

blieb offen. Gerade einmal 31 % der niedergelassenen Ärzte Berlins sind derzeit bereit, sich selbst impfen zu lassen, so eine Online-Befragung vom Institut für Arbeitsmedizin der Charité, die Dr. med. Andrés de Roux vorstellte. Wie es mit der Impfbereitschaft bei Klinikern, Ärzten im ÖGD und bei medizinischem Fachpersonal aussieht, ist unbekannt.

Mitte Oktober stockende Vertragsverhandlungen

Trotz spürbar skeptischer Haltung, zeigten sich die Ärzte im Publikum aufgeschlossen und interessiert. Thematischer Schwerpunkt war erwartungsgemäß das Impfkonzept des Senats. Da es zum Zeitpunkt der Veranstaltung noch nicht fertig und öffentlich vorgestellt war, musste sich Dr. med. Marlen Suckau, Leiterin der AG Infektionsschutz bei der Senatsgesundheitsverwaltung, in der Kunst der Improvisation üben. Suckau stellte es in den Komponenten vor, die bereits feststehen. Auf der Homepage www.berlin.de/impfen ist es ab dem 22. Oktober einsehbar. Die Verimpfung des bei der Firma GlaxoSmithKline/Dresden für Berlin geordneten Impfstoffs soll vor allem über die niedergelassenen Ärzte laufen. Etwa 2000 – vorwiegend hausärztliche – Praxen werden dafür benötigt, um die jenseits der Impfung des Schlüsselpersonals

durch AMD und ÖGD benötigten Impfkapazitäten für die Bevölkerung bereitzustellen. Ursprünglich war vorgesehen, dass die KV Berlin dem Senat aus ihrer Sicht geeignete Praxen auflisten sollte, aus denen sich die Senatsgesundheitsverwaltung dann 2000 herausucht, mit denen entsprechende Verträge zum Impfen abgeschlossen werden. Doch am Tag der Veranstaltung war völlig offen, ob dieser Weg beschritten werden kann, da die Verhandlungen zwischen Senat und KV wegen der Honorar-Ausinandersetzungen hierzu ins Stocken geraten waren. Angesichts dessen stufte Marlen Suckau das Ziel, in Berlin ab Ende Oktober 2009 mit der flächendeckenden Verimpfung beginnen zu können, selbst als „sportlich“ ein.

Ärztekammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz fand große Zustimmung, als er zum Thema Impfen wie auch zur Ausrufung der Pandemiestufe 6 durch die WHO äußerst kritische Töne anschlug. Er empfahl Kollegen jedoch, in der Patientenberatung auf Sachlichkeit zu setzen. Den Patienten soll keine Angst vor der Impfung gemacht werden. Ärzte sollten in der Beratung jedoch deutlich machen, dass es sich um eine empfohlene Impfung handelt, man den Impfstoff in seinen Nebenwirkungen aber noch nicht exakt einschätzen kann. *sygo*

Mehr zur Veranstaltung im Netz!

Die auf der Veranstaltung ausgelegten Materialien sowie die wichtigsten Publikumsfragen und Antworten finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin unter www.aerztekammer-berlin.de im Portal Presse, Meldungen unter „Neue Influenza: Viele Fragen bei Infoveranstaltung“



Die Charité strebt erklärtermaßen Exzellenz auch in der Lehre an, ebenso wie in Forschung und Versorgung. Schafft sie es aber, sich aus dem Studienreformstau herauszuarbeiten? Der international glänzend beurteilte Berliner Reformstudiengang Medizin, ein Modellversuch für etwa ein Zehntel der Studierenden, ist in den letzten Jahren kaum weiterentwickelt, weil personell weitgehend abgewickelt worden. Die vor viereinhalb Jahren angekündigte Reform der Ausbildung *aller* Medizinstudierenden blieb stecken. Noch auf dem Sterbebett äußerte Dieter Scheffner, vor 20 Jahren als Dekan Mitinitiator, dann Leiter und bis zu seinem Tod unermüdlicher Berater des Reformstudiengangs, seine Sorge, die lange vorbereitete Modernisierung des Medizinstudiums in Berlin könne aus Mangel an Engagement und Ressourcen scheitern. Jetzt macht der Senat Druck – aber kann Druck von außen den Reformwillen von innen ersetzen?

Von Rosemarie Stein

Reform des Medizinstudiums in Berlin – eine unendliche Geschichte

Berlin war einmal Avantgarde der medizinischen Ausbildungsforschung und -entwicklung. Im Streiksemester 1989/90 bildeten Medizinstudierende der FU, die sich mit ihrem stoffüberfrachteten und praxisfernen Paustudium nicht abfinden wollten, eine kleine Arbeitsgruppe, und ihr Dekan, der Neuropädiater Dieter Scheffner, übernahm die Führung. Mit Blick auf renommierte ausländische Reformfakultäten (wie Havard, Hamilton, Linköping und Maastricht) und die in Deutschland erarbeiteten Empfehlungen zum Beispiel des Wissenschaftsrats und des Murrhardter Kreises wurde in Berlin der bislang einzige international bekannte Reformstudiengang Deutschlands entwickelt, was die Ärztekammer Berlin mit besonderem Interesse verfolgte. Erst ein Jahrzehnt später konnte er endlich starten – als wissenschaftlich begleiteter Modellversuch mit 63 Studienanfängern jährlich. Dies ermöglichten eine Experimentierklausel, die auf Antrag des Landes Berlin in die damals noch nicht novellierte Approbationsordnung eingefügt wurde, und viele Sponsoren.

Worin sind sich alle Reformer einig?

Das „Berliner Modell“, wie die Studierenden es bald nannten, folgt denselben Prinzipien, die überall auf der Welt die reformierte Ausbildung von Ärzten (und nicht nur Medizinern) prägen:

- Ein wissenschaftlich fundiertes Studium, das aber nicht einseitig jede Menge rasch veraltenden Wissensstoff, sondern auch praktische Fertigkeiten und ärztliche Einstellungen vermittelt;
- Betonung der für alle Ärzte notwendigen medizinischen Kenntnisse (Spezialwissen gehört in die Weiterbildung) und Kernkompetenzen, wie Fähigkeit

zu wissenschaftlichem Arbeiten, zu lebenslangem Lernen, zur Selbstkritik und zur Kommunikation.

- Früher Kontakt zu Patienten (regelmäßiges Hospitieren in hausärztlichen Praxen).
- Verbindung von Theorie und Praxis, also natur- und verstärkt auch humanwissenschaftlichen Grundlagen mit ihrer medizinischen Anwendung während des gesamten Studiums; daher keine Grenze mehr zwischen Vorklinik und Klinik.
- Statt passiver Aufnahme des Stoffes aktives, möglichst selbstständiges und daher nachhaltiges Erarbeiten der nötigen Kenntnisse.
- „Problem-Orientiertes Lernen (POL)“ an didaktisch ergiebigen Fallbeispielen in kleiner, von einem Dozenten begleiteter Gruppe statt Memorieren des Stoffs unverbunden nebeneinander stehender Fächer.

Ärztliche Ausbildung vom 19. ins 21. Jahrhundert führen!

Die Vermittlung medizinischer Kenntnisse und Fertigkeiten für künftige Ärzte innerhalb eines Ausbildungsschemas, dessen formale Grundstrukturen im 19. Jahrhundert geschaffen wurden, ist an ihre Grenzen gestoßen und hat zu Mängeln in der Ausbildung geführt. Eine grundlegende Neuorientierung des Medizinstudiums, die neuen Erkenntnissen und Anforderungen besser genügt, ist daher unerlässlich.

(Leitlinien zur Reform des Medizinstudiums, Wissenschaftsrat 1992)

Dieses Konzept wurde im Berliner Reformstudiengang früher und besser realisiert als in allen anderen medizinischen Fakultäten Deutschlands. Wissenschaftlich begleitet und streng eva-

luiert hat ihn ein Gremium führender Ausbildungsforscher, sein „International Advisory Board“ (Charles Engel/London, Scott Obenshain/Albuquerque/USA, Ann Sefton/Sydney und Cees van Vleuten/Maastricht). In seinem Abschlussbericht vom Mai 2005 zollte es dem Reformstudiengang höchste Anerkennung. Die Charité habe nun die Chance, auf Grund der hier gesammelten Erfahrungen ein Curriculum für den gesamten Nachwuchs zu entwickeln, das zum Modell für die Ärzteausbildung des 21. Jahrhunderts werden könne.

Hat die Charité diese Chance in den mehr als vier seither vergangenen Jahren genutzt? An Absichtserklärungen hat es nicht gefehlt. 2005 äußerte Studiendekan Manfred Gross, schon bis 2008 wolle man die beiden Curricula zusammenführen und „die guten Ideen des Reformstudiengangs im Regelstudiengang umsetzen“, wofür „jetzt“ auf der Basis dieses positiven Abschlussgutachtens ein Konzept entwickelt werden solle.

Der Prophet gilt nichts in seinem Vaterland

Die Voraussetzungen dieser Zusammenführung, die die Gutachter vor vier-einhalb Jahren als unerlässlich bezeichnet hatten, scheinen seither jedoch nur rudimentär geschaffen worden zu sein, es sind sogar Rückschritte zu verzeichnen. Zu allererst, so riet das Advisory Board damals, sei der noch immer zu sehr von den Dozenten dominierte Reformstudiengang weiterzuentwickeln, hin zu noch selbstständigerem Lernen der Studierenden. Das haben die wissenschaftlichen Mitarbeiter der Arbeitsgruppe Reformstudiengang zwar in

Angriff genommen, aber die wenigen noch verbliebenen Kräfte sind mit dem „work in progress“, das dieser Modellversuch ist, eigentlich überfordert. Denn die Charité-Leitung hat diese Arbeitsgruppe, deren Engagement und Kreativität die internationalen Berater rühmten, personell regelrecht ausbluten lassen.

Die unsichere Zukunft, die drohende Folgenlosigkeit seines Lebenswerkes hat Dieter Scheffner in den Monaten vor seinem Tod ständig mit großer Sorge erfüllt. Mehrmals bat er die Dekanin Annette Grüters-Kiesslich vergeblich um einen Gesprächstermin – bis sie ihn habe wissen lasse, sie habe „keinen Gesprächsbedarf“. Drei Stunden vor seinem Tod diktierte er dann (unter Sauerstoffbeat-

mung) seinem Sohn einen Brief in englischer Sprache an die Freunde und Berater des Reformstudiengangs. Scheffners Sorge war nur zu berechtigt. In der Tat wurde die Arbeitsgruppe sträflich vernachlässigt. Die Fachkompetenz der Mitarbeiter, die ihn aufgebaut hatten (manche machten nach dem Dr. med. auch noch ihren Master of Medical Education) wurde so missachtet, dass nacheinander alle drei Nachfolger Scheffners in der Leitung der Arbeitsgruppe frustriert gingen: Der Pädiatrieprofessor Walter Burger zurück in die klinische Arbeit, Claudia Kießling zum Baseler Studiendekanat, Kai Schnabel als Leiter einer der vier Abteilungen des Instituts für medizinische Lehre nach Bern. Andere bringen die Reform an medizinischen Fakultäten in Deutschland voran.

Lässt die Charité sich überholen?

Die Charité hat also ihre reformerfahrenen Ausbildungsexperten vergraut. Werden nun andere Fakultäten sie bald überholt haben? „Es bewegt sich sehr viel auf nationaler Ebene“, sagt Eckhart Hahn, Präsident der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung. Viele Fakultäten seien (nach langer Vorbereitung und frühen kleineren Reformschritten) jetzt dabei, innovative Curricula aufzubauen. Das erlaubt die Modellversuchsklausel, die in die 2003 in Kraft getretene 9. No-

velle der Approbationsordnung eingefügt wurde. Einige Neuerungen bringt auch die Approbationsordnung selbst, wenngleich gegenüber den ursprünglichen Entwürfen kompromisslerisch verwässert.

Die Folge: Eine verwirrende Vielfalt verschiedener Reformansätze. Bisher sei aber noch nirgends Berlin eingeholt worden, das weit über die Grenzen hinaus Zeichen gesetzt habe, sagt Hahn. Mit dem früh vorbereiteten und begonnenen Reformstudiengang, der im Ausland weit mehr beachtet und geschätzt werde als zu Hause, habe Berlin einen gewaltigen Vorsprung – oder hatte?

In seinem Abschiedsbrief beklagte Dieter Scheffner, der Reformstudiengang habe sich verschlechtert, weil die verbliebenen Mitarbeiter durch die zusätzliche Arbeitslast nicht jene Qualität der Lehre halten könnten, die zu erreichen ihnen eigentlich möglich sei. Das Konzept ist anspruchsvoll, kostet Zeit und erfordert intellektuellen Einsatz. Modernisiert wurden Inhalt wie Form der Ausbildung. Der Inhalt wird nicht mehr vom übergroßen Angebot der Fächer, sondern von der „Nachfrage“ bestimmt, von dem, was die weitaus meisten Ärzte wissen und können müssen.

Studium vom Kopf auf die Füße gestellt

Das konventionelle Medizinstudium ist auf dreifache Art kopflastig: Überbetonung des kognitiven Aspekts, der naturwissenschaftlichen Grundlagen sowie der seltenen und komplizierten Krankheiten, die in Universitätskliniken behandelt werden. Alle Reformempfehlungen und -curricula stellen das Studium wieder vom Kopf auf die Füße. Ausbildungsziel (das war früher laut Approbationsordnung das Bestehen der Prüfung!) ist der zu wissenschaftlicher und praktischer Tätigkeit, zur Weiterbildung und zu lebenslanger Fortbildung fähige Arzt. Er soll grundlegende Kenntnisse, aber auch Fertigkeiten und Fähigkeiten in der hausärztlichen Ver-



Foto: Reformstudiengang

Dieter Scheffner

Brief von Dieter Scheffner, diktiert am 24.6.09, seinem Todestag

To all participants who advised us nationally and internationally about our ways to go and provide international criticism as to meet the international standard; (...) To my mind the quality of the reform medical track at the Charité actually ist deteriorating. This is the consequence of the ongoing loss of experienced staff: I only mention Dr. med. Kai Schnabel who took over perspective position at the University of Bern, likewise Claudia Kiessling at Bale University, and Sebastian Schubert at the University Witten/Herdecke. (...) As long as the quality management boards take over as a whole responsibility for a new curriculum and concentrate on its content* modes, assessment and ressources, is will never become part of their desired curriculum. They will not feel obliged to their goals.

Warmest regards to all of you

Dieter

*Im Original wohl versehentlich „conent“

sorgung haben, also mit Patienten und ihren Angehörigen angemessen umgehen können, auch Prävention und Rehabilitation im Blick haben, chronisch Kranke und bejahrte Multimorbide beraten und begleiten können. Ferner soll er in der Lage sein, ethische, ökologische und ökonomische Aspekte zu berücksichtigen, im Team zu arbeiten und seine eigenen Grenzen einzuschätzen.

Die reformierte Lehre ist evidenzbasiert

So viel kurz zu den Inhalten. Die Art der Vermittlung ist so evidenzbasiert, wie man es heute von der Medizin erwartet. Denn die moderne Lehre fußt auf den wissenschaftlich gesicherten Erkenntnissen der Ausbildungsforschung und Lernpsychologie, die allerdings in deutschen medizinischen Fakultäten lange ignoriert wurden. Die Reformstudierenden erarbeiten sich die nötigen wissenschaftlichen Grundkenntnisse aktiv in einem sinnvollen Zusammenhang mit ihrer Anwendung – wie später, wenn sie als Arzt oder Forscher ein Problem zu lösen haben.

Die Geschichte vom Forscher im Dschungel (siehe Kastentext unten) zeigt eindrucksvoll, was POL ausmacht, das „problem-orientierte Lernen“ am exemplarischen Fall, das fürs lebenslange Lernen fit macht. Schon in den 60er Jahren des vorigen Jahrhunderts in Amerika entwickelt, ist POL heute Kernelement jedes Reformstudiengangs. Es gehört zu den wissenschaftlich am besten erprobten Unterrichtsformen, ist also evidenzbasiert. Und es gilt als „größte Innovation in der medizinischen

Ausbildung des vergangenen Jahrhunderts“, heißt es im Beitrag „Problemorientiertes Lernen“ (Sonderheft zur medizinischen Ausbildung der „Monatsschrift Kinderheilkunde“ 5/2008 S. 452-457). Zu dessen Autoren zählen Dagmar Rolle, Didaktikspezialistin im Reformstudiengang, und Gerhard Gaedicke, nach seiner Emeritierung als Charité-Pädiatrie-Chef seit dem 1. Oktober dessen neuer Leiter. Unter zurückhaltender Moderation eines Dozenten arbeiten die Studierenden teils gemeinsam, teils im Selbststudium an der Lösung eines didaktisch gut konstruierten Problems aus dem Bereich des Organsystems, das gerade Thema des integrierten Unterrichts ist, meist eines Krankheitsfalls. Das hierzu nötige Wissen holen sie sich aktiv, zielgerichtet und oft mit Feuereifer aus allen verfügbaren Quellen einschließlich der neuesten wissenschaftlichen Studien. Bei vielen weckt diese Methode Interesse an der Forschung.

Sehr eindrucksvoll werden in dem erwähnten Artikel die aneinandergereihten Lehrveranstaltungen des konventionellen Curriculums dem integrierten Lernen im Reformstudiengang grafisch gegenübergestellt. Dort gruppieren sich Seminare, Vorlesungen, Unterricht am Krankenbett und Selbststudium um das zentrale POL und stehen zu ihm in Wechselwirkung. Eine sehr wichtige Ergänzung der „Paper-Cases“ im POL ist der wöchentliche „Praxistag“, an dem die Berliner Reformstudierenden schon vom 2. Semester an mit den alltäglichen Aufgaben eines Hausarztes und den „biopsychosozialen“ Problemen der Patienten vertraut gemacht werden.



Gerhard Gaedicke

Kritik der Grundlagenwissenschaftler berechtigt?

Viele der Grundlagenwissenschaftler unter den Hochschullehrern sind noch immer gegen die Verknüpfung von Theorie und Praxis und wehren sich gegen die Öffnung der traditionellen Grenze zwischen Vorklinik und Klinik. „Die Diskussion ist sehr verhärtet“, bedauert Gaedicke. Und Harald Mau als erfahrener Ex-Dekan meint den Grund für den Widerstand der Vorkliniker zu kennen: „Sie fühlen sich in ihrer Bedeutung herabgesetzt.“ Wer sich mit den neuen Lernformen vorurteilslos vertraut gemacht hat, denkt oft anders. Am Beispiel Anatomie lässt sich die widersprüchliche Haltung verschiedener Vertreter des Fachs zeigen. Der emeritierte Anatomie-Chef Gottfried Bogusch, so berichtet Gaedicke, habe mit Erstaunen festgestellt, dass die Reformstudierenden auch im zehnten Semester noch etwas von Anatomie wussten. Dagegen Andreas Winkelmann, der Lehr-Koordinator für die Anatomie: „In den Grundlagenfächern haben die Reformstudenten eher weniger Wissen“. Trügt dieser Eindruck? Kritiker werfen dem reformierten Studium immer wieder vor, es vernachlässige die wissenschaftlichen Grundlagen der Medizin. Internationale Erfahrungen belegen jedoch, dass sich gerade Absolventen aus Reformstu-

Wie überlebt der junge Arzt im Dschungel?

Ein junger Arzt ist in derselben Situation wie ein Forschungsreisender, der auf einem Fluss durch den Dschungel schippert. Sein Boot hat man mit leicht verderblichen Vorräten hoch beladen, anstatt ihn das Fischen und Jagen zu lehren, damit er sich in der Wildnis unbegrenzt lange ernähren kann.

(Nach Hannes Pauli, Pionier der medizinischen Ausbildungsforschung)



Foto: Jochen Zick, Keystone

Studierende erarbeiten sich den Aufbau des Ohres am Modell

diengängen im Mittel häufiger der Wissenschaft zuwenden. Im Staatsexamen schnitten jedenfalls schon im ersten Durchgang die Reformstudierenden ebenso gut ab wie die Kommilitonen des Regelstudiengangs. Geprüft werden da fast nur Kenntnisse, kaum praktische Fertigkeiten, nicht die Kernkompetenz Kommunikationsfähigkeit und natürlich nicht die ärztliche Haltung.

Reformstudiengang entlässt bessere Ärzte

„Ich bin nach meinen persönlichen Erfahrungen der Ansicht, dass die Studierenden, die im Reformstudiengang ausgebildet wurden, die besseren Ärzte sind; dass sie mehr von den sozialen Dimensionen des Berufs mitbekommen haben und dass sie eher zum Erfassen der Probleme eines Patienten befähigt werden, als dies in der konventionellen Ausbildung gelingt“, urteilt Harald Mau. Offenbar gehört das Staatsexamen ebenfalls reformiert.

Auch nach praktischen Fertigkeiten wird am Ende des Studiums kaum gefragt. Im „Trainingszentrum für ärztliche Fertigkeiten“ (TÄF), das in der Charité zugleich mit dem Reformstudiengang aufgebaut wurde, können zum Beispiel Blutentnahme, körperliche Untersuchungen, EKG, Ultraschall, chirurgische Nahttechniken am Modell oder die Erhebung der Anamnese an Simulationspatienten geübt werden. Die vielfältigen Möglich-

keiten des gut ausgestatteten Zentrums stehen auch den Regelstudenten zur Verfügung. Aber sein Leiter Wolf Blaum, selbst im Reformstudiengang zum Arzt ausgebildet, stellt fest, dass weniger als 20 Prozent von ihnen sie auch nutzen. Von den Reformstudenten tun dies 80 Prozent. Eine der Folgen zeigt eine Studie der Unfallkasse Berlin: Die Regelstudierenden stechen sich drei Mal so oft wie die Reformstudierenden, obwohl letztere wegen häufigeren Patientenkontakten viel mehr Gelegenheiten zu solchen Unfällen haben.

Klinikärzte und Studierende sind zufrieden

In den Kliniken, berichtet Gaedicke, seien die Kollegen begeistert von den PJlern aus dem Reformstudiengang und sagen: „Die können ja schon Patienten untersuchen und mit ihnen kommunizieren! Schicken Sie uns doch wieder solche.“ Was meinen denn die Studierenden selbst? Das wurde in der „KuLM-Studie“ (Karriere- und Lebensplanung in der Medizin) untersucht, und zwar von Susanne Dettmer und Adelheid Kuhlmeier aus dem Charité-Institut für Medizinische Soziologie. Das Zwischenergebnis der Befragungen zunächst von Studienanfängern und PJlern des Regel- und Reformstudiengangs (junge Ärzte im Beruf werden noch folgen): „Die Befunde zeigen, dass die Studierenden im Reformstudiengang deutlich zufriedener mit ihrem Studium sind, ein geringeres Belastungsempfinden haben und die Vermittlung von beruflich relevanten Kompetenzen besser bewerten als die Studierenden im Regelstudiengang.“

Rosemarie Stein

Das Rad muss nicht neu erfunden werden

Über die Grundzüge der Studienreform sind sich ihre Befürworter seit langem einig. Der Berliner Reformstudiengang Medizin wurde nach dem Vorbild bewährter ausländischer Reformcurricula entwickelt. Er folgt den wiederholt publizierten Empfehlungen des Wissenschaftsrates (die neueren hat er auch mit beeinflusst), des Sachverständigenrates fürs Gesundheitswesen und anderer maßgebender Gremien; vor allem aber denen des „Murrhardter Kreises“ (Arbeitskreis Mediziner Ausbildung), der mit all diesen Gremien in Wechselwirkung stand und ihre Vorschläge bündelte.

Dieser Arbeitskreis wurde nicht etwa von den Fakultäten gegründet, sondern von einzelnen engagierten Hochschul-Lehrern und der Robert-Bosch-Stiftung. Sie veröffentlichte den Abschlussbericht „Das Arztbild der Zukunft – Analysen künftiger Anforderungen an den Arzt – Konsequenzen für die Ausbildung und Wege zur ihrer Reform (Bleicher-Verlag Gerlingen 1989, 3. vollständig überarbeitete Auflage 1995). Unter Studienreformern gilt er nach wie vor als aktuelles Standardwerk – nur in Berlin scheint man ihn teilweise zu ignorieren. Der Charité-Studiendekan Manfred Gross und sein Mitarbeiter Jörg Pelz erwähnen das Buch nicht einmal unter den 51 Literaturangaben ihres Artikels „Veränderung des Berufsbildes des Arztes – Konsequenzen für die ärztliche Ausbildung.“

(Bundesgesundheitsblatt 8/2009 S. 831-840)

Erst Voraussetzungen für die Reform schaffen!

Kann und will die Charité die positiven Erfahrungen mit dem Reformstudiengang konsequent nutzen, wenn sie ihn – wann auch immer – mit dem konventionellen Regelstudiengang zusammenführt? Sind überhaupt schon die Voraussetzungen dafür gegeben? Eine neue Kommission zu gründen reicht nicht.

In den letzten Sätzen seines Abschiedsbriefs auf dem Sterbebett hat Dieter Scheffner tiefe Zweifel geäußert, dass die Charité eine grundlegende Reform für alle zustande bringen wird. Er wusste, dass ein traditionelles Curriculum sich nicht mit traditionellen Einstellungen und Mitteln erneuern lässt; dass es nicht genügt, hohe Ziele zu formulieren, wenn man sich ihnen nicht ernsthaft verpflichtet fühlt und sie nicht intensiv verfolgt. Die internationale Beraterkommission hat, in ihrem Schlussbericht über den Reformstudiengang, der Charité detaillierte Ratschläge für die weitere Reform gegeben. Und sie nannte die Voraussetzungen des Gelingens eines zukunftsweisenden Modellstudiengangs für alle Studierenden. Von einer davon war schon die Rede: Weiterentwicklung des in den Augen der Experten noch immer zu traditionellen Reformstudiengangs. Das international berühmte Wunderkind wurde aber von der Stiefmutter Charité so vernachlässigt, dass sich Entwicklungsstörungen kaum verhüten ließen.

Lehrkörper motivieren

Und die anderen Bedingungen? Prioritäten hat für die Gutachter die Motivation des gesamten Lehrkörpers für die Reform. Alle Lehrenden sollten nicht nur mit den Innovationen der Ausbildung systematisch vertraut gemacht werden, sondern sich an der Entwicklung selbst beteiligen und die Studienreform zu ihrer Sache machen. Sonst würden die innovativen Elemente des Reformstudiengangs Medizin bei der Fusion untergehen. Im Abschlussbericht „Towards a Twenty First Century Medical Curriculum“ des International Advisory Board an den Charité-Vorstand wird außerdem als dringend notwendig genannt: eine brei-

te und intensive Diskussion in der Fakultät über die Ausbildungsziele, die Schulung der Lehrenden in den neuartigen Formen einer evidenzbasierten Lehre, Studienaufenthalte von Hochschullehrern in ausländischen Reformfakultäten, eine bessere finanzielle Ausstattung der Lehre, Weiterentwicklung der Evaluation der Lehre, stabil etablierte Ausbildungsforschung und -entwicklung.

Das Schweigen der Lehrer

Diese Liste ist jetzt viereinhalb Jahre alt. Was ist bisher geschehen? Die Situation an der Charité ist nicht nur für Außenstehende reichlich intransparent. Man hört unterschiedliche, ja gegensätzliche Einschätzungen. „Der Reformstudiengang war immer in einer Außenseiterposition“, sagt Geburtsmedizin-Chef Joachim Dudenhausen, der ihn schon seit seiner Dekan-Zeit kennt und schätzt. Das heißt, die Fakultät hat sich durch dieses erfolgreiche Experiment nicht zu einer breiten Diskussion über die Lehre anregen lassen; die beschränkt sich auf die zuständigen Gremien. Die akademischen Selbstverwaltungsgremien, meint Harald Mau (der als Nach-Wende-Dekan noch zum „Murrhardter Kreis“ stieß) hätten ihre Funktion aber weitgehend eingebüßt, weil im Unternehmen Charité heute finanzielle Fragen Priorität hätten und Entscheidungen von oben nach unten „durchgestellt“ würden wie weiland in der DDR. Viel erreicht habe man jedenfalls nicht, selbst die Vorgaben der Approbationsordnung von 2003 seien noch nicht erfüllt worden. Dabei hatte die Charité ja schon 2005 beschlossen, weit über den „Pflichtteil“ der neuen Approbationsordnung hinauszugehen und – erlaubte Kür – ein Modellcurricu-

lum zu schaffen (ursprünglich schon bis 2008). Aber wer soll das erarbeiten? In der zusammengeschrunpften Arbeitsgruppe Reformstudiengang versucht man sich tapfer in Optimismus, macht sich gegenseitig Mut und hofft auf einen neuen Aufschwung – aus mehreren Gründen: Ihr neuer Leiter Gerhard Gaedicke vermittelt Zuversicht, will von finanzieller Krise als Reformhindernis nichts hören.

Einstellung zur Lehre ändern

Die Verbesserung der Studienverhältnisse kann nicht allein durch eine Verschiebung der Gewichte von der Vorlesung auf Kurse und Tutorien (...) erreicht werden. Die wichtigste Voraussetzung ist die Bewusstseinsänderung der Lehrenden. Die Einstellung zur Lehre muss sich ändern.

(Robert Bosch-Stiftung: Das Arztbild der Zukunft, Gerlingen 1989)

Und wenigstens gibt es kleine Schritte, um den niedrigen Stellenwert der Lehre zu erhöhen: Die Landesgelder für Forschung und Lehre wurden getrennt; der Prodekan hat seinen eigenen Etat. Wer an der Charité lehren will, muss jetzt erst einmal 20 Stunden Didaktik absolvieren. Besondere Lehrleistungen können nun auch besonders vergütet werden. Und – so die Didaktikerin Dagmar Rolle – viele Ärzte im akademischen Mittelbau seien durchaus an der Lehre und ihrer Reform interessiert. Auch ist ein Reformhindernis erst einmal beiseite geräumt: Der vom Studiendekan lang gehegte Plan, den zukünftigen Modellstudiengang mit dem Bolognaprozess zu verknüpfen, werde jetzt nicht weiterverfolgt, berichtet Gross-Mitarbeiter Jörg Pelz, weil der Widerstand der Fakultät gegen Bachelor und Master in der Medizin sonst die gesamte Studienreform blockiert hätte. Und schließlich macht der Senat Druck:



Problemorientiertes Lernen: Studierende befunden das Röntgenbild eines fiktiven Patientenfalls

Dass die Fusion von Reform- und Regelstudiengang bis 2008 nicht zu schaffen war, wunderte keinen Sachkenner. Der neue Termin heißt 2010 – das Jubiläumsjahr. Auch das ist sehr knapp: Ein dreiviertel Jahr Vorlauf braucht man mindestens, allein schon fürs Organisatorische, also hätte man längst anfangen müssen.

Regelstudium immer noch nicht nach der Approbationsordnung?

Der Unterricht im Studium soll fächerübergreifendes Denken fördern und soweit zweckmäßig problemorientiert am Lehrgegenstand ausgerichtet sein. (...) Die Vermittlung des theoretischen und klinischen Wissens soll während der gesamten Ausbildung so weitgehend wie möglich miteinander verknüpft werden.

(Approbationsordnung für Ärzte vom 22.06.2002, verabschiedet schon 1997 vom Kabinett Kohl, in Kraft getreten erst am 1.10.2003)

Gute Lehre muss mehr kosten dürfen

Dass dies jahrelang nicht geschah, wird meist ökonomisch begründet. Der höhere Lehraufwand des Reformstudiengangs sei für die zehnfache Studentenzahl nicht zu leisten. „Alles Schreckgespenster, herbeigeredet von Reformgegnern“, meint Gaedicke. Nach der Umstellungsphase wäre ein Modellcurriculum für alle kaum teurer als der veraltete Regelstudiengang. Dass man

mit dem gleichen Finanzvolumen auskommt, glauben aber auch Reformbefürworter nicht; wie das Advisory Board selbst und zum Beispiel Harald Mau. Er glaubt nicht, „dass die höheren Ansprüche des Reformstudiengangs mit derselben Personalkapazität erfüllt werden können, die auch jetzt für die Lehre vorgehalten wird.“

Ja, mach nur einen Plan...

Wie geht es weiter mit der Reformplanung? Das Curriculum-Komitee habe zwar „wahnsinnig viel Kleinarbeit geleistet“, sagt Gaedicke, sich aber auf keinen verabschiedungsreifen Entwurf für den Modellstudiengang einigen können. So gründete man in der Charité ein neues Gremium: die „Kommission zur Errichtung des Modellstudiengangs Medizin“, straff geleitet von der Dekanin selbst, mit Mitgliedern aus allen Hierarchiestufen der Fakultät, nicht bloß Reformbefürwortern; selbst Gaedicke gehört der „KEMM“ nicht an. Was wird sie erreichen? Die Voraussetzungen fehlen weitestgehend noch. Außerdem muss das klinische Training grundlegend verbessert werden – und da gibt es jetzt sogar einen Riesenrückschritt, ohne dass man einen Aufschrei gehört hätte: Die Charité nutzt die Lehrkrankenhäuser nicht mehr für das klinische Studium (Blockpraktika), weil sie sonst durch die immer noch nicht revidierte Kapazitätsverordnung gerichtlich gezwungen werden könnte, zusätzliche Studienanfänger aufzunehmen. Das berichtet Jörg Pelz vom Studiendekanat.

Lehrkrankenhäuser müssen sein!

Außeruniversitäre Krankenhäuser und andere geeignete Einrichtungen sind soweit wie möglich in den Unterricht einzubeziehen. Dabei muss festgeschrieben werden, dass dies ohne Anrechnung auf die Ausbildungskapazitäten erfolgt.

(Bericht der „Sachverständigengruppe zu Fragen der Neuordnung des Medizinstudiums“ beim Bundesministerium für Gesundheit, März 1993).

Teach the teacher!

Eine weitere vom Advisory Board genannte Voraussetzung: Das – schon 2005 geplante – „Centre for Medical Education“ müsse über ein ausreichendes Budget verfügen, um die Fusion der beiden Curricula zu koordinieren und um Planung und Entwicklung voranbringen zu können. Erst in diesem Sommer wurde es gegründet, zunächst nur auf dem Papier. Das Geld dafür hat die Charité nicht – auch der Reformstudiengang lebte immer von der (Sponsoren-) Hand in den Mund. Jetzt wurden Drittmittel bei der Volkswagenstiftung beantragt, angestrebt wird ein (einziger?) Stiftungslehrstuhl. Aber der Name der Neugründung klingt sehr ehrgeizig: „Medizinisches Fachzentrum für Hochschullehre und evidenzbasierte Ausbildungsforschung“. Wird dieses Institut, trotz der von der Charité beanspruchten Exzellenz auch in der Lehre, eine Vita minima fristen müssen – wie die großspurig so genannte „Berlin School of Public Health“?

Sponsorenerwartungen

Der Berliner Reformstudiengang Medizin war eines der umfangreichsten und am längsten von uns geförderten Projekte. Die Förderung ist mehrfach verlängert worden, weil zu erkennen war, dass hier wirklich Ärzte herangebildet werden und nicht nur Mediziner, und weil man damit rechnen konnte, dass diese positiven Erfahrungen zu einer durchgreifenden Reform des gesamten Medizinstudiums ohne verwässernden Kompromiss führen.

(Almut Satrapa-Schill, Bosch-Stiftung, zu BERLINER ÄRZTE)

Am 4.12.1991 gab der „Tagesspiegel“ die folgende Äußerung Dieter Scheffners wieder: „Obwohl die Bereitschaft zur Reform wachse, werde es wohl noch mehr als zwei Jahrzehnte dauern, bis sich ein neuer Standard in der Medizinerbildung allgemein durchgesetzt habe.“ Er wird mit Sicherheit Recht behalten.
Rosemarie Stein

Ruth Mattheis wird 90!

Wie gut, dass die junge Kinderärztin nach der Facharztweiterbildung 1951 keine Chance hatte, im Krankenhaus zu bleiben oder sich niederzulassen. So ging sie in den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Das zeige, sagte sie fast ein halbes Jahrhundert später an ihrem 80., „dass auch ein Weg, den man zunächst gezwungenermaßen geht, ein guter Weg werden kann“. Bereits die erste Wegstrecke – acht Jahre Fürsorgeärztin in Zehlendorf – bescherte ihr Befriedung und Freude. Es fiel Ruth Mattheis nicht ganz leicht, auf die Arbeit mit Patienten zu verzichten, als sie – nächste Etappe – Referentin in der Senatsgesundheitsverwaltung wurde. Warum sie dann gekommen sei, fragte am ersten Arbeitstag ein alteingesessener Kollege. Weil sie glaube, dass ihre praktischen Erfahrungen im Bezirksgesundheitsamt der Tätigkeit in der Gesundheitsverwaltung zugute kommen würden. Darauf der Beamte, leicht amüsiert: „Ach Gott, Sie armes Kind, Sie wollen hier was tun!“

Und ob es was tat, das „arme Kind“ (damals 43). Es hat mächtig viel bewirkt im Berliner Gesundheitswesen. Die Erfahrungen als Fürsorgeärztin mit der Not Behinderter und Benachteiligter machte Ruth Mattheis für ihre Arbeit am Schreibtisch nutzbar. Dort saß sie schon in aller Frühe, holte sich die Akten selber (es war ihr ohnehin peinlich, jemanden danach zu schicken), schrieb auch schon mal ein Sitzungsprotokoll, ehe die Mitarbeiter erschienen. Einige sangen noch nach Jahrzehnten Loblieder auf das freundliche und fruchtbare Arbeitsklima und auf die auch ihnen geltende Fürsorglichkeit. So unprätentiös ist sie ihr Leben lang geblieben, auch nachdem man sie später mit hohen Orden und und Ehrenzeichen würdigte.

Sie brachte in Berlin schon bald so viel voran – zum Beispiel 1967 die Psychiatriereform –, dass sie 1968 Abteilungsleiterin für Krankenhaus und ambulante Dienste wurde – wieder eine neue Wegstrecke. 1970 erster Krankenhausplan, Modernisierungsprogramm für die Berliner Kliniken. Dann erreichte sie mit Beharrlichkeit und sozialmedizinischem Engagement den Aufbau

notwendiger Beratungsstellen (Schwangerschaft/Ehe/Familie) und Sondersprechstunden (Risikokinder). Mit Sachkompetenz und Geduld arbeitete sie erfolgreich an der Psychiatriereform: Enthospitalisierung durch flankierende Maßnahmen: Verzahnung stationärer und ambulanter Versorgung, Aufbau sozialpsychiatrischer Dienste, betreutes Wohnen... Auch initiierte sie eine sinnvolle Übergangsreform zwischen Klinik und Pflegeheim: „Krankenhäuser“ mit eigenen Ärzten. Später wurden sie wieder aufgegeben – „aber jetzt erfindet man das Rad neu“, sagte sie kürzlich. Das erlebt man öfter mal, wenn man nur alt genug wird. Mit Respekt und Sympathie wurde ihre Stimme auch draußen gehört: in der Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten und in der Weltgesundheitsversammlung der WHO. Als Senatsdirigentin und Professorin ehrenhalber schied sie 1984 aus dem Amt. Das bedeutete nicht „Ruhe-Stand“, nur einen neuen Abschnitt auf dem Lebensweg: Vorsitz (1984 – 1990) der Berliner Krankenhausgesellschaft und viele andere Ehrenämter, in denen sie sich vor allem um eine bessere Versorgung der Hilfsbedürftigsten unter den Kranken und Behinderten bemühte und zum Teil noch immer bemüht.

Im Nach-Wende-Jahr 1990 beriet sie gemeinsam mit einem Bonner Ministerialen das ostdeutsche Gesundheitsministerium. Dass die beiden dort nicht als „Besser-Wessis“ auftraten, zeigt ihr Spitzname



Foto: ÄKB

„Jakob und Adele“ (nach einem liebenswerten alten Fernsehserienpaar). In zwei ad-hoc-Kommissionen half Ruth Mattheis 1990 und 1991, Vorwürfe gegen das ostdeutsche Gesundheitswesen zu klären. Heiße Themen (wie Behandlungsverzicht und –abbruch, Patientenverfügung) bearbeitete sie auch als Mitglied der Ethikkommission der Ärztekammer Berlin (seit 1988), bis 2003 als Vorsitzende; heute noch ist sie Stellvertreterin und Vorsitzende des Ausschusses „Grundsatzfragen der Medizinethik“. Macht ihr das Alter denn nicht zu schaffen? Schon – aber sie kann noch immer, mit ein wenig Unterstützung, in ihrer Wohnung im Bezirk Tempelhof leben, in dem sie am 29. November 1919 geboren wurde. Fragt man sie, wie es ihr geht, hört man: „Ach wissen Sie, solange der Kopf noch mitmacht... In jedem Leben gibt es gute und schlechte Tage, aber sie müssen alle gelebt werden.“ Ihr Motto: „Immer heiter weiter.“

Rosemarie Stein

ANZEIGE

Finanzkrise lässt Renten- erhöhung nicht zu

Bericht von der Delegiertenversammlung am 23. September 2009

Die 15. Sitzung der Delegiertenversammlung war ebenso vollgepackt wie diskussionsgeladen. Im Mittelpunkt der Debatte standen erneut die umstrittene Vertreterversammlung für das Versorgungswerk sowie der 8. Nachtrag zur Weiterbildungsordnung. Daneben ging es um den Jahresabschluss 2008 der Berliner Ärzteversorgung (BÄV) und die Verwendung der Gewinnrückstellung. Einig waren sich die Delegierten, dass angesichts der schwierigen Rahmenbedingungen an den Finanzmärkten eine Erhöhung der Rentenanwartschaften und der Renten im kommenden Jahr nicht möglich sein wird.

Von Sascha Rudat

Der Vorsitzende des BÄV-Verwaltungsausschusses, Kammervizepräsident Elmar Wille (Liste Allianz), stellte gewohnt detail- und kenntnisreich den Jahresabschluss 2008 des Versorgungswerkes dar. So stieg die Zahl der Rentenanwärter im vergangenen Jahr um rund 700 auf 23.741, die Zahl der Rentner kletterte gegenüber dem Vorjahr um 9,1% auf 4.476. Einen deutlichen Anstieg um rund 23% gab es bei den beitragsfreien Mitgliedern (2.285), bedingt durch die Möglichkeit, nach Wegzug aus dem Kammergebiet die erworbenen Anwartschaften beitragsfrei zu behalten.

Eine Übersicht des Mitgliederbestandes nach Tätigkeitsart machte deutlich, dass der Anteil der angestellten Ärzte inzwischen knapp die Hälfte ausmacht, rund ein Viertel sind selbstständige Ärzte. Der Rest verteilt sich auf vorübergehend nicht tätige Ärzte (6,8%), im Ausland tätige Ärzte (5,0%), verbeamtete Ärzte (1,6%) und – neu erfasst – mehrfach beschäftigte Ärzte (1,5%) sowie Sonstige (9,0%). „Die Strukturen verschieben sich weiter Richtung angestellte Ärzte“, unterstrich Wille. Erfreulich war, dass die Beitragseinnahmen um 3,4% auf rund 222 Millionen Euro stiegen. Bei den Versorgungsabgaben sank der Anteil der Gruppe mit Zahlungen unter dem 0,5-fachen Beitrag (bezogen auf die jeweils einschlägige West- bzw. Ost-Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung) leicht von 21,2, auf 20,7%. Das waren die Ärztinnen

und Ärzte, die 2008 monatlich weniger als 2.650 (West) bzw. 2.250 Euro brutto (Ost) verdient hatten (z. B. wegen ausgeübter Teilzeittätigkeit). Auch die Gruppe mit dem 0,5- bis 1,0-fachen Beitragssatz sank von 35,9 auf 34,2% – also Ärzte, die zwischen 2.650 und 5.300 Euro (West) bzw. zwischen 2.250 und 4.500 Euro (Ost) verdient hatten. Gleichzeitig kletterten die Gruppen mit 1,0-fachen Beitragssatz und über 1,0-fachen Beitragssatz von 34,0 auf 35,2 bzw. von 8,9 auf 9,9%. „Die ärztlichen Einkommen haben moderat zugenommen“, fasste der BÄV-Vorsitzende die Entwicklung zusammen.

Positives Jahresergebnis trotz Krise

Dieser positiven Tendenz stand die extrem schwierige Situation an den Finanz- und Kapitalmärkten gegenüber. Zwar blieb der Durchschnittszins mit 4,08% knapp über der erforderlichen 4,0%-Marke (Rechnungszins), doch sank die Nettoverzinsung bedingt durch die Kurseinbrüche bei einigen Spezialfonds und den daraus resultierenden außerplanmäßigen Abschreibungen im Berichtsjahr auf 0,99% (im Vorjahr 5,59%). Kapitalerträgen in Höhe von 225 Millionen Euro standen außerplanmäßige Abschreibungen in Höhe von 171 Millionen Euro gegenüber. Elmar Wille zeigte sich aber im Rahmen der Gesamtsituation zufrieden, dass durch eine breite Streuung der Anlagen kein negatives Jahresergebnis

eingefahren wurde und machte deutlich, dass die Finanzierung des Versorgungswerkes natürlich von den Entwicklungen an den Kapitalmärkten abhängt. Selbstverständlich habe man für schwierige Zeiten wie diese Rücklagen gebildet. „Wenn sich aber die Finanzkrise länger hinziehen sollte, dann müssten wir über eine Absenkung des Rechnungszinses nachdenken. Bis jetzt ist das nicht notwendig“, hob Wille hervor und fügte hinzu: „Wir wollen diese Lösung auch nicht bestreiten.“ Er machte anschaulich deutlich, was dies bedeuten würde: Bei einer Absenkung des Rechnungszinses von 4,0 auf 2,25% – analog zum Versorgungswerk der Berliner Rechtsanwälte – würden die Rentenerwartungen bei den heute 25-Jährigen um circa 46%, bei den heute 64-Jährigen immer noch um 20% sinken. Wille und BÄV-Geschäftsführer Martin Reiss wiesen darauf hin, dass in der Deckungsrückstellung von 4,833 Milliarden Euro die Längerlebigkeit der Berliner Ärzte in Form der „Berufsständischen Richttafeln“ zum 1. Januar 2009 voll umgesetzt worden war. „Längerlebigkeit ist nicht nur Statistik, sondern gelebte Wirklichkeit“, sagte Reiss. Rund 690 Millionen Euro wurden alleine für die vollständige Finanzierung der Längerlebigkeit der Mitglieder benötigt. Dies macht deutlich, wie sich die Ärzteversorgung vorausschauend für die Zukunft aufgestellt hat. Wille betonte, dass solch eine Voraussicht nicht überall der Fall sei. Viele andere Versorgungswerke müssten im Gegensatz zur BÄV noch in den nächsten Jahren erhebliche Beträge zur Finanzierung der gestiegenen Lebenserwartung aufbringen, was deren Jahresergebnisse belastet. „Die BÄV ist mit diesem Problem durch“, sagte Wille unter dem Beifall der Delegierten.

Gewinne bleiben in Rückstellung

Nachdem ein Vertreter der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft SUSAT & Partner den Jahresabschluss uneingeschränkt bestätigt hatte, ergriff Volker Pickerodt (Fraktion Gesundheit) in der anschließenden Diskussion das Wort: „Die Situation ist nicht so gut wie dargestellt“, monierte er. Er finde es problematisch, dass 171 Millionen Euro durch Abschreibungen „ver-

schwinden“ würden. Die Zahl der risikobehafteten Anlageformen sei gestiegen, dies ist aus seiner Sicht eine Anlagepolitik, die Risiken berge und nun durch die wirtschaftliche Situation bestraft würde. Dies sah eine ganze Reihe von Delegierten anders. Vorstandsmitglied Matthias Albrecht (Marburger Bund) sagte, dass es in den BÄV-Gremien natürlich Diskussionen über die Anlagestrategie gegeben habe. „Wenn wir weiter Krise fahren, dann wird es ganz schwierig, ohne Risiko die 4% halten zu können. Wenn man aber kein Risiko eingeht, hat man auch keine Chance auf Gewinn. Das muss man immer abwägen.“ Matthias Bloechle (Liste Allianz) sagte, dass Abschreibungen nicht automatisch ein Verlust seien. Aktien könnten ja auch wieder steigen. „Und wenn man Aktien auslässt, kann man keinen Gewinn erwirtschaften. Die Renditeerwartung von mindestens 4% ist nur mit einer angemessenen Beimischung von Aktien zu erzielen.“ Rüdiger Brand (Fraktion Gesundheit), Mitglied des BÄV-Verwaltungsausschusses, schilderte die schwierige Situation des vergangenen Jahres: „Ich glaube, viel mehr ist nicht drin.“ Wille wies zudem darauf hin, dass Aufsichts- und Verwaltungsausschuss oft und viel getagt hätten. „Alle wichtigen Entscheidungen wurden dabei einstimmig erzielt“, unterstrich er. „In dieser Phase haben wir ein Ergebnis, das unter Umständen einer weltweiten Finanzkrise nicht

besser zu machen war.“ Dies sahen auch die Delegierten so und verabschiedeten den Jahresabschluss einstimmig bei einer Enthaltung. Verwaltungs- und Aufsichtsausschuss wurden einstimmig mit einigen Enthaltungen entlastet. In Anbetracht der anhaltenden schwierigen Situation stimmten die Delegierten einstimmig – bei einer Enthaltung – dafür, die Renten und die Anwartschaften im kommenden Jahr über die bereits eingerechnete 4%-ige Verzinsung der Beiträge hinaus nicht zu erhöhen. Außerdem sollen die erzielten Gewinne in Höhe von 19,4 Millionen Euro in der Gewinnrückstellung verbleiben.

Streitpunkt Nachtrag Weiterbildungsordnung

Als Aufreger erwies sich der 8. Nachtrag der Weiterbildungsordnung, der den Delegierten drei Wochen zuvor als 177-seitige Synopse zugegangen war und zahlreiche Detailänderungen enthielt. Volker Pickerodt kritisierte das Abstimmungsverfahren. Er sehe sich außerstande, über diese umfangreichen Änderungen abzustimmen. Darüber hinaus brachte er inhaltliche Kritik an verschiedenen Punkten vor, unter anderem hinsichtlich der Weiterbildung in Teilzeit. Pickerodt plädierte dafür, die Sitzung als 1. Lesung des WbO-Nachtrags zu nutzen. Dies stieß auf wenig Gegen-

liebe unter den Delegierten. Kammerpräsident Günther Jonitz (Marburger Bund) verwies darauf, dass die DV kein Redaktionsgremium, sondern ein Beschlussgremium sei. In den Weiterbildungsausschüssen sei eine fachkundige und verantwortungsvolle Arbeit geleistet worden, die dann vom Hauptamt fortgesetzt worden sei. Martina Jaklin, Leiterin der Abteilung Berufs- und Satzungsrecht, erläuterte, dass alle Themen im Gemeinsamen Weiterbildungsausschuss (GWbA) und in den Ausschüssen beschlossen worden seien. Dem GWbA gehören alle Vorsitzenden der Weiterbildungsausschüsse an. Die Beschlüsse wurden dann in der Rechtsabteilung umgesetzt. Es habe während dieses Prozesses umfassende Rücksprachen mit dem GWbA-Vorsitzenden, Vorstandsmitglied Dietrich Bodenstern, gegeben. Kritische Passagen seien dann nochmals in die Ausschüsse zurückgegeben worden. Martina Jaklin erläuterte, dass rein redaktionelle Fehler bei Bedarf auch nach der Beschlussfassung durch die DV noch beseitigt werden könnten, dazu wäre keine neuerliche Abstimmung notwendig. Hinweise dazu sollten an die Abteilung Berufsrecht gehen. Vorstandsmitglied Hans-Detlef Dewitz (Liste Allianz), Matthias David (Marburger Bund) und Bernd Müller (Liste Allianz) bezeichneten die Zeit, die Synopse durchzuarbeiten, für mehr als ausreichend.

Die weitere Diskussion drehte sich vor allem um das Thema „Medikamentöse Tumorthherapie“ und die Frage, in welche Gebiete die Zusatzweiterbildung als integraler Bestandteil zurückgeführt werden sollte. Dazu waren im Vorfeld alle betroffenen Wb-Ausschüsse gehört worden. Andreas Grüneisen (Fraktion Gesundheit) sprach sich dafür aus, die „Medikamentöse Tumorthherapie“ aus dem Nachtrag herauszunehmen. Dann folgte ein Antrag auf „Schluss der Debatte“ von Matthias Blöchle (Liste Allianz). Dies wurde mehrheitlich bei einigen Gegenstimmen und einer Enthaltung angenommen. Hiernach ließ Kammerpräsident Jonitz über Vertagung des Tagesordnungspunktes abstimmen. Dies wurde mehrheitlich bei einigen Gegenstimmen und vier Enthaltungen abgelehnt – ebenso wie der Antrag, die „Medikamentöse Tumorthherapie“ aus dem 8. Nachtrag herauszunehmen. Keine Mehrheit fand auch der Antrag von Volker Pickerodt, über jede Änderung gesondert abzustimmen. Schließlich verabschiedeten die Delegierten den Nachtrag mehrheitlich mit einigen Gegenstimmen und Enthaltungen. Im Anschluss ergriff Pickerodt das Wort, um sein Bedauern über die Diskussion und die Art der Abstimmung zum Ausdruck zu bringen. Dies sei der DV nicht würdig.

Klage gegen Senatsanweisung

Ähnlich kontrovers verlief die Diskussion um den Dauerbrenner „Eigene Vertreterversammlung für die Berliner Ärztesversorgung“. Die DV hatte in ihrer Sitzung am 8. Juli den Entwurf einer Wahlordnung für die Vertreterversammlung mehrheitlich abgelehnt (mit Gegenstimmen der Fraktion Gesundheit) und damit ihren Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der geplanten Vertreterversammlung zum Ausdruck gebracht (Lesen Sie dazu den DV-Bericht im August-Heft). Im August war dann die aufsichtsrechtliche Anweisung der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz bei der Kammer eingegangen, den Entwurf der Wahlordnung zu beschließen. Wie der Kammerpräsident erläuterte, hatte die Kammer zwischenzeitlich Klage gegen diese Anweisung der Senatsanweisung eingelegt, um die Frist

zu wahren. Der Vorstand bat die Delegierten nun, dieses Rechtsmittel zu bestätigen. In der anschließenden Debatte sprachen sich zahlreiche Delegierte scharf gegen das Vorgehen der Senatsverwaltung aus. Wolfgang Kreisler (Hausärzte) unterstrich: „Das dürfen wir uns nicht gefallen lassen.“ Die versuchte Einflussnahme des Senats „nimmt uns unsere demokratischen Grundrechte“, hob Dietrich Banzer (Liste Allianz) hervor. Die Fraktion Gesundheit sah das erwartungsgemäß anders: Andreas Grüneisen hielt die Auseinandersetzung mit dem Senat für „völlig kontraproduktiv“. Volker Pickerodt wollte dann wissen, mit welchen Kosten eine solche Klage verbunden sei. Kammergeschäftsführer Michael Hahn erklärte, dass sich das finanzielle Risiko auf die Anwaltskosten und die normalen Gerichtsgebühren beschränken würde. Pickerodt wies dann darauf hin, dass es in Berlin einen Gesetzgeber, das Abgeordnetenhaus, gebe. Dieser habe ein Gesetz verabschiedet, an das die Kammer gebunden sei. Kammerpräsident Jonitz erwiderte, dass nicht die Gesetzmäßigkeit der 9. Kammergesetznovelle in Frage gestellt werde, sondern die der Vertreterversammlung. Im Übrigen sei die Kammer als Betroffene zu keiner Zeit des Gesetzgebungsverfahrens gehört worden noch habe sie sich konstruktiv einbringen können. Vizepräsident Wille sei zum Beispiel eine Stellungnahme im zuständigen Fachausschuss des Abgeordnetenhauses verwehrt worden. „Wir geben dem Senat durch den Rechtsweg die Möglichkeit der Gesichtswahrung“, schloss Jonitz und stellte Volker Pickerodt die Frage, wie sich seine Rechtfertigung des Verhaltens der Senatsverwaltung mit seiner Mitgliedschaft im Vorstand des Verbandes demokratischer Ärztinnen und Ärzte vereinbare. Mit dem Gerichtsverfahren werde nachgeholt, was von Seiten des Gesetzgebers während des Gesetzgebungsverfahrens versäumt worden sei, fügte Jonitz hinzu. Von Matthias Blöchle wurde dann der Antrag auf Schluss der Debatte gestellt, der mehrheitlich bei sechs Gegenstimmen angenommen wurde. Volker Pickerodt stellte daraufhin den Antrag zur Geschäftsordnung auf namentliche Abstimmung. Dieser wurde

mehrheitlich bei einigen Gegenstimmen und Enthaltungen angenommen. In der folgenden Abstimmung wurde die Beschlussvorlage mit 21-Ja- und 13 Gegenstimmen verabschiedet.

Änderung der Berufsordnung

Drei weitere Tagesordnungspunkte erwiesen sich als weniger konfliktträchtig. Zum einen ging es um eine Änderung der Berufsordnung. Deren Paragraph 16 – zum Thema Patientenverfügung – musste aufgrund aktueller Rechtsprechung geändert werden. Eine Änderung der Regelung war notwendig geworden, um Irritationen und Irrtümer bei den Ärzten zu vermeiden. Die Beschlussvorlage wurde einstimmig angenommen. Daneben wurde eine Änderung der Ordnung zur Wahl der Delegiertenversammlung einstimmig verabschiedet. Dabei ging es im Wesentlichen um verfahrensklarstellende Änderungen und Regelungen, zum Beispiel Fristenregelungen. Die Grundstruktur der Wahlordnung wurde beibehalten. Abschließend wurden einstimmig Rechtsvorschriften für die Teilnahme an Kursmodulen der Überbetrieblichen Ausbildung im Rahmen der Ausbildung zur Medizinischen Fachangestellten verabschiedet. Diese waren als rechtliche Basis für das im April beschlossene modifizierte Lehrgangskonzept notwendig.

Proklamation der DV

Einstimmig stellte sich die DV mit folgender Proklamation hinter die streikenden Ärztinnen und Ärzte an den Berliner DRK-Kliniken: „Die Delegiertenversammlung beobachtet die Tarifaueinandersetzung an den DRK-Kliniken mit Sorge. Sie unterstützt die berechtigten Forderungen der vom Marburger Bund vertretenen Ärzte. Die Delegiertenversammlung fordert auch die niedergelassenen Ärzte der Stadt auf, die sich im Arbeitskampf befindenden Kolleginnen und Kollegen nach ihren individuellen Möglichkeiten zu unterstützen. Die Geschäftsführung der DRK-Kliniken wird aufgefordert, zu einem angemessenen und dem ärztlichen Stande würdigen Verhalten zurückzukehren.“

srd

Schluss der Debatte

Kontroverse Tagesordnungspunkte auf der Delegiertenversammlung am 23.09.09: Der Jahresbericht der Ärzteversorgung zeigt ein desolates Ergebnis: Der Nettozins sank in 2008 unter 1 %, weil die außerordentlichen Abschreibungen mehr als 75 % der Kapitalerträge verbrauchten. Doch kontrovers wurde die Diskussion erst richtig, als der Vorstand von der DV eine „Bestätigung“ seiner Klage gegen das Berliner Kammergesetz verlangte: Das Gesetz sieht eine von der DV gewählte 12-köpfige Vertreterversammlung für die Ärzteversorgung vor. Nun kann man diese für unnötig halten. Eine Klage gegen dieses Kammergesetz haben Vorstandmitglieder jedoch schon vor dem Verfassungsgericht verloren. Die absehbare Niederlage vor dem Verwaltungsgericht kostet die Berliner Ärzte Geld, das in eine Senkung der

Beiträge besser investiert wäre, die ohnehin ansteht. Aber die Klage gegen die Vertreterversammlung kann das Inkrafttreten des Kammergesetzes mit der Unvereinbarkeitsregelung von Posten in Vorstand der Kammer und Ausschüssen der Ärzteversorgung aufhalten. Daher beschlossen die Mehrheitsfraktionen „Schluss der Debatte“ und billigten sodann das Vorgehen des Vorstandes in namentlicher Abstimmung.

Die Argumentation, nur die Delegiertenversammlung der Ärztekammer könne wichtige Entscheidungen verantworten und nicht an ein kleineres Gremium übertragen, kam sogleich auf den Prüfstand, als der Tagesordnungspunkt „Novellierung der Weiterbildungsordnung“ aufgerufen wurde: Vorstand und Gemeinsamer Weiterbildungsausschuss (GWbA) legten eine umfassende Änderung der gültigen Ordnung vor, in der z.B. ein neuer Facharzttitel eingeführt wurde. Wieder eine Berliner Abweichung von der Musterwei-

terbildungsordnung! Aber auch andere relevante Änderungen standen zur Diskussion, leider waren aber weder Vorsitzender noch stellvertretende Vorsitzende des GWbA zur Diskussion erschienen: also beschlossen die Mehrheitsfraktionen „Schluss der Debatte“, da ja in den Fachgremien alles besprochen sei! Nun ist die Weiterbildung nach wie vor das Thema, das alle Ärztinnen und Ärzte existenziell berührt, da ohne Weiterbildung eine ärztliche Berufsausübung so gut wie ausgeschlossen ist. Ein gewähltes Parlament, das in elementaren Bereichen seiner Zuständigkeit die Diskussion abbricht und auf die Sachkenntnis der Mitglieder von Ausschüssen verweist, gleichzeitig aber gegen ein Gesetz klagt, das ein Fachgremium einer Vertreterversammlung einführt, macht sich nicht nur lächerlich, sondern auch überflüssig.

Dr. med. Volker Pickerodt,
Fraktion Gesundheit

Eine ordentliche Leistung!

Die Bezeichnung „desolates Ergebnis“ für den Jahresabschluss 2008 der Berliner Ärzteversorgung kann und darf so nicht stehen bleiben. Natürlich hätten alle Beteiligten lieber einen dreistelligen Millionengewinn wie in den letzten Jahren in der Bilanz statt „nur“ 46,8 Millionen. Aber 171 Millionen Euro außerordentliche (d.h. bedingt durch die Finanzkrise) Abschreibungen auf Kapitalerträge von 225 Millionen Euro und 105,5 Millionen Euro (nicht aktivierte) stille Reserven bei einer Deckungsrückstellung von 4,833 Milliarden Euro ist wirklich nicht desolat!

Wer in die Presse schaut, weiß oder erinnert sich, dass 2008 nicht nur der Welt größter Versicherer in den USA Pleite ging (und vom Staat aufgefangen wurde), ferner dass in Deutschland die zweitgrößte europäische Hypothekenbank – am Ende – ebenfalls in Staatshand ging und weiter dass die größte Privatbank Deutschlands nach über 200 Jahren aufgegeben hat. Viele Versicherer und Banken, die den Ersten und Zweiten Weltkrieg, die Weltfinanzkrise von 1929 und diverse Währungsreformen überstanden haben, sind in der aktuellen Finanzkrise untergegangen. In dieser Zeit, in diesem Finanzumfeld, hat nun die Berliner Ärzteversorgung 0,99 Prozent – also „nur“ knapp 1 Prozent – Gewinn gemacht zum Stichtag

31.12.2008, und keine Verluste! Auch in Berlin wurden Rentenanwartschaften schon um bis zu 16 % gesenkt. Das wäre desolat! Die BÄV hat 2008 eine ordentliche Leistung erbracht. Zum Thema Wahlordnung für die Organe des Versorgungswerkes:

Herr Kollege Pickerodt ist offenbar zur Verteidigung seiner grundsätzlichen Rechte als gewählter Vertreter der Ärzteschaft Berlin – auch in Sachen Versorgungswerk – die geringe Summe von 10.000 bis 20.000 Euro Prozesskosten bei einem Kammerhaushalt von rund 10 Millionen Euro zu viel. Das ist nicht Sparsamkeit, sondern Leisetreterei gegenüber einem Senat von Berlin, der unnötig und unverständlich selbstverwaltungsfeind-

lich agiert. Warum sollen unsere Selbstverwaltungsrechte am und im Versorgungswerk so beschnitten werden? Nach meinem Eindruck wissen die Kolleginnen und Kollegen in Berlin sehr wohl, dass sie die Ärzteversorgung von der Approbation bis zum Lebensende brauchen – übrigens anders als die Facharztweiterbildung, die sicher sehr wichtig ist, aber vielfach nur bis zur FA-Prüfung und sonst allenfalls bis zum Ende des Arbeitslebens interessiert.

Dr. med. Elmar Wille
Vorsitzender des Verwaltungsausschusses
der Berliner Ärzteversorgung
Vizepräsident der Ärztekammer Berlin

ANZEIGE

Die Ankündigungen auf diesen beiden Seiten geben einen Überblick über die ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen, die von der Ärztekammer Berlin veranstaltet werden oder in Kooperation mit ihr stattfinden. Alle weiteren Fortbildungsveranstaltungen, die besprochen wurden, können im **Online-Veranstaltungskalender** auf der Homepage der Ärztekammer unter www.aerztekammer-berlin.de (im Portal „Ärzte“/„Fortbildung“/„Fortbildungskalender“) recherchiert werden. Hier sind auch – soweit verfügbar – nähere Informationen zu

Unterthemen und Referenten sowie die Fortbildungspunktzahl und Kontaktdaten hinterlegt. Der Fortbildungskalender ermöglicht eine Recherche nach Terminen, Fachbereichen oder auch nach freien Suchbegriffen. Damit bietet der Kalender in Abhängigkeit von der gewählten Suchstrategie sowohl einen umfassenden Überblick über sämtliche Fortbildungsveranstaltungen als auch eine an den individuellen Interessenschwerpunkten orientierte Veranstaltungsauswahl weit im Voraus.

Termine	Thema / Referenten	Veranstaltungsort	Information/ Gebühr	Fortbildungspunkte
<ul style="list-style-type: none"> 02.11.-11.11.2009 (Kursteil B1) 11.11.-20.11.2009 (Kursteil B2) 	Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr Kurs A, B: jeweils 920 € Kurse A1, A2, B1, B2: jeweils 460 €	60 P pro Kursteil
<ul style="list-style-type: none"> Teil B: Illegale Drogen 13.11.-14.11.2009 Teil D: Motivierende Gesprächsführung 05.02.-06.02.2010 	Veranstaltungsreihe der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Suchtakademie Berlin-Brandenburg zum Erwerb der Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“	DRK Kliniken Berlin Mitte Haus E Drontheimer Str. 39-40 13359 Berlin	Information: Ärztekammer Berlin Tel.: 40806-1301 und 40806-1303 Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 130 € je Kursteil (eine Ermäßigung für arbeitslose Ärzte, PJ-Studenten und Arzthelferinnen ist möglich)	15 P pro Teil
<ul style="list-style-type: none"> 18.11.2009 	Interdisziplinäres Forum MED-DENT Thema: Der Kindermund Veranstaltung des Philipp-Pfaff-Instituts in Zusammenarbeit mit der Zahnärztekammer Berlin und der Ärztekammer Berlin	Philipp-Pfaff-Institut Fortbildungseinrichtung der Landes Zahnärztekammern Berlin und Brandenburg GmbH Aßmannshauser Str. 4-6 14197 Berlin	Information: Philipp-Pfaff-Institut Tel.: 414 725 0 Fax: 414 89 67 Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 48 €	4 P
<ul style="list-style-type: none"> 30.11.-02.12.2009 	Grundkurs im Strahlenschutz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 230 €	21 P
<ul style="list-style-type: none"> 02.12.-04.12.2009 04.12.2009 	Spezialkurs im Strahlenschutz - bei der Röntgendiagnostik - bei interventioneller Radiologie	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: Spezialkurs Röntgendiagnostik: 200 € Spezialkurs interventionelle Radiologie: 60 €	20 P (Spezialkurs Röntgendiagnostik) 5 P (Spezialkurs interventionelle Radiologie)
<ul style="list-style-type: none"> 17.12.-19.12.2009 	Patientensicherheit lernen – Intensivseminar Fallanalyse	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1401, Frau Drendel E-Mail: r.drendel@aekb.de Anmeldung erforderlich, Teilnehmergebühr: 500 €	27 P
<ul style="list-style-type: none"> 04.03.- 06.03.2010 18.03.- 20.03.2010 	40-Stunden-Kurs für Qualitätsbeauftragte in der Hämotherapie gemäß der Richtlinie der BÄK zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1401, Frau Drendel E-Mail: r.drendel@aekb.de Anmeldung erforderlich, Teilnehmergebühr: 750 €	40 P

Weiterbildungskurs Pädiatrie

zum Facharzt für Allgemeinmedizin (nach WbO 1994 – 3)

Der Kurs ist Bestandteil der 5-jährigen Weiterbildung Allgemeinmedizin (Ersatz für ein halbes Jahr Kinderheilkunde) und setzt sich zusammen aus: 1.) 9 Stunden Theoriekurs; 2.) 40 Stunden Hospitation in einer Kinderarztpraxis; 3.) 60-stündige Teilnahme am Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung

Theoriekurs: jeweils donnerstags 19.00 – 21.15 Uhr
Termine: 10.12.2009, 17.12.2009 und 14.01.2010
Ort: Ärztekammer Berlin, Seminarraum, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin
Gesamtgebühr: 550,- Euro (inkl. 40-stündige Hospitation)
Information/Anmeldung: Telefon: 40806-1203, E-Mail: a.hellert@aekb.de

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin Chronische Schmerzen – multimodale Therapieansätze

Rund 8 Millionen Menschen leiden in Deutschland an chronischen Schmerzen. Zu dem erheblichen Leidensdruck treten Komorbiditäten und Organschäden, die als Nebenwirkung der Langzeittherapie entstehen. Die Referenten erläutern die Entstehung der Symptomatik und den pharmakologischen Hintergrund der Therapeutika. Ebenso werden multimodale Therapieansätze im interdisziplinären Team aufgezeigt. Weitere Veranstaltungsschwerpunkte bilden die Vergesellschaftung von chronischen Schmerzen und Depression sowie die richtige Betreuung der Patienten. Im Anschluss an die Vorträge wird der Themenkomplex mit den Referenten diskutiert.

Moderator: Dr. Christian Heyde
Referenten: Dr. Christian Heyde, Prof. Dr. Dr. Gerhard Danzer

Termin: 02.12.2009, 19:30 bis 21:30 Uhr

Ort: Großer Hörsaal, Eingang Bettenhochhaus / Charité
 Universitätsmedizin Berlin, Campus Charité Mitte, Luisenstr. 65, 10117 Berlin

Anerkannt mit 3 Fortbildungspunkten – eine Anmeldung ist nicht erforderlich.

Kursangebot der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

Der 200 Stunden-Weiterbildungskurs Qualitätsmanagement nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité im Frühjahr 2010 als Kompaktkurs innerhalb von drei Monaten veranstaltet. Die drei intensiven Wochen der Präsenzphase werden durch eine 50-stündige Phase des Selbststudiums ergänzt. Ärzte haben die Möglichkeit, durch die Teilnahme an diesem Weiterbildungskurs und an einer anschließend erfolgreich abgelegten Prüfung vor der Ärztekammer Berlin die Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ zu erwerben.

Termine: Präsenzwoche 1: 22.02.2010 bis 27.02.2010 / Woche 2: 19.04.2010 bis 24.04.2010 / Woche 3: 31.05.2010 bis 05.06.2010 (jeweils montags bis freitags von 9 bis 19 Uhr und samstags von 9 bis 16 Uhr)

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Weitere Informationen erhalten Interessenten:
 Telefonisch unter Tel.: 408 06-1207 (Organisatorisches) und Tel.: 40 806-1400 (Frau Markl-Vieto, Inhaltliches) oder per E-Mail: QM-Kurs2010@aekb.de

ANZEIGENSCHLUSS

Ausgabe Dezember 2009: 06. November 2009

Modellprojekt CIRS-Berlin erfolgreich gestartet

Das Modellprojekt Netzwerk CIRS-Berlin (www.cirs-berlin.de) hat einen erfolgreichen Start vollzogen. 9 Krankenhausträger mit insgesamt 17 Kliniken beteiligen sich bislang an dem regionalen Projekt zur Förderung der Fehlererkennung und Fehlervermeidung. Bisher sind CIRS (Critical Incident Reporting System) einrichtungsintern oder auf nationaler Ebene etabliert. Eine regional organisierte Vernetzung der Kliniken existierte in dieser Form bisher nicht. Das Netzwerk wurde von der Ärztekammer Berlin (ÄKB) in Kooperation mit dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) Anfang dieses Jahres zusammen mit Einrichtungen des Berliner Gesundheitswesens ins Leben gerufen (s. auch *BELINER ARZTE* 1/2009). Intensiv setzte sich auch das 1. Nationale CIRS-Forum am 25. September in Berlin mit dem Thema auseinander. Rund 300 Experten aus ganz Deutschland tauschten sich aus und zogen erstmals Bilanz.

Von Sascha Rudat

Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz und ÄZQ-Geschäftsführer Dr. med. Christian Thomeczek sind zufrieden: Bereits jetzt liegen 48 Berichte von kritischen Ereignissen vor. In Anbetracht der Kürze der Zeit sei dies als großer Erfolg zu werten, waren sich beide bei einem Pressehintergrundgespräch Ende September einig. „Das System wird offensichtlich von Ärzten und Pflegepersonal gleichermaßen angenommen“, sagte Jonitz. Dies geht aus dem 1. Zwischenbericht des Netzwerkes hervor. Danach wurden jeweils knapp die Hälfte der Fälle von Ärzten/Psychotherapeuten und vom Pflegepersonal eingestellt.

Kern des Projektes ist ein gemeinsamer Berichtepool, in den die Mitarbeiter der beteiligten Kliniken – aber auch Außenstehende – anonym kritische Ereignisse und Beinahe-Schäden einstellen können. Durch die Zusammenführung einer möglichst großen Anzahl von Berichten aus Berliner Kliniken können u. a. systematisch auftretende Fehlerquellen erkannt werden und – wo es sinnvoll ist – für die Region gemeinsame Lösungen zu deren Behebung gefunden werden.

Anonymität und Freiwilligkeit

Kernelemente jedes CIRS sind die Wahrung der Anonymität der Berichtenden und die Freiwilligkeit zu berichten. Der Schutz der Berichtenden hat immer ober-

ste Priorität. Deshalb werden alle für das Netzwerk CIRS-Berlin bestimmten Berichte aus den Einrichtungen noch geprüft, bevor sie zur offenen Einsicht über die Homepage des Projekts freigegeben werden. Diese Prüfung und bei Bedarf nachträgliche Anonymisierung erfolgt durch Vertrauenspersonen in der Einrichtung und zusätzlich durch die Projektmitarbeiter im ÄZQ. Entscheidend für den Erfolg eines CIRS sei, dass die Berichtenden keinerlei Angst vor Sanktionen haben dürften, bestätigten auch Dr. med. Harry Topolinski (Vivantes) und Dr. med. Roland Thieme (Jüdisches Krankenhaus), beide in ihren Häusern für die Betreuung von CIRS zuständig. Die Etablierung einer entsprechenden Sicherheitskultur bei den Mitarbeitern, die dann in die Bereitschaft mündet, in das CIRS zu berichten, sei aufwändig und müsse Stück für Stück etabliert werden. Auch Jonitz und Thomeczek betonten, dass Fehlerberichtssysteme nur auf freiwilliger Basis funktionieren können. Gesetzlich verpflichtenden Systemen erteilten beide eine klare Absage, da damit der Entwicklung einer angstfreien Sicherheitskultur bei den Klinikmitarbeitern entgegen gewirkt würde.

Die Struktur

Wie funktioniert CIRS-Berlin im Detail? Für die inhaltliche Arbeit im Projekt wurden Gremien etabliert und ergänzende Fort-

bildungen angeboten. Das Anwender-Forum (Zusammenkunft der Projektverantwortlichen aus den Einrichtungen) ist das Gremium für die kontinuierliche inhaltliche Arbeit und Weiterentwicklung des Projekts.

Die Ärztekammer Berlin organisiert den Aufbau und die Koordination des Netzwerkes. Sie lädt zu den jeweiligen Treffen der Foren und Fachgruppen ein, stellt den Informationsfluss zwischen den Gremien sicher und unterstützt die Beteiligten organisatorisch. Daneben werden bei Bedarf Fortbildungsveranstaltungen zu einzelnen Themen angeboten.

Das ÄZQ organisiert die technischen Voraussetzungen zur Einrichtung von Untergruppen (Klinik-interne CIRS) und stellt die Anonymisierung der Berichte sicher. Dort werden zudem regelmäßig Übersichten über Berichthäufigkeit, Berichte pro Fachgruppe, Häufigkeit der betroffenen Fehlerkategorien etc. zusammengestellt, die dann als Diskussionsgrundlage für das Anwender-Forum dienen.

Zwei Berichtswege

Prinzipiell gibt es zwei Möglichkeiten in CIRS-Berlin zu berichten. In teilnehmenden Kliniken, in denen bereits ein einrichtungsinternes elektronisches CIRS besteht, können die Mitarbeiter ihren Bericht auf der internen Startseite eingeben. Die CIRS-Vertrauensperson der Klinik prüft den Bericht, anonymisiert ihn gegebenenfalls nach und gibt den Bericht für die eigene Einrichtung frei. Bei Bedarf ergreift die Vertrauensperson auch Sofort-Maßnahmen. Im Anschluss leitet sie eine Auswahl von Bericht an CIRS-Berlin weiter. Der zweite Weg eröffnet Einzelpersonen die Möglichkeit, direkt über die Homepage von CIRS-Berlin Berichte in das entsprechende Formular einzugeben. Diese Berichte landen dann wiederum bei der Vertrauensperson des ÄZQ, wo sie dann wie oben beschrieben weiter bearbeitet werden.

Die Berichte

Die in den bislang eingestellten Berichten behandelten Themenfelder zeigen eine große Spannbreite der Probleme. Schwerpunktmäßig zeigt sich auch hier – wie in

anderen Berichts- und Lernsystemen – eine Häufung von Berichten über Probleme bei der Medikation (fehlerhafte Dosierung / Verwechslung von Patienten oder Medikamenten / Rechenfehler bei der Dosierung). Im Weiteren wird unter anderem über defekte Geräte, Medizinprodukte und Probleme mit der Infrastruktur berichtet. Die Auswertung von Berichtssystemen kann jedoch keine Aussagen zur tatsächlichen Häufigkeit von sicherheitsrelevanten Ereignissen machen.

Wie der 1. Zwischenbericht zeigt, können kleine Fehler durchaus schwerwiegende Folgen haben. So wurde beispielsweise ein Notarzt zu einem Patienten mit offener OSG-Fraktur zur Schmerztherapie gerufen. Der Patient ist kreislaufstabil, gut ansprechbar und orientiert trotz reichlich Alkohol-Genuss. Er erhält nach Anlage eines venösen Zugangs zunächst 0,1mg Fentanyl. Zusätzlich verlangt der Notarzt 10mg MCP zur Prophylaxe der Übelkeit. Die applizierte Spritze mit 2 ml Inhalt klarer Flüssigkeit enthält jedoch nicht MCP sondern Pancuronium. Die Verwechslung wird sofort bemerkt, der Patient wird sediert und beatmet, dann nach Reposition und Stabilisierung der Fraktur beatmet in die bereits vorinformierte Klinik gebracht. Der Patient erlitt keinen Schaden. Als Grund für den Fehler sah der Berichtende die Ähnlichkeit der Ampullen unter schlechter Beleuchtung im Notfall-Einsatz. Diese Fehlerquelle könnte durch klar gesonderte Lagerung des ähnlich aussehenden, aber gänzlich anders wirkenden Medikamentes beseitigt werden.

CIRS-Forum tagt erstmals

Mehr als 300 Experten aus ganz Deutschland zogen beim 1. Nationalen CIRS-Forum am 25. September in Berlin zur Frage „Was ist nötig, damit CIRS über die Phase der Einführung hinaus mittel- und langfristig zum Erfolg, also zu mehr Patientensicherheit führt?“ eine Zwischenbilanz. Die Veranstaltung wurde gemeinsam vom Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Gesellschaft für Risiko-Beratung (GRB) und dem ÄZQ getragen. Kammerpräsident Jonitz zeigte sich in seinem Grußwort, das er in seiner Eigenschaft als APS-Vorsitzender hielt, erfreut,

dass zu dem Forum nicht primär Verbandsfunktionäre, sondern vor allem Praktiker aus den Kliniken zusammengelassen waren. „Wir sind hier, um nicht jeden Fehler selbst zu machen und um kollektiv voneinander zu lernen“, betonte er. Der Tag solle genutzt werden, um sich kennen zu lernen und um gemeinsam Ziele zu definieren und umzusetzen.

Das EINE CIRS gibt es nicht

Wie Psychologin Dr. Gesine Hofinger in ihrem Vortrag betonte, reiche es nicht aus, einfach eine CIRS-Struktur einzurichten. Es gehe vielmehr darum, das Wissen der Mitarbeiter über Fehlerquellen zu nutzen, um diese zu beseitigen – „nicht mehr und nicht weniger“. Um aber überhaupt eine Motivation bei den Mitarbeitern zu schaffen, Berichtssysteme zu nutzen, müsse der Nutzen klar ersichtlich sein, das heißt, die Mitarbeiter müssten merken, dass ihre Berichte und Verbesserungsvorschläge aufgenommen und umgesetzt werden. Gleichzeitig müssten die Systeme einfach bedienbar sein und – ganz wesentlich – es muss den Mitarbeitern ausreichend Zeit eingeräumt werden, berichten zu können. Professor Dr. Emilio Dominguez vom Klinikum Nordstadt aus Hannover zeigte sich überzeugt, dass CIRS immer wieder „reanimiert“ werden müssten. Einmalig Einführungsveranstaltungen und Schulungen durchzuführen, sei nicht ausreichend. Die Mitarbeiter müssten immer wieder von ihren Vorgesetzten motiviert werden. Dies erfordere einen langen Atem, worüber man sich bei der Einführung eines CIRS im Klaren sein müsse. Einigkeit herrschte unter den Teilnehmern, dass es das EINE CIRS nicht gibt. CIRS müssten immer individuell in bestehende Strukturen eingepasst und mit vorhandenen Berichtswegen innerhalb der Kliniken vernetzt werden.

Zweites Forum geplant

Das CIRS-Forum bot eine hervorragende Plattform zum Erfahrungsaustausch. Es machte den Teilnehmern auch deutlich, dass die anderen mit ähnlichen Herausforderungen zu kämpfen haben und dass es sich lohnt, kontinuierlich an ihren CIRS zu arbeiten und sie zu verbessern. Ein zwei-

tes Forum ist deshalb angedacht. Außerdem soll mit dem geplanten KH-CIRS-Netz-D ein überregionales Risikomanagement aufgebaut werden, das den Beteiligten ein die Patientensicherheit steigendes Lernen ermöglichen soll, wie Professor Dieter Hart, APS-Vorstandsmitglied, ankündigte. Dieses Netz, das am 1. Januar 2010 starten soll, wird als ein Projekt in der Form einer eigenständigen Gruppe bei CIRSmedical angesiedelt. Es wird getragen vom ÄZQ, APS, DPR und der DKG. – Es ist also viel Bewegung im Thema CIRS.

srd

Sämtliche Vorträge des 1. Nationalen CIRS-Forums sind zu finden unter:

■ www.aktionsbuenndnis-patientensicherheit.de/?q=cirs-risikomanagement-und-patientensicherheit

Weitere Informationen zum Thema CIRS unter:

■ www.cirs-berlin.de

■ www.forum-patientensicherheit.de/cirsmedical/faq

■ www.aktionsbuenndnis-patientensicherheit.de/?q=ver%C3%B6ffentlichungen-und-downloads

Kontakt zu CIRS-Berlin:

Ärztammer Berlin –
Geschäftsstelle des Projekts
Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Angelika Mindel-Hennies, Leiterin
Qualitätssicherung, Tel.: 030/40806-1000
E-Mail: a.mindel-hennies@aekb.de

Christa Markl-Vieto, Wissenschaftliche
Mitarbeiterin Qualitätssicherung,
Tel.: 030/40806-1400
E-Mail: c.markl@aekb.de

ANZEIGE

Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung!

Bestandene Facharztprüfungen Juli bis September 2009*

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum	Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Dr. med. Alexander Abbushi	FA Neurochirurgie	27.08.09	Dr. med. Karola Edelmann	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	01.07.09
Sahar Abdul Majeed	FA Allgemeinmedizin	22.09.09	Bettina Ehrecke	FA Innere Medizin	09.09.09
Dr. med. Tim Abt	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	29.09.09	Elisabeth Eilers	FA Kinder- und Jugendmedizin	16.09.09
Dr. med. Dr. med. dent. Birgit Anthofer	FA Mund-Kiefer-Gesichts Chirurgie	08.07.09	Barbara Erdélyi	FA Neurologie	22.09.09
M.D./SYR Mhd. Ayman Arafat	FA Innere Medizin	07.09.09	Dr. med. Herwig Finkeldey	FA Anästhesiologie	01.09.09
Maren Arndt	FA Allgemeinmedizin	28.07.09	Heike Fischer	FA Allgemeinmedizin	22.09.09
Dr. med. Mary Asgharnia Gourabjiri	FA Allgemeine Chirurgie	28.07.09	Dominique Gantke	FA Allgemeinmedizin	15.09.09
Dr. med. Jan Baars	FA Anästhesiologie	04.08.09	Dr. med. Angela Gerhard	FA Innere Medizin	13.07.09
Nalan Bagci-Kaikis	FA Allgemeinmedizin	22.09.09	Daniel Gierhake	FA Diagnostische Radiologie	07.07.09
Dr. med. Egbert Baumgart	FA Urologie	28.09.09	Dr. med. Friederike Girke	FA Innere Medizin	06.07.09
Dr. med. Daniel Baumunk	FA Urologie	13.07.09	Dr. med. Susanne Gößling	FA Allgemeinmedizin	18.08.09
Dr. med. Andrea Behrends	FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	30.07.09	Dr. med. Wolfgang Grassl	FA Diagnostische Radiologie	24.09.09
Dr. med. Alexandra Bergk	FA Innere Medizin	03.08.09	Dr. med. Katrin Groneberg	FA Arbeitsmedizin	05.08.09
Dr. med. Michael Berndsen	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	12.08.09	Dr. med. Jan Grundmann	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	12.08.09
Dr. med. Marc Beyer	FA Dermatologie und Venerologie	30.09.09	Felix Gussmann	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	30.09.09
Susanne Biemann	FA Anästhesiologie	15.09.09	Thomas Gypkens	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	19.08.09
Dr. med. Rainer Biglmaier	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	25.08.09	Dr. med. Anja Harder	FA Neuropathologie	05.09.09
Dr. med. Kerstin Brandt	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	01.07.09	Dr. med. Mark Hartmann	FA Innere Medizin	01.07.09
Heike Brigmann	FA Allgemeinmedizin	18.08.09	Dr. med. Sven Hartwig	FA Rechtsmedizin	05.09.09
Juri Brinsuk	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	25.08.09	Dr. med. Cornelia Herzmann	FA Allgemeinmedizin	21.07.09
Dr. med. Sophie Barbara Brümmer	FA Chirurgie	18.08.09	Karin Hiebel	FA Anästhesiologie	20.08.09
Yevgeniy Buchshinskiy	FA Chirurgie	21.07.09	Dr. med. Andreas Hilbig	FA Innere Medizin	01.07.09
Dr. med. Joscha Buckendahl	FA Chirurgie	22.09.09	Dipl.-Ing. Dr. med. Viktor Hilgendorff	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	14.07.09
Dr. med. Brigitte Buckenmayer-Kern	FA Anästhesiologie	15.09.09	Dr. med. Vera Hinkelmann	FA Allgemeinmedizin	28.07.09
Michael Buß	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	23.09.09	Dr. med. Stefan Hinz	FA Urologie	13.07.09
Dr. med. Maja Butschko	FA Kinder- und Jugendmedizin	23.07.09	Dr. med. Anke Hirschfelder	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	08.07.09
Claudio Chesi	FA Chirurgie	21.07.09	Patricia Höck	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	30.09.09
Dr. med. Ruth Creutzfeldt	FA Kinder- und Jugendmedizin	23.07.09	Dr. med. univ. Andreas Fabian Hödl	FA Dermatologie und Venerologie	01.07.09
Dr. med. Kay Czaja	FA Anästhesiologie	01.09.09	Matthias Hohlfeld	FA Kinder- und Jugendmedizin	15.09.09
Norbert Dahlinger	FA Kinder- und Jugendmedizin	07.09.09	Marion Huß	FA Innere Medizin	09.09.09
Dr. med. Hesham Dahshan	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	29.09.09	Dr. med. Ulrike Janiszewski	FA Innere Medizin	09.09.09
Dr. med. Ute Daig	FA Chirurgie	28.07.09	Nicoline Jochmann	FA Innere Medizin	08.07.09
Sabine Damm	FA Psychiatrie und Psychotherapie	28.07.09	Dr. med. Lucie Bettina Jürries	FA Anästhesiologie	04.08.09
Pia Dau	FA Allgemeinmedizin	15.09.09	Jacqueline Kalide	FA Innere Medizin	13.07.09
Dr. med. Philippe De Souza	FA Radiologie	08.09.09	Dr. med. Stephanie Kämper	FA Innere Medizin	08.07.09
Dr. med. Verena Dicke	FA Allgemeinmedizin	28.07.09	Zübeyde Kara	FA Innere Medizin	13.08.09
Dr. med. Larissa Dirkmorfeld	FA Anästhesiologie	21.07.09	Dr. (TR) Ali Ahmet Karabacak	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	23.09.09
Ole Dohrmann	FA Innere Medizin	06.07.09	Dr. med. Heiko Karcher	FA Innere Medizin	16.09.09
Dr. med. Stefan Donath	FA Innere Medizin	01.07.09	Dr. med. Lutz Kaufner	FA Anästhesiologie	04.08.09
Eva Durben-Baier	FA Allgemeinmedizin	28.07.09	Dr. med. Irina Kelm	FA Pathologie	20.08.09
Dr. med. Britt Ebert	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	01.07.09	Dr. med. Philipp Kiewe	FA Innere Medizin	01.07.09
			Dr. med. Friedrich Kleinod	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	08.07.09

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum	Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Sirka Kluge	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	30.09.09	Sirka Mattick	FA Anästhesiologie	22.09.09
Moritz Knies	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	04.09.09	Dr. med. Heidrun Mehling	FA Klinische Pharmakologie	17.08.09
Dr. med. Andreas Knobloch	FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	20.08.09	Dr. med. Ulrich Meinzer	FA Kinder- und Jugendmedizin	15.09.09
Mithat Koca	FA Innere Medizin	03.08.09	Dr. med. Steffen Meister	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	16.09.09
Silke Koerber-Behkalam	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	26.08.09	Dipl.-Med. Ulf Mohnke	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	15.09.09
Dr. med. Uwe Kölsch	FA Kinder- und Jugendmedizin	15.09.09	Dr. med. Silke Monien	FA Transfusionsmedizin	18.08.09
Dr. med. Jens Königer	FA Innere Medizin	09.09.09	Dr. med. Burkhard Muche	FA Innere Medizin	06.07.09
Erik Kostanian	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	30.09.09	Dr. med. Dieter Mühl-Benninghaus	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	15.09.09
Parthena Koutouzidou	FA Chirurgie	18.08.09	Dr. med. Beatrice Müller	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	30.09.09
Dr. med. Andreas Krause	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	23.09.09	Christian Müller	FA Psychiatrie und Psychotherapie	28.07.09
Dr. med. Dana Kubicki	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	09.09.09	Frank Müller	FA Chirurgie	21.07.09
Rainer Kübke	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	16.09.09	Dr. med. Jens Müller	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	30.09.09
Dr. med. Thomas Kühling	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	08.09.09	Miranda Nafe	FA Innere Medizin	30.09.09
Christian Kühne	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	30.09.09	Dr. med. Ilka Naumann	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	04.09.09
Astrid Kümmerle	FA Orthopädie	16.09.09	Dr. med. Carl Sebastian Neisser	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	19.08.09
Dr. med. Katrin Lange	FA Arbeitsmedizin	05.08.09	Dr. med. Andres Neuhaus	FA Psychiatrie und Psychotherapie	18.08.09
Kornelia Lange	FA Allgemeinmedizin	21.07.09	Jens Niermann	FA Innere Medizin	07.09.09
Priv.-Doz. Dr. med. Reinhold Laun	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	18.08.09	Isaac Kwaku Oppong	FA Allgemeinmedizin	21.07.09
Dipl.-Med. Harald Lehmann	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	18.08.09	Guntram Otto	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	25.08.09
Knut Lenski	FA Innere Medizin	03.08.09	Dr. med. Herbert Pachowsky	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	30.09.09
Dr. med. Anne Letsch	FA Innere Medizin	16.09.09	Dr. med. Eleftheria Panagiotou	FA Kinder- und Jugendmedizin	15.09.09
Dr. med. Tobias Lindner	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	14.07.09	Dr. med. Falko Paul	FA Innere Medizin	16.09.09
Elisabeth Lindstedt	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	08.07.09	Dr. med. Tina Paul	FA Öffentliches Gesundheitswesen	21.09.09
Dr. med. Guenaelle Lingfeld	FA Kinder- und Jugendmedizin	16.09.09	Dr. med. Uwe Pelzer	FA Innere Medizin	13.07.09
Dr. med. Nadja Löhde	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	23.09.09	Dr. med. Katrin Pinsker	FA Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	04.09.09
Dr. med. Nicole Lövin	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	01.07.09	Dr. med. Juliane Pleger	FA Anästhesiologie	04.08.09
Dr. med. Ahmed Magheli	FA Urologie	13.07.09	Dr. med. Konrad Polak	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	26.08.09
Dr. med. Kathrin Maier	FA Kinder- und Jugendmedizin	23.07.09	Nico Preuß	FA Chirurgie	08.09.09
			Dr. med. Felix Pröpfer	FA Innere Medizin	07.09.09
			Dr. med. Michael Putzier	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	08.09.09
			Dr. med. Tim Ratzlaff	FA Neurologie	21.07.09

ANZEIGEN



Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum	Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Christian Rauch	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	25.08.09	Dr. med. Helmut Taruttis	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	15.09.09
Dr. med. Katharina Refardt	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	09.09.09	Dr. med. Ariane Thelen	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	08.07.09
Dr. med. Daniel Reinbacher	FA Anästhesiologie	20.08.09	Dr. med. Athanasios Theodoridis	FA Dermatologie und Venerologie	22.07.09
Dr. med. Thomas Rieder	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	16.09.09	Dr. med. Sebastian Thiel	FA Innere Medizin	13.08.09
Marie-Luise Rogge	FA Anästhesiologie	22.09.09	Dr. med. Nadine Thieme	FA Radiologie	07.07.09
Dr. med. Alexandra Röttgen	FA Innere Medizin	03.08.09	Dr. med. Hilmar Tillack	FA Augenheilkunde	29.07.09
Dr. med. Oskar Ralf Rückbeil	FA Chirurgie	22.09.09	Karl-Udo Tillmann-Karberg	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	08.09.09
Jan Paul Rudolph	FA Innere Medizin	16.09.09	Dr. med. Markus Tölle	FA Innere Medizin	16.09.09
Dr. med. Sophie Rüggeberg	FA Allgemeinmedizin	21.07.09	Dr. med. Tsvetomir Tomov	FA Chirurgie	22.09.09
Dr. med. univ. Helmut Rumler	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	14.07.09	Margit Tönneßen	FA Kinder- und Jugendmedizin	17.09.09
Dr. med. Andreas Ruppert	FA Innere Medizin	13.07.09	Dr. med. Ulrike Ulmen	FA Kinder- und Jugendmedizin	23.07.09
Rudi Ruschmann	FA Innere Medizin	13.08.09	Dr. med. Sabine Vierck	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	15.07.09
Dr. med. Fatima Sema Saatci	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	15.07.09	Dr. med. Jens Vogt	FA Innere Medizin	08.07.09
Dr. med. Kirsten Sängler	FA Innere Medizin	06.07.09	Dr.med./Ukraine Elena Völker	FA Allgemeinmedizin	22.09.09
Öktem Satici	FA Chirurgie	22.09.09	Dr. med. Johannes-Stephan von Rüdiger	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	18.08.09
Dr. med. Gundula Schaefer	FA Psychiatrie und Psychotherapie	18.08.09	Coralie Gabriele Frida M. von Zerboni di Sposetti	FA Dermatologie und Venerologie	01.07.09
Peter Schaum	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	26.08.09	Nadine Voß-Brunchhorst	FA Chirurgie	21.07.09
Dr. med. Dirk Scheffler	FA Strahlentherapie	31.08.09	Dr. med. Christine Wagner	FA Innere Medizin	13.07.09
Dr. med. Ulrich Schleicher	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	29.09.09	Dr. med. Stephan Weng	FA Anästhesiologie	20.08.09
Dr. med. Arno Schmeling	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	29.09.09	Dr. med. Sebastian Wesseling	FA Anästhesiologie	21.07.09
Dörte Schmieta	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	09.09.09	Dr. Dr. med. Karsten-Henrich Weylandt	FA Innere Medizin	01.07.09
Dr. med. Karl Schmoranzner	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	26.08.09	Dr. med. Jürgen Wied	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	19.08.09
Dr. med. Michael Schmuck	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	26.08.09	Dr. med. Anke Wilks	FA Innere Medizin	08.07.09
Ralf Schmuck	FA Anästhesiologie	21.07.09	Dr. med. Frank Wittchen	FA Innere Medizin	07.09.09
Dr. med. Hanspeter Schnauffer	FA Innere Medizin	09.09.09	Dr. med. Thomas Wojtecki	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	14.07.09
Dr. med. Berit Schoof	FA Innere Medizin	30.09.09	Dr. med. Maike Karen Wolf	FA Neurologie	22.09.09
Marc Schröder	FA Arbeitsmedizin	23.09.09	Dr. med. Isabel Wunschel	FA Psychiatrie und Psychotherapie	28.07.09
Dr. med. Stephan Schubert	FA Kinder- und Jugendmedizin	12.08.09	Prof. Dr. med. Josef Zacher	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	16.09.09
Dr. med. Olaf Schulte-Herbrüggen	FA Psychiatrie und Psychotherapie	14.07.09	Dr. med. Andreas Zemke	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	30.09.09
Dr. med. Andreas Schultz	FA Kinder- und Jugendmedizin	12.08.09	Priv.-Doz. Dr. med. Wolfgang Zenker	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	23.09.09
Dr. med. Timm Schulz	FA Neurochirurgie	27.08.09	Dr. med. Ulrike Zimmermann	FA Pathologie	16.07.09
Kai Schwemmin	FA Radiologie	24.09.09			
Dr. med. Silvio Sen Gupta	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	08.07.09			
Dr. med. Katrin Sens	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	15.09.09			
Isabel Siegel	FA Innere Medizin	30.09.09			
Robert Siering	FA Chirurgie	22.09.09			
Carsten Skurk	FA Innere Medizin	13.08.09			
Dr. med. Peter Spich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	08.09.09			
Daniela Stach	FA Allgemeinmedizin	04.08.09			
Dr. med. Joachim Stehli	FA Anästhesiologie	20.08.09			
Dagmar Stein	FA Innere Medizin	30.09.09			
Dr. med. Anna Stepanyan	FA Augenheilkunde	29.07.09			
Dr. med. Jens Stieler	FA Innere Medizin	09.09.09			
Dr. med. Heiner Stiepani	FA Radiologie	24.09.09			
Dr. univ. med. Carmen Stromberger	FA Strahlentherapie	31.08.09			
Dr. med. Guido Sutthoff	FA Innere Medizin	08.07.09			
Dr. med. Martin Talke	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	14.07.09			

* Die Liste ist nicht vollständig. Nur die Namen der Ärztinnen und Ärzte, die uns eine schriftliche Einverständniserklärung für den Abdruck gegeben haben, werden in BERLINER ÄRZTE publiziert.



Foto: S. Rudat

INTERVIEW

mit Professor Dr. med. Harald Mau

Vor 20 Jahren wurde die Mauer geöffnet. Über die Rolle der Ärzte in dieser Zeit und vorher in der DDR befragten wir Professor Dr. med. Harald Mau, in fünf bewegten Nach-Wende-Jahren Dekan der Charité und dort, bis zum mehrfach hinausgeschobenen Ruhestand jetzt im Herbst, jahrzehntelang Chef der Kinderchirurgie.

BÄ: „Was haben denn die Ärzte zu dieser friedlichen Revolution beigetragen?“ Diese Frage richtete sich am Tag nach dem Fall der Mauer, am 10. November 1989, während eines westdeutschen Kongresses an einen Arzt aus der DDR. Die Antwort kam sehr spontan: „Die Ärzte? Die Ärzte sind die Huren jedes Systems!“ Was sagen Sie denn dazu, Herr Professor Mau?

Mau: Ich glaube, dass unter Ärzten Opportunismus eine sehr verbreitete Grundhaltung ist. Die meisten haben sicherlich immer dazu geneigt, sich mit dem System zu arrangieren, unter dem sie tätig waren.

Müssen Ärzte Opportunisten sein?

Die Ärzte und die Wende

Das ist auch ganz logisch, denn anders können sie ihrer Berufung nicht folgen. Wenn sie wirklich den Patienten dienen wollten, dann konnten sie in keiner Diktatur offen Widerstand leisten, weil ihnen das sofort die Möglichkeit genommen hätte, für ihre Patienten da zu sein.

BÄ: Gab es denn nicht in der DDR auch unter den Bürgerrechtlern und Dissidenten Ärzte?

Mau: Einige wenige, die aber ganz sicher nicht an hervorgehobener Stelle wirkten, sondern eher in irgendeiner Nische saßen, wenn sie nicht schon vorher von bedeutungsvollen Tätigkeiten im Gesundheitswesen ferngehalten wurden – ausdrücklich unter Hinweis auf ihre nicht systemkonforme Haltung.

BÄ: Jens Reich sprach einmal von der „Schafshaltung“ der meisten Wissenschaftler, die sich eben auch mit dem System abgefunden hatten.

Mau: Zweifellos war das die einzige Möglichkeit, auf dem Feld, auf dem jeder tätig war, erfolgreich zu sein. Einem bedeutenden Forscher, der gegen das System opponiert hätte, wäre sofort die Möglichkeit zu forschen abgeschnitten worden. Ein Hochschullehrer wäre sofort verschwunden, ein Arzt von einer akademischen Laufbahn ausgeschlossen. Jeder wusste das und es gab markante Beispiele dafür.

BÄ: Aber gehörten nicht auch Ärzte zu den oppositionellen Gruppen, die in den letzten DDR-Jahren den Weg zur Wende bahnten?

Mau: Ich denke schon, dass Ärzte eine Rolle spielten. Aus diesen kleinen Gruppen

von Leuten, die einander vertrauten, die teilweise unter dem Schutz der Kirche größere Freiheiten genossen, kamen auch die bekennenden Dissidenten, die zum Beispiel Gründer des Neuen Forums wurden, das dann sehr schnell gewachsen ist. Es war wohl in den letzten Novembertagen 1989, als es in der Charité zum ersten Mal öffentlich auftrat. Da kursierten schon getippte Handzettel mit Forderungen. Das Neue Forum sah sich als eine Gruppe, die etwas zum Positiven verändern wollte. Es war nicht umstürzlerisch, nicht revolutionär, sondern reformativ.

BÄ: Ebenso wie der Virchow-Bund. Wie kam es denn zu diesem Zusammenschluss von Ärzten in der Noch-DDR?

Mau: Durch die Pränatale Diagnostik! In der Charité traf sich immer montags um 16 Uhr eine kleine daran interessierte Gruppe von Ärzten unter der Regie von Rainer Bollmann – garantiert ohne Parteigenossen. Denn montags um 16 Uhr, das war in allen Hochschuleinrichtungen die Zeit der Parteiversammlung. SED-Mitglieder mussten hingehen, aber manche waren so aufmüppig, dass sie es riskierten zu schwänzen, um zur Pränatalen Diagnostik zu gehen. Da konnte man also sehr freimütig reden und es wurde hinterher viel diskutiert. Das war einer der Kreise, wo man ein besonderes Vertrauen zueinander hatte, und aus diesem Kreis rekrutierte sich später der Virchow-Bund.

BÄ: Aber doch nicht nur aus Pränataldiagnostikern?

Mau: Nein; ungefähr seit September 1989 kamen auch andere Ärzte hinzu, auch

ANZEIGEN

Parteigenossen – und natürlich auch ein Spitzel. 20 bis 25 Leute saßen alle in meinem kleinen Dienstzimmer in der Charité.

BÄ: Welche Ziele hatte der Virchow-Bund?

Mau: Wir wollten vernünftige Reformen im Gesundheitswesen und ein Ende der Bevormundung der Ärzte. Und wir wussten: Wenn Ärzte politisch aktiv werden wollen, dann müssen sie gemeinsam auftreten. Deshalb wollten wir einen Verband für alle Arztgruppen in der noch existierenden DDR. Zeitweise hatte der Virchow-Bund 20.000 Mitglieder, was uns logistisch völlig überforderte.

BÄ: Nach gut einem Jahr fusionierte er ja mit dem NAV, dem Verband der niedergelassenen Ärzte.

Mau: Ja, eine der wenigen echten Fusionen. Unsere Wahl fiel auf den NAV, weil er erstens 1964 die Niederlassungsfreiheit erstritten hatte und sich zweitens schon sehr früh für die Teamarbeit von Ärzten eingesetzt hat, für die Praxisgemeinschaft und die Gemeinschaftspraxis.

BÄ: Nun war ja auch, wie Sie erwähnten, der Virchow-Bund anfangs stasikontaminiert, wie alle kleinen Gruppen und großen Institutionen, sogar die im März 1990 frei gewählte Volkskammer. Von den 400 Mitgliedern waren 33 Mediziner, einschließlich der Präsidentin, der Lungenfachärztin Sabine Bergmann-Pohl. Und unter diesen Ärzten waren auch 8 inoffizielle Mitarbeiter der Staatssicherheit (IM). Hatten Sie eigentlich etwas mit dieser Volkskammer zu tun?

Mau: Nein, ich war damals zu sehr mit den Aktivitäten des Virchow-Bundes beschäftigt, auch als Leiter des Landesverbandes Berlin-Brandenburg.

BÄ: Und später, als Dekan während fünf schwieriger Jahre nach der Wende, hatten Sie ja auch mehr als genug zu tun, um die Charité erstens vor der Abwicklung zu bewahren und sie zweitens von den Stasi-Spitzeln in herausgehobener Position zu befreien. Wie denken Sie an diese äußerst komplexe Aufgabe zurück?

Mau: Die rechtliche Grundlage war eindeutig: Nach dem Einigungsvertrag hatten solche Leute im Öffentlichen Dienst nichts mehr zu suchen. Sie zu enttarnen

war einigermaßen schwierig, weil sich hier Realität und Gerüchte sehr miteinander vermischten und die Gauck-Behörde natürlich Zeit brauchte. Außerdem musste in jedem einzelnen Fall eine persönliche Anhörung stattfinden. Und da beteuerten selbst Ärzte, die sich erheblich Übles hatten zu Schulden kommen lassen, sie hätten sich nur ganz vorschriftsmäßig verhalten und „niemandem geschadet“ – das war immer die Formel.

BÄ: Aber gab es nicht auch unter den ärztlichen IM einige, die von der Anhörungskommission schließlich entlastet wurden?

Mau: Ja – einige waren mit brutalsten Methoden dazu erpresst worden, für den Staatssicherheitsdienst zu arbeiten. Und für mich war es immer absurd, dass die geistigen Urheber, die Befehlsgeber der Stasi, in den Regelungen des Einigungsvertrages völlig unbehelligt blieben. Sie sitzen ja heute im Bundestag oder haben hervorgehobene Positionen; und ein ZK-Mitglied wird heute wegen medizinischer Meriten zum Bundesverdienstkreuz vorgeschlagen. Aber der kleine Pförtner, der ein ganz simpler Drei-Groschen-Junge war, der wurde erbarmungslos davongejagt.

BÄ: Die wichtigen IM, die Täter, stellten sich ja meist von Anfang an als Opfer dar, und viele der fristlos entlassenen Hochschullehrer klagten nicht ohne Erfolg vorm Arbeitsgericht. In unserem Gespräch für das Buch „Die Charité 1945-1992“ sagten Sie damals, diese Arbeitsrichter kämen Ihnen teilweise vor „wie Tierschützer, die etwas gegen den Kinderarzt unternehmen wollen, weil der den Bandwürmern auf die Pelle rückt.“

Mau: Ja – aber die Gekündigten haben die Arbeitsgerichte auch mit allen Mitteln ausgetrickst. Es war dann oft nur über einen Vergleich möglich, diese Leute aus der Charité zu entfernen. Das war für die Charité aber eine Überlebensfrage.

BÄ: Wieso das?

Mau: Zu dieser Zeit lief eine massive Kampagne gegen die Charité, die als „rote Hochburg“, als „Hort von politischen Ganoven“ angeprangert wurde und gar zu gerne abgewickelt werden sollte. Da wurden alle Mitarbeiter verunglimpft, weil unter ihnen fünf bis sieben Prozent De-

nunzianten waren. Die einzige Möglichkeit, diesen Generalverdacht zu zerstreuen und die politisch motivierte Abwicklung zu verhindern, bestand in der Überprüfung aller Mitarbeiter. Die Charité musste „clean“ sein. Es war ein Prozess, der an keiner anderen Hochschuleinrichtung so rigoros stattgefunden hatte wie hier. Von all diesen Leuten, die wegen nachgewiesener IM-Tätigkeit aus der Charité entlassen wurden, ist übrigens nie einer juristisch belangt worden. Das entsprach dem Grundsatz, den wir Anfang 1990 auch öffentlich gemacht haben. Wir wollten keine Opfer, keine Märtyrer, die dann im Untergrund vielleicht einen Kampf gegen die Demokratie führen. Jeder soll eine Chance zum Überleben haben.

BÄ: „Stasi in die Produktion“, hieß es ja 1989.

Mau: Das haben wir am 4. Oktober auf dem Alexanderplatz gesagt. Diese Leute sind dann alle sehr gut an Land gekommen und keiner von ihnen hat Not gelitten.

BÄ: Beim Auftraggeber der Stasi, der SED, waren 16 Prozent der Ärzte Mitglied. Aber das ist wohl differenziert zu sehen?

Mau: Nehmen wir wieder das Beispiel Charité, weil ich es am besten kenne: Je höher die akademische Reputation, desto höher der Prozentsatz der Parteigenossen. Bei uns gab es nur vier Hochschullehrer, die nicht in der SED oder in einer Blockpartei waren. Unter den Hochschullehrern gab es Parteigenossen, die ich durchaus schätzte, die unter den Missständen genauso gelitten haben wie ich und die ihre Kritik auch geäußert haben. Es gab auch solche, die überhaupt kein Realitätsbewusstsein hatten und glaubten, dass die mehr oder weniger phantastischen Ziele des Sozialismus mit Appellen an die Gemeinschaft, an das Gute im Menschen realisiert werden können. Und viele Ärzte suchten in der Partei Rückendeckung, um ihre Arbeit möglichst gut machen zu können. Das lautstark vorgetragene politische Bekenntnis war nicht selten die einzige Möglichkeit, für das eigene Arbeitsfeld, für die Patienten die bestmöglichen Bedingungen zu erreichen. Aber es gab auch Ärzte, die die Partei ganz skrupellos als Instrument für ihre Karriere benutzten.

BÄ: *Das waren sicherlich dieselben, die dann gleich nach der Wende die Mitgliedschaft zum Beispiel in der CDU beantragten? „Wendehälse“ nennt man sie.*

Mau: Ja, es gibt ja immer Leute, die hinter einer Fahne marschieren wollen. Wird die eine heruntergeholt, gruppieren sie sich hinter der nächsten. Das ist ja ein Phänomen, das man auch 1945 oft genug erlebt hat.

BÄ: *Welche Erfahrungen haben Sie denn nach der Wende mit der Haltung der anscheinend oft ahnungslosen westlichen Kollegen gemacht?*

Mau: Es war für mich unerwartet, dass sich das Verhalten der Kollegen aus der Bundesrepublik nach der Wende so geändert hat. Früher wussten sie bei Kongressen innerhalb eines Tages, wer in der DDR-Delegation der Aufpasser war und verhiel-

ten sich so distanziert, als hätte er eine ansteckende Krankheit. Aber nach der Wende war plötzlich der alte politische Adel der DDR-Ärzte der primäre Ansprechpartner. Dass diese Leute oft gar nicht fachlich legitimiert waren, wurde ignoriert.

BÄ: *Haben sich denn da nicht kritische Ärzte aus dem Osten mit Durchblick zu Wort gemeldet?*

Mau: Doch, wir haben Bedenken geäußert, dass für die Partnerschaft oder Vereinigung wissenschaftlicher Institutionen wohl nicht die richtigen Leute gewählt wurden, weil die durch ihre bekannt gewordene IM-Tätigkeit doch die DDR kaum glaubwürdig vertreten könnten. Da wurde mir einmal geantwortet: „Wenn ich in der DDR gelebt hätte, dann wäre ich auch in der SED gewesen und hätte vielleicht auch bei der Stasi mitgemacht.“ So etwas ist sogar öffentlich gesagt worden. Es gab ei-

ne große Zahl von westdeutschen Kollegen, die fanden das alles gar nicht so schlimm und fanden diese Art von – ja, von Seelenverkauf normal.

BÄ: *Das führt uns jetzt zum Schluss an den Anfang unseres Gesprächs zurück.*

Mau: Ja – dieses Verhalten der westlichen Kollegen hat mich in dem Glauben bestärkt, dass die Mehrheit der Ärzte eine opportunistische Grundhaltung hat. Der Arzt ist geneigt, sich mit den jeweils Herrschenden zu arrangieren, damit er seinen Beruf zum Wohle der Patienten ausüben kann. Leider gab es aber auch eine kleine Zahl von Ärzten, die aus Eigeninteresse vor Denunziation und Verrat von Kollegen, Freunden und sogar Patienten nicht zurückschreckten.

Das Gespräch führte Rosemarie Stein.

Ein Berliner Kinderarzt als Impresario

25 Jahre IPPNW-Benefizkonzerte

Berlin, Marathon-Wochenende, die Philharmonie in der Sperrzone. Mit leisen, meditativen Tönen von Nono und Janáček und mit Haydns gar nicht heroischem Kaiserquartett beeindruckte das Pellegrini-Quartett. Beim ersten der beiden IPPNW-Jubiläumskonzerte war der Kammermusiksaal gut gefüllt, nicht nur mit Ärzten. Beim zweiten etwas weniger, denn kein Auto und kein Bus konnte in der Nähe der Philharmonie halten. Wer sich dennoch durchschlug, wurde reich belohnt: Die Matinee mit Ligeti, Schostakowitsch und wiederum Schubert war beherrscht von Alban Gerhardts wunderbarem Celloklang.

Unbegreiflich, wie ein Arzt das so nebenbei schaffen kann, auch wenn seine Frau voll mitzieht: In 25 Jahren über 200 Konzerte veranstalten und alles selber machen. Vom Engagieren der Musiker, Redner und Rezipienten über tausenderlei Organisatorisches bis hin zum Kartenversand. Und CDs (gute!) produzieren sie auch noch; fast 70 sind's bisher. Es geht da nicht um irgendwelche gut gemeinten Aktivitäten, sondern um exquisite Konzerte, oft mit Spitzenkünstlern. Daniel Barenboim, Simon Rattle, Igor Oistrach, Yehudi Menuhin, Gidon Kremer, Ludwig Güttler, Wolfgang Boettcher, Thomas Quasthoff oder Aurèle Nicolet (um nur einige Namen zu nennen) konnte der Berliner Kinderarzt Peter Hauber für die gute Sache gewinnen.

Die Erlöse der Benefizkonzerte, die er und seine Frau Ingrid (eine Apothekerin) seit einem Vierteljahrhundert veranstalten, sind zum Beispiel für das Berliner Missionswerk oder das Behandlungszentrum für Folteropfer bestimmt, für amnesty international (wie die der Jubiläumskonzerte), für den Aufbau eines Gesundheitszentrums in Lidice, für Strahlenopfer von Hiroshima und Tschernobyl – oder für

Aktivitäten der IPPNW, der „International Physicians for the Prevention of Nuclear War“. Deren deutsche Sektion trägt den Zusatz „Ärzte in sozialer Verantwortung“.

Die Benefizkonzerte wollen nicht nur Hilfsgelder einspielen, sondern auch eine Botschaft vermitteln: Indirekt durch die Musik als völkerverbindende Sprache der Welt, direkt durch eingefügte Kurz-



vorträge zum Beispiel von prominenten IPPNW-Ärzten wie dem Bostoner Kardiologen Bernard Lown oder dem Münchner Hämatologen Herbert Begemann. Wie schon beim ersten IPPNW-Konzert vor 25 Jahren mit dem Brandis-Quartett, so sprachen die beiden auch diesmal wieder warnende Worte vor einem Atomschlag, für dessen Opfer es keine ärztliche Hilfe gäbe.

Auf die Idee mit den Konzerten kam Hauber durch Leonard Bernstein (der später zum Schirmherrn der IPPNW-Konzertreihe „Wort und Musik“ wurde). Der war 1983 in einem Fernseh-Interview auf keine Frage nach seinen musikalischen Zukunftsplänen eingegangen, sondern hatte stattdessen die Beschlüsse der amerikanischen Regierung zur atomaren Nachrüstung hart kritisiert: „Wenn dieser

Wahnsinn in der Politik mit den verdammt Atombomben so weitergeht, dann habe ich kaum noch Hoffnung für die Zukunft!“

Daraufhin bat Peter Hauber in einem Offenen Brief an Karajan, an alle Philharmoniker sowie an 150 andere bekannte Musiker in Ost und West, sich für die weltweite Abrüstung zu engagieren. Die Resonanz war so überwältigend, dass die beiden Haubers Mühe hatten, die vielen Angebote der Musiker nach und nach in Konzerte umzusetzen. „Wir wollten möglichst Musiker aus Ost und West gemeinsam auftreten lassen, also unsichtbare Löcher in trennende Mauern bohren“, sagt Peter Hauber. Das gelang.

Zu den Höhepunkten der IPPNW-Concerts (deren Idee bald auch Kollegen außerhalb Berlins aufgriffen) gehörte Beethovens „Missa solemnis – Bitte für inneren und äußeren Frieden“, 1988 gespielt und gesungen unter Antal Doráti von Musikern aus 22 Ländern, und zwar in West-Berlin, London, Dresden und Moskau. Oder Bachs Weihnachtsoratorium, um die Jahres-

wende nach dem Mauerfall in zwei überfüllten Kirchen in Ost- und West-Berlin zelebriert, der Sophien- und der Gedächtniskirche. Oder Haydns Schöpfung (für die Opfer von Hiroshima, als Gegenbild zur Zerstörung), aufgeführt 1990 in Assisi, wo Moshe Atzmon in der Franziskuskirche Musiker aus 40 Orchestern und Chöre aus Berlin, Ungarn und Japan dirigierte. Nicht zu vergessen Verdis Requiem 1994 in der Berliner Waldbühne und ein legendäres Konzert in der ausverkauften Philharmonie 2004 mit Thomas Quasthoff und der Berlin Philharmonic Jazz Group. Die CD davon wurde zum Bestseller.

Rosemarie Stein

www.ippnw-concerts.de

BERLINER  ÄRZTE

11/2009 46. JAHRGANG

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

Herausgeber:

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

Redaktion:

Dipl.-Jour. Sascha Rudat (v.i.S.d.P.)
Dipl.-Pol. Sybille Golkowski
Eveline Piotter (Redaktionsassistentin)

Redaktionsbeirat:

Dr. med. Günther Jonitz
Dr. med. Elmar Wille
Prof. Dr. med. Vittoria Braun
Dr. med. Daniel Sagebiel MPH

Anschrift der Redaktion:

Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-4100/-4101, -4102, FAX -4199
Titelbild: Sehstern

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

Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Grüner-Straße 62,
04107 Leipzig

Telefon 0341 710039-90, FAX -99
Internet: www.l-va.de
E-Mail: mb@l-va.de

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Melanie Bölsdorff
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 € 67,00 (einschließlich Versand), Patenschaftsabonnement Berlin-Brandenburg € 45,00 (einschließlich Versand). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 4,60 zzgl. € 2,50 Versandkosten.
Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste 2009 vom 01.01.2009.

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

ISSN: 0939-5784